

Projet d'Établissement



MAISON D'ACCUEIL SPÉCIALISÉE « Les Pléiades » 2018-2022

Fondation reconnue d'utilité publique par décret du 20.08.1997

Pole Handicap et Dépendance

Foyer Albert Barbot

Chemin Albert barbot

97432 RAVINE DES CABRIS

☎ 0262.49.93.52 FAX 0262.38 91 76

<http://www.favron.org>

PRÉAMBULE

Le présent projet d'établissement de la MAS « Les Pléiades » géré par la Fondation Père Favron est élaboré selon :

- *l'article L311-8 du Code l'Action Sociale et des Familles*
- *la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale*
- *Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM (Agence Nationale de l'Evaluation et de la Qualité des Etablissement et Services Sociaux et Médico-Sociaux)*

La démarche de l'évaluation interne réalisée en 2017 est venue questionner les pratiques professionnelles et a préconisé des pistes d'amélioration de la qualité du processus d'accompagnement en réactualisant, entre autres, le projet d'établissement.

Ce projet est établi pour une durée maximale de cinq ans après consultation du Conseil à la Vie Sociale.

Des groupes de travail pluridisciplinaires ont été constitués pour aborder différents thèmes de réflexions impliquant des professionnels des unités de vie et associant l'équipe médicale, paramédicale demandant à chaque acteur de s'engager dans les débats et les échanges.

La réécriture de ce projet d'établissement s'est inscrite dans une démarche participative de juillet à octobre 2017, et a permis à chaque salarié de s'impliquer davantage. Elle a permis de mieux identifier les rôles de chacun, de mettre des mots sur les actions et clarifier les prestations, d'échanger et de partager sur sa pratique professionnelle, de revisiter les valeurs et les fondements de la Fondation Père Favron.

Enfin, il confirme l'engagement de l'établissement dans la démarche continue d'amélioration de la qualité par l'évaluation afin de rendre visible et lisible son travail d'accompagnement. Le Plan d'actions qualité vient attester les axes d'amélioration retenus pour les cinq années à venir.

*Il a reçu l'avis favorable du conseil de la vie sociale en **décembre 2017** et a été validé par la direction générale de la Fondation Père Favron en **décembre 2018**
Il sera révisé au plus tard en 2022*

SOMMAIRE

I. HISTOIRE ET PRINCIPES D'INTERVENTION	3
1. a. L'histoire et le Projet de la Fondation Père Favron	3
1.b. L'histoire et le Projet du Pôle Handicap et Dépendance	4
1.c. Les principes d'intervention	4
II. PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT	10
2.a. Le cadre juridique et réglementaire	10
2. b. Le public accueilli	11
2. c. Les missions	12
III. L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES	13
3.a. Les Références théoriques	13
IV. LES BESOINS IDENTIFIES ET LES PRESTATIONS PROPOSEES	15
4.a. Les besoins	15
4.b. Les prestations	19
V. ORGANISATION DE L'ETABLISSEMENT	26
5. a. Ressources humaines	26
5. b. Ressources financières	29
5.c. Ressources logistiques	30
5. d Partenariats	32
VI. LES OBJECTIFS D'EVOLUTION, DE PROGRESSION ET DE DEVELOPPEMENT	34

I. Histoire et principes d'intervention

1. a. L'histoire et le Projet de la Fondation Père Favron

L'histoire de la Fondation Père Favron, reconnue d'utilité publique par décret du 20 août 1997, débute en 1946 avec l'action d'un homme, le père René Jean-Baptiste Favron. Marqué par la misère qui règne alors sur l'île de la Réunion, ce dernier décide de consacrer toute son énergie et son temps à la cause des plus pauvres.

Les besoins sont importants et les aides de l'Etat inexistantes. Elle s'est d'abord appelée « Union catholique de St-Louis », puis UOSR (Union des Œuvres Sociales de la Réunion) en 1954, avec à sa tête le père Favron qui y restera jusqu'à son décès en 1968.

Aujourd'hui, La Fondation Père Favron défend et promeut :

- * **L'humanisme,**
- * **La solidarité**
- * **La qualité de l'accompagnement**
- * **La proximité**
- * **La promotion et la formation des salariés**

Les différentes activités de la Fondation Père Favron s'organisent aujourd'hui autour :

- D'un Conseil d'Administration composé de 12 membres.
- D'une Direction générale avec différents services : Ressources humaines, plans et travaux, systèmes d'informations, service financier...
- D'établissements et services sociaux et médico-sociaux organisés en quatre filières (enfants et adultes handicapés, intégration sociale, personnes âgées) et regroupés en pôles.

La Fondation va poursuivre son développement et diversifier son offre de services. Elle gère aujourd'hui 40 établissements et services sociaux et médico-sociaux répartis sur plusieurs sites.

Ses 1475 salariés accueillent et accompagnent quotidiennement environ 2000 bénéficiaires.

Nota bene : La Fondation Père Favron dispose d'un site Internet (www.favron.org) que le lecteur avide de renseignements supplémentaires pourra aisément consulter.

Le site du Foyer Albert Barbot

L'un de ces sites, le plus ancien (1952), le Foyer Albert Barbot, implanté au sein du quartier de Bois d'Olive, à Saint-Pierre de la Réunion, sur un terrain de 18 ha, est organisé, depuis juin 2010, autour de trois pôles :

- ❖ **Le Pôle Gériatrique Roger André (PGRA)**
- ❖ **Le Pôle Handicap et Insertion (PHI)**
- ❖ **Le Pôle Handicap et Dépendance (PHD)**

1.b. L'histoire et le Projet du Pôle Handicap et Dépendance

Le **Pôle Handicap et Dépendance** accompagne des enfants, des adolescents et des adultes gravement handicapés dont la déficience intellectuelle sévère est, bien souvent, la caractéristique commune. Il est constitué de 5 établissements et services médico-sociaux organisés autour de deux entités :

➤ **L'Entité Handicap Sévère regroupe :**

- ✚ Le **Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM) « les Cytises »** accompagne au sein de plusieurs services des personnes adultes présentant un handicap intellectuel sévère, des déficiences motrices associées ainsi que des personnes porteuses de Troubles Envahissants du Développement. [148 places]
- ✚ Le **Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés à domicile (SAMSAH)** [15 places]

➤ **L'Entité Polyhandicap regroupe :**

- ✚ Le **Centre pour Enfants et Adolescents Polyhandicapés (CEAP) « les Mimosas »** [60 places] et son **Service d'Education Spéciale et de Soins A Domicile (SESSAD)** qui sont dédiés à l'accompagnement d'enfants et d'adolescents polyhandicapés. [10 places]
- ✚ La **Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) « Les Pléiades »** qui accueille des adultes polyhandicapés. [77 places]

Les fonctions support sont principalement assurées par une équipe de direction, commune aux deux entités. Composée d'un service Ressources Humaines et d'un service Comptable, cette équipe de direction a pour mission, dans le respect des orientations définies par le Conseil d'administration et la Direction Générale de s'assurer du bon fonctionnement des établissements et du strict respect des obligations liées à ce type d'établissement telles qu'elles résultent de l'ensemble des dispositions légales ou réglementaires.

Mais avant tout, elle contribue, avec l'ensemble des professionnels, à l'élaboration et la mise en œuvre d'orientations stratégiques, de modalités opérationnelles qui poursuivent toutes le même objectif : **permettre à la personne accueillie qui, généralement, n'a pas eu d'autre choix que d'être orientée sur un des établissements du PHD, de connaître, au-delà des souffrances, un plaisir de vivre et le sentiment d'évoluer dans un monde apaisant, sécurisant qui soit à son écoute.**

1.c. Les principes d'intervention

L'accompagnement prodigué au sein des établissements du PHD vise à améliorer la qualité de vie des personnes accueillies, que leur vie devienne une existence.

Dès lors, il s'agira, comme le rappelle l'OMS, de travailler à « *la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. Il s'agit d'un large champ conceptuel, englobant de manière complexe la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ses croyances personnelles et sa relation avec les spécificités de son environnement* »³.

Au-delà du cadre réglementaire qui s'impose à tous, les prises de positions institutionnelles, les stratégies élaborées seront bien sûres le fruit d'une réflexion collective, de retours d'expérience, mais

également, inspirées, alimentées par les recommandations de bonnes pratiques (RBPP) de l'ANESM, voire de la Haute Autorité de Santé.

En élaborant des références, des procédures, et des recommandations de bonnes pratiques professionnelles, cette agence, l'ANESM, contribue à développer une véritable culture de la bientraitance et permet ainsi aux établissements de mettre en place une évaluation en continu de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent.

Ces outils, ces dispositifs ne seraient rien s'ils n'étaient pas complétés par une réflexion institutionnelle sur le sens de notre mission, de notre présence, du geste tendu vers l'autre.

I. Un positionnement éthique :

Ce qui caractérise les personnes accueillies au sein de nos établissements, c'est leur **grand niveau de dépendance, leur faible capacité à communiquer, donc leur extrême vulnérabilité**.

À ce titre, nous sommes redevables, vis-à-vis des personnes accueillies et de leurs familles, en leur proposant une carte de prestations co-construites, adaptées à leurs besoins spécifiques. Mais aussi redevables vis-à-vis de la société, de nos tarificateurs, quant à notre efficacité sociale, quant à la bonne utilisation des ressources, publiques qui nous sont allouées.

Nous devons, surtout, adopter un **positionnement éthique exigeant**.

En effet, cette grande dépendance, cette extrême vulnérabilité, nous questionnent, en permanence : qu'est-ce qui fait l'humanité de l'homme ? Comment se prémunir des risques d'une relation tellement asymétrique, tellement déséquilibrée, cette relation entre celui qui aide et celui qui dépend de cette aide, pour survivre, pour vivre, pour exister ?

Ces situations nous imposent un **devoir de vigilance permanente**, exigent la nécessité d'affirmer une position éthique claire, pour un accompagnement de qualité, adapté, spécifique qui vise à favoriser l'ancrage dans la communauté humaine de ces êtres dont il convient, comme nous l'y invite René CHAR, de cultiver l'étrangeté.

Dans nos établissements, lorsqu'on parle éthique, que l'on réfléchit aux valeurs qui nous rassemblent, nous rappelons sans cesse qu'avant de définir tout positionnement institutionnel, **l'éthique, c'est d'abord le chemin par lequel chacun construit le sens de ses actes et les assume**.

À cet égard,

1. Nous attachons énormément d'importance au devoir **d'exemplarité de l'équipe d'encadrement**,
2. Si l'éthique relève d'abord de la responsabilité individuelle, en revanche il est de la responsabilité de l'employeur, **d'harmoniser les positions, de fixer les orientations** qui soient, dans notre cas, en phase avec les politiques sociales et les réalités économiques.
3. Cela passe par beaucoup de pédagogie, (souvent la pédagogie du doute), de discussions, de débats qui doivent, dans l'idéal, déboucher sur **un consensus opérationnel**, acceptable pour chacun. C'est une des missions dévolues à **l'instance éthique du PHD**, installée en 2013.

Alors, comment faire vivre au quotidien cette ambition, celle d'améliorer la qualité de vie des personnes accueillies. Parler d'utilité sociale, d'éthique, d'humanité... tout le monde sait le faire. Mais comment éviter de tomber dans un discours qui relèverait de l'incantation, de mettre en œuvre des

actions qui pourraient s'avérer illusoire, de définir des stratégies aléatoires, évoluant au gré des aubaines, des injonctions paradoxales ?

Ainsi, est-il indispensable de définir un cap, d'arrêter un certain nombre de principes, d'orientations qui sont autant de repères à une meilleure lisibilité de nos actions et de nos organisations.

II. Quelques positionnements institutionnels

S'il est impossible dans un projet d'établissement d'évoquer l'ensemble des aspects touchants aussi bien aux accompagnements qu'à l'organisation, en revanche il offre l'occasion de faire un focus sur un certain nombre d'items sur lesquels nous serons particulièrement vigilants au cours des cinq prochaines années.

Des potentiels au service d'un accompagnement personnalisé et choisi

Malgré leurs déficiences, parfois sévères, toutes les personnes accueillies au PHD ont des potentialités d'expression, des capacités à être actrices de leur propre prise en charge.

Bien évidemment, les réponses seront différenciées et pourront être spécifiques à une population, à un âge, à une catégorie d'établissement, mais nous considérons qu'un certain nombre de principes, communs à l'ensemble des établissements composant le PHD, doivent guider nos accompagnements pluridisciplinaires.

Pour cela, nous souhaitons :

1. Soutenir les potentialités des personnes accueillies, notamment en **personnalisant et en individualisant** la façon dont nous « entrons » en relation avec l'autre et la façon dont la personne est associée, par l'équipe pluridisciplinaire, aux prestations qui lui sont proposées, notamment celles relevant de la vie quotidienne.
2. Identifier avec chaque personne **ses attentes et besoins**, mais également **favoriser l'expression de ses choix et préférences, de ses refus**.
3. Permettre à la personne accueillie de comprendre au mieux l'environnement dans lequel elle évolue, en lui permettant d'avoir des repères spatio-temporels et une perception la plus fine possible de son entourage.
4. **Inscrire sa trajectoire personnelle dans une histoire familiale** et définir avec elle (y compris en s'appuyant sur les observations) la place qu'elle souhaite accorder à ses proches.
5. **Lui permettre d'exercer pleinement sa citoyenneté**, tout d'abord comme usager d'une structure médico-sociale détenteur de droits mais également comme membre à part entière de la cité.

Favoriser le confort physique et psychologique des personnes

Les pathologies/les déficiences des personnes peuvent être à l'origine de douleurs physiques ou psychologiques, de situations d'inconfort ou anxiogènes, aussi, est-il demandé à l'ensemble des professionnels :

1. De proposer un accompagnement en soins de qualité qui prenne en compte la fragilité et la vulnérabilité du public accueilli.
2. En permanence, de favoriser le confort physique et psychologique des personnes accueillies.
3. De considérer que cette souffrance doit être entendue, repérée à partir d'échelles sélectionnées par l'équipe médicale. Que par tous les moyens elle doit être atténuée.
4. D'inscrire leurs pratiques dans une politique systématique de prévention.

5. De proposer, dans les meilleures conditions, un accompagnement bienveillant et expert en cas d'hospitalisation.
6. D'accompagner, au sein de l'établissement, si tel est son choix, la personne accueillie, en fin de vie, dans des conditions qui préservent sa dignité et son confort.

Respecter les personnes dans leur vie privée et leur intimité

La Convention relative au droit des personnes handicapées, ONU, 13 décembre 2006 précise en son article 22 « ... Aucune personne handicapée, quel que soit son lieu de résidence ou son milieu de vie, ne sera l'objet d'immixtions arbitraires ou illégales dans sa vie privée, sa famille, son domicile ou sa correspondance ou autres types de communication ni d'atteintes illégales à son honneur ou sa réputation... ».

À ce titre, il est important de rappeler que :

1. L'établissement est le lieu de résidence des personnes accueillies.
2. L'intimité de toutes les personnes est respectée par les professionnels, les familles et les proches.
3. Les personnes sont accompagnées dans la construction de leur intimité.
4. Le respect de l'intimité participe au développement personnel.
5. La chambre est considérée comme le lieu intime des personnes.
6. Le droit à l'image des personnes est respecté.

Reconnaître la vie affective et sexuelle des personnes

La Convention relative au droit des personnes handicapées, ONU, 13 décembre 2006 précise en son article 23 « les états parties prennent des mesures efficaces et appropriées pour éliminer la discrimination à l'égard des personnes handicapées dans tout ce qui a trait au mariage, à la famille, à la fonction parentale et aux relations personnelles, sur la base de l'égalité avec les autres ». Aussi, nous nous engageons au sein des établissements du PHD :

1. À reconnaître les désirs affectifs et sexuels des personnes accueillies, dans le respect de leur vie privée, sans fixer de normes.
2. À être vigilant quant aux abus potentiels et aux violences qu'elles pourraient générer.
3. À proposer, de façon adaptée, des informations, une éducation, aux personnes accueillies sur la vie affective et sexuelle.

Nota bene : depuis 2016, les établissements du PHD disposent d'une charte Vie Relationnelle Affective et Sexuelle (VRAS), validée par le conseil d'administration de la Fondation, présentée en Conseil de Vie Sociale (CVS).

Des établissements ouverts sur leur environnement

Ce site Albert Barbot qui accueille, accompagne, au quotidien près de 300 personnes handicapées et offre, à peu près à autant de salariés, la possibilité de prodiguer un savoir-faire au service de personnes particulièrement dépendantes, vulnérables et fragiles. En cela, cet espace est remarquable. Son histoire est intimement liée à celle de la Réunion, de la ville de Saint-Pierre, de son quartier de Bois d'Olive.

Très longtemps perçu comme lieux d'enfermement, les établissements du PHD font depuis quelques années d'immenses efforts pour « casser » tous les préjugés et autres fantasmes associés à ce lieu. Cette démarche passe par une conscientisation de la population à la problématique des personnes handicapées et par une ouverture de nos structures sur l'extérieur. Cette ouverture qui vise à l'inclusion sociale de la personne handicapée doit être envisagée à travers deux modes opératoires.

Le premier consiste bien évidemment à permettre à la personne accueillie, tout le long de l'année dans nos établissements, **de pouvoir sortir et accéder à la cité, à ses équipements**, et ainsi d'exercer pleinement sa citoyenneté.

Alors que le second est l'occasion d'offrir aux citoyens qui contribuent au financement et donc au fonctionnement des établissements, **la possibilité de pouvoir rentrer à l'intérieur du site, à l'occasion de manifestations culturelles (SAKIFO) et festives (Carnavals), mais aussi pour bénéficier d'installations dédiées en priorité aux usagers**, mais pas tout le temps utilisées (piscine).

Des établissements citoyens

Aussi, parce que cela fait partie de l'ADN de notre démarche militante, nous retenons l'idée que ces établissements, financés par la ressource publique, doivent clairement se positionner comme des entreprises citoyennes soucieuses du développement durable et de la qualité des interactions sociales avec leur environnement, tout particulièrement avec leur quartier.

Si nous réfléchissons en permanence, bien sûr, à améliorer la qualité des accompagnements proposés aux personnes les plus vulnérables de notre société, et il s'agit bien là du cœur de notre métier, nous travaillons également sur d'autres dossiers qui peuvent de prime abord apparaître comme périphériques mais qui pourtant visent aux mêmes finalités. Celles **d'optimiser nos ressources** pour que les marges de manœuvre ainsi obtenues bénéficient aux personnes accueillies et celles qui visent à faire de ce site, non seulement un lieu d'excellence et d'expertise dans les domaines de l'accompagnement de personnes très dépendantes et très déficientes, mais aussi un lieu de référence, un écosystème qui permette de renforcer le lien social avec la cité et qui soit économe en énergie, respectueux de l'environnement, et de la flore indigène.

À ce titre, les établissements du PHD ont été retenus comme un des 4 espaces structurants du dispositif ANRU de Bois d'olive.

La prise de risque

Comme le rappelle l'ANESM « *La prise de risques est inhérente à la vie en général, et à la prise en charge de personnes vulnérables en particulier. Il existe une tension irréductible entre la liberté de la personne [accompagnée], sa recherche d'autonomie et la protection que les établissements [et services] leur doivent* ». La dimension collective peut rentrer en tension avec la personnalisation de l'accueil liée au droit de l'utilisateur à un accompagnement individualisé.

Confrontés à ce paradoxe, les professionnels des établissements du PHD devront chercher en permanence avec la personne accueillie, l'équilibre entre ses souhaits et sa sécurité, son bien-être et celui des autres.

L'intérêt de l'institution ne coïncide pas toujours avec l'intérêt de l'utilisateur. Mais envisager nos accompagnements sous le seul angle sécuritaire n'est-il pas foncièrement réducteur et prémices de maltraitances à venir ?

Dans ce domaine, comme dans bien d'autres, la réponse n'est pas unique, elle doit être souvent équilibrée et le fruit d'une réflexion collective, révélatrice d'un positionnement éthique. Elle visera à ce que **le respect du cadre réglementaire 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. L'arbitrage doit en priorité profiter à la personne accueillie.**

Le management au sein des établissements du PHD

Développer une politique managériale favorisant la performance, le dialogue social et le développement personnel.

Le management de l'établissement résolument fondé sur l'engagement éthique des professionnels, reposera sur deux logiques :

- Un management directif, pour tout ce qui a trait à la prise en charge quotidienne et à la sécurité des bénéficiaires : la réponse aux besoins physiologiques, d'hygiène, de soins et de sécurité ; l'impérative continuité de l'accompagnement ; une qualité permanente de rapports verbaux et non verbaux dans la relation professionnels-bénéficiaires,
- Un management participatif, pour la mise en place des projets, l'organisation du travail, l'élaboration des supports permettant de parfaire le service rendu et d'optimiser les compétences au service de l'utilisateur.

La direction de l'établissement considère **l'importance de la responsabilisation de chacun au plus près de l'exercice quotidien de son métier**. A cette fin, des délégations hiérarchiques sont mises en œuvre pour un management de proximité, et des délégations fonctionnelles pour professionnaliser chacun dans son rôle.

Les professionnels accompagnent les personnes au sein de leur lieu de vie, « chez elles », souvent sur plusieurs années.

Il existe de ce fait une dimension affective dans la relation d'accompagnement qui demande aux professionnels de trouver **la juste distance** afin de pouvoir instaurer un climat de confiance tant pour la personne accueillie que pour le professionnel, tout en maintenant un cadre professionnel.

Cette juste distance est également indissociable **au soutien de la créativité, de l'imagination et de la prise d'initiatives des professionnels**, leviers essentiels pour prévenir l'usure professionnelle et améliorer *in fine* la qualité de l'accompagnement, au-delà des politiques de mobilité mise en œuvre dans les établissements.

Démarche qualité

Le Pôle Handicap et Dépendance considère qu'il est fondamental d'interroger les pratiques et qu'il est essentiel d'évaluer pour évoluer.

En ce sens, au-delà du cadre réglementaire, le Pôle Handicap et Dépendance s'engage à mesurer régulièrement l'adéquation de son fonctionnement entre le service déclaré, le service réellement rendu et le service attendu. Cette démarche se doit d'être partagée par tous et à tous les niveaux.

Il doit en résulter l'émergence d'une véritable culture qualité commune à l'ensemble des établissements.

Garante de l'amélioration continue des prestations, **l'assistante qualité** s'appuiera en priorité sur les compétences professionnelles et s'assurera de leur montée en gamme. Elle exploitera également les résultats des évaluations internes et externes, des enquêtes de satisfaction, qu'elle modélisera en plans d'action opérationnels et évaluables.

II. Présentation de l'établissement

2.a. Le cadre juridique et réglementaire

Le secteur médico-social et plus particulièrement celui des personnes handicapées s'inscrit dans un cadre juridique et réglementaire relativement récent.

Les Maisons d'Accueil Spécialisées sont régies par deux textes fondateurs : **la loi 75 534 du 30 Juin 1975 et la loi 2002-2 du 2 janvier 2002.**

A la fin des années 60, les progrès de la médecine et de l'hygiène conduisent de plus en plus de jeunes handicapés à atteindre l'âge adulte mais les structures spécifiques et adaptées manquent. Pour répondre à ces besoins, les Maisons d'Accueil Spécialisées ont été créées par l'article 46 de la loi d'orientation du 30 Juin 1975.

La loi rénovant l'action sociale et médico-sociale du **2 janvier 2002** souligne l'importance des droits et libertés des personnes accueillies en faisant référence aux droits fondamentaux tels qu'ils se trouvent énoncés dans le préambule et l'article 1er de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme de 1948.

Parmi les nombreuses dispositions, certaines obligent les établissements à beaucoup plus de formalisation de leurs pratiques professionnelles avec des documents opposables ou référentiels (livret d'accueil, contrat de séjour...). Il s'agit de s'inscrire dans une démarche qualité au travers d'évaluations internes et externes, en s'appuyant notamment sur les recommandations de l'ANESM.

La loi du 11 février 2005, pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées demande aux établissements de respecter trois principes :

- Le droit à la solidarité de l'ensemble de la collectivité nationale
- L'accompagnement et le soutien des familles et des proches
- Le maintien, le plus souvent possible, dans un cadre ordinaire de scolarité, de travail et de vie

Le décret n°2009-322 du 20 mars 2009, relatif aux obligations des établissements et services accueillant ou accompagnant des personnes handicapées adultes n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie, vient compléter le dispositif.

La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite loi « HSPT » vise à apporter des réponses aux grands enjeux que sont l'accès de tous aux soins, le décloisonnement entre l'ambulatoire, l'hôpital et le médico-social. Elle comporte dans son titre IV, des éléments de réforme majeure pour le secteur médico-social : Création des Agences Régionales de Santé, modifications affectant la régulation des établissements : planification (Projet Régional de Santé), procédure d'appel à projets, Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens obligatoires, tarifications...

Cet environnement législatif nous renforce dans notre conviction que la personne handicapée est un citoyen à part entière et que nous devons toujours viser l'amélioration continue de ses conditions d'accompagnement.

2. b. Le public accueilli

L'article 46 de la loi d'orientation du 30 Juin 1975, prévoit que les Maisons d'Accueil Spécialisées sont destinées aux personnes handicapées adultes qui n'ont pu acquérir un minimum d'autonomie et dont l'état requiert une surveillance médicale et des soins constants.

Le décret du 20 mars 2009 précise les caractéristiques des populations accueillies en MAS. Il s'agit de personnes présentant une situation complexe de handicap avec altération de leurs capacités de décision et d'action dans les actes essentiels de la vie quotidienne ; présentant un handicap grave à expression multiple, associant déficience motrice et déficience intellectuelle sévère ou profonde, entraînant une restriction extrême de l'autonomie et des possibilités de perception, d'expression et de relation.

La Maison d'Accueil Spécialisée « Les Pléiades » a vocation à accueillir, en internat, ou en semi-internat, ce type de public. Toutefois, nous avons fait le choix, au regard notamment de la cartographie des différents publics accueillis dans les établissements du PHD, de dédier cette structure à **l'accompagnement exclusif de personnes adultes gravement polyhandicapées.**

Aujourd'hui la définition du polyhandicap retenue par l'ensemble des acteurs est celle du Groupe Polyhandicap France qui définit le polyhandicap comme *« une situation de vie d'une personne présentant un dysfonctionnement cérébral précoce ou survenu au cours du développement, ayant pour conséquence de graves perturbations à expressions multiples et évolutives de l'efficacité motrice, perceptive, cognitive et de la construction des relations avec l'environnement physique et humain. Il s'agit d'une situation évolutive d'extrême vulnérabilité physique, psychique et sociale au cours de laquelle certaines de ces personnes peuvent présenter, de manière transitoire ou durable, des signes de la série autistique ».*

La situation complexe de la personne polyhandicapée nécessite, pour son éducation et la mise en œuvre de son projet de vie, **le recours à des techniques spécialisées** pour le suivi médical, l'apprentissage des moyens de relation et de communication, le développement des capacités d'éveil sensori-moteur et intellectuelles, l'ensemble concourant à l'exercice d'autonomies optimales.

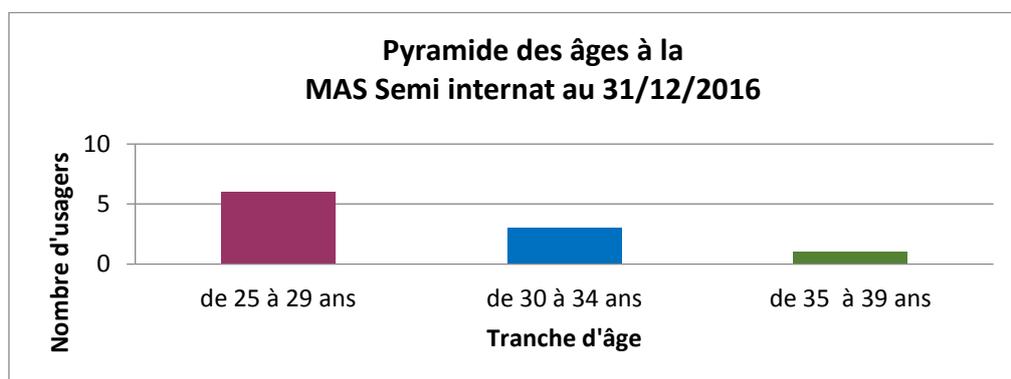
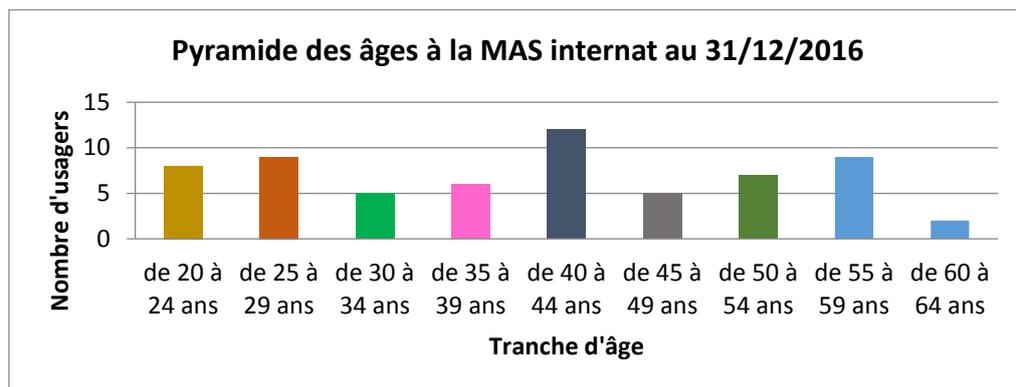
La personne polyhandicapée est aux prises avec des déficiences et incapacités intriquées les unes avec les autres, différentes pour chaque personne, avec, pour conséquence, un mode original et unique pour chacune d'entre elle de vivre au quotidien, d'appréhender le monde extérieur, de communiquer avec les autres.

Agréée par l'arrêté du 29 octobre 2007 et réhabilitée en 2015 grâce à des travaux de rénovation et d'extension, la MAS « Les Pléiades » a une capacité de :

- **61 places d'internat**

- **10 places en accueil de jour** (et 6 places pour des personnes souffrant de Troubles du Spectre Autistique accueillies sur un autre service dont ce projet d'établissement ne traitera pas).

Les caractéristiques des personnes accueillies sont les suivantes :



2. c. Les missions

Le **décret n° 2009 – 322 du 20 mars 2009** a apporté des précisions quant aux obligations des établissements et services accueillant ou accompagnant des personnes handicapées adultes n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie, notamment en ce qui concerne la qualité et la continuité des accompagnements.

Conformément à ce dernier, nous devons pour ces personnes :

- Favoriser, quelle que soit la restriction de leur autonomie, leur relation aux autres et l'expression de leurs choix et de leur consentement
- **Développer leurs potentialités**
- Maintenir leurs acquis et favoriser leur apprentissage et leur autonomie
- **Favoriser leur participation à une vie sociale, culturelle et sportive**
- Porter une attention permanente à toute expression d'une souffrance physique ou psychique
- Veiller au développement de leur vie affective et au maintien du lien avec leur famille ou leurs proches
- Garantir l'intimité en leur préservant un espace de vie privatif
- **Assurer un accompagnement médical coordonné garantissant la qualité des soins**
- Privilégier l'accueil des personnes par petits groupes au sein d'unités de vie

Il apparaît qu'il doit être proposé aux personnes accueillies dans cette structure, dans le respect de leur statut d'adultes :

- **des soins de base pour pallier leur absence d'autonomie** (alimentation, toilette, habillage, élimination, changement de position)

- **des soins techniques :**
 - appareillage et rééducation pour pallier les déficits sensitivo-moteurs très fréquents pour maintenir une bonne posture (siège moulé,...), pour acquérir une certaine autonomie (flèche, fauteuil roulant pour le déplacement, ustensiles adaptés pour l'alimentation, tableaux de communication ...),
 - suivi et traitement des épilepsies très fréquentes, sources d'aggravation du handicap neurologique,
 - suivi et traitement des problèmes digestifs (reflux gastro-oesophagien, constipation),
 - soins rééducatifs ou à défaut palliatifs des troubles de déglutition pour éviter les problèmes respiratoires et la dénutrition, des troubles moteurs.
- **des soins éducatifs et relationnels** qui doivent intervenir le plus tôt possible pour éviter l'isolement de ces enfants présentant une déficience intellectuelle sévère, souvent aggravée par des troubles sensoriels en particulier visuels. Il faut tout mettre en œuvre pour éviter la survenue de troubles de la relation de type autistique, voire d'automutilation et donner à ces personnes des moyens de communication.

Nos accompagnements sont pensés et organisés autour des trois objectifs suivants :

- **Réduire les souffrances**, qu'elles soient physiques ou psychiques,
- **Enrichir la vie**, lui donner une perspective : apprentissage, plaisir, qualité de vie,
- **Favoriser l'ancrage dans la communauté humaine** par le maintien du lien familial et des démarches de socialisation qui permettent, aux personnes que nous accompagnons ayant des capacités cognitives parfois très altérées, d'être des membres reconnus de la cité.

III. L'accompagnement des personnes

3.a. Les Références théoriques

Une décision d'orientation de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) est obligatoire pour toute admission à la MAS. En fonction des places disponibles, de l'avis médical, et après que l'utilisateur et/ou la famille aient pris connaissance du projet d'établissement, du règlement de fonctionnement et du livret d'accueil, l'admission est validée.

Des journées d'immersion sont organisées pour favoriser une adaptation progressive dans un nouvel environnement. Nous mettons l'accent sur l'importance d'un accompagnement global basé sur le partage et l'étroite collaboration entre les usagers, les professionnels et les familles.

Les personnes accueillies à la MAS « Les Pléiades » sont des personnes polyhandicapées, présentant une restriction extrême de leur autonomie, de leur capacité à communiquer et à exprimer leurs besoins.

Elles sont en situation de grande dépendance et de vulnérabilité nécessitant un accompagnement médico – social soutenu, personnalisé, de qualité, fondé sur :

- Le respect de leurs droits fondamentaux que sont la dignité, l'intégrité, la vie privée, l'intimité et la sécurité en offrant dans la mesure du possible un espace privatif.
- Une culture de la bientraitance dans toutes nos actions et surtout une lutte permanente contre tous les phénomènes de maltraitance.

- L'amélioration constante de la qualité de nos prestations en référence aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM.

Cet accompagnement a pour objectif de répondre aux besoins spécifiques de chacune des personnes accueillies et vise :

- A lui offrir un lieu de vie le plus calme, propre et sécurisé possible
- A favoriser son autonomie en recherchant systématiquement et en développant à chaque fois que cela sera possible un mode de communication adapté.
- A maintenir le plus longtemps possible ses capacités physiques et cognitives et lutter contre toute forme de restriction par des soins curatifs et préventifs adaptés.
- A la suppléer dans l'accomplissement des actes essentiels de la vie courante et à lui procurer ainsi bien-être et confort.
- A lui maintenir une vie sociale et culturelle la plus riche possible en fonction de ses besoins et capacités, par le développement d'activités et ateliers en interne et externe.
- Au maintien de ses liens familiaux en fonction de ses attentes et de ceux de sa famille, en facilitant les visites en interne, en organisant au besoin des visites à domicile, en développant des activités communes.

Pour mener à bien notre mission, des outils théoriques et pratiques nous permettent de contribuer à un accompagnement de qualité : la **Stimulation Basale** et la démarche **Humanitude** en font partie. Nous ferons une brève présentation ici car ces deux thèmes fondamentaux seront abordés dans les chapitres suivants (besoins et prestations).

La **Stimulation Basale** est une approche fondée par **Andreas FRÖHLICH** dans les années 1970 visant à aider les personnes en situation de crise ou les personnes présentant un handicap durable, lorsque leurs compétences sont nettement réduites sur le plan des interactions humaines et de leurs possibilités de régulation de leur propre équilibre.

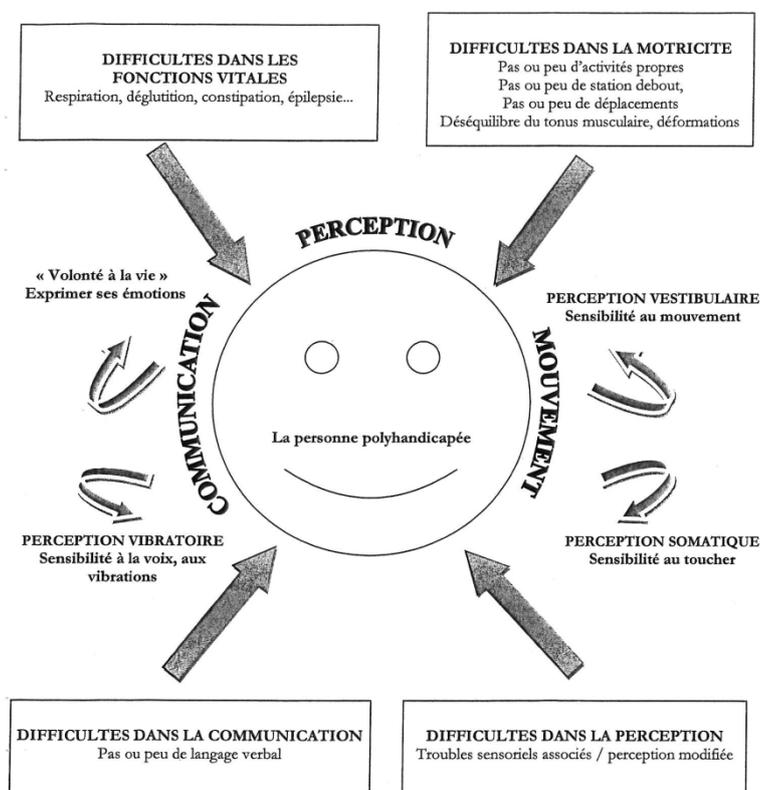


Figure 1 Stimulation Basale

Concernant la démarche **Humanitude**, véritable philosophie du soin et de la relation, la MAS est inscrite dans un processus de labellisation depuis 2014 avec des séances de formation accompagnées de différents intervenants en liaison avec **l'association Asshumevie**. La visite de labellisation est prévue début 2019 et si nous obtenons le label, il s'agira de la première MAS réunionnaise à l'obtenir (5 en métropole).

Ce concept, apparu aux Etats-Unis dans les années 1980, a été repris par **Rosette MARESCOTTI et Yves GINESTE** et mis en œuvre dans les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), plus précisément dans les unités Alzheimer pour favoriser des approches non-médicamenteuses.

Régie par un principe de bientraitance fondamental, le « **zéro soin de force** », l'Humanitude est fondée sur une méthodologie de rapport à l'autre, mettant l'accent sur **le regard, la parole, le toucher et la verticalité**.

IV. Les besoins identifiés et les prestations proposées

4.a. Les besoins

4a1. Les besoins en matière somatique et psychique

L'accès aux soins pour les personnes polyhandicapées accueillies à la MAS constitue un défi majeur. Ils ont des besoins spécifiques en matière somatique et psychique en raison des difficultés de communication avec les équipes. L'idée de veille et d'alerte sur l'état de santé générale des personnes accueillies avec médecine généraliste (**bilans biologiques, évaluation des fonctions respiratoires...**), médecine spécialiste (**dentiste, ORL, ophtalmo, pédiatre**) fait émerger des besoins médicaux spécifiques.

CONSULTATIONS	
Psychiatriques	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnostic étiologique des troubles du comportement après avoir éliminé une cause somatique - Proposition d'une stratégie médicamenteuse et non médicamenteuse
Médecin de rééducation fonctionnelle	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluation neuro-orthopédique et fonctionnel - Prescription de rééducation - Prescription d'appareillage
Neurologue	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluation de l'épilepsie
Orthopédiques	<ul style="list-style-type: none"> - Chaussures sur mesure pour limiter les déformations
Dentaires	<ul style="list-style-type: none"> - Etat bucco-dentaire, interventions sous anesthésie

- Les personnes accueillies ont besoin de maintenir **un bon état de santé général**, que ce soit au niveau **biologique, respiratoire, cutané, dentaire, ORL, gynécologique, neurologique, cardiaque, digestif ou alimentaire**. Elles ont également besoin d'avoir **un état orthopédique optimal** : postures, installations, mobilité. Leur rythme physiologique doit être respecté : sommeil, fatigabilité, temps de latence, repas. **Le soulagement de la douleur physique**, quant à lui, est primordial.

- Les personnes accueillies ont besoin de découvrir qui elles sont. Elles ont besoin **de ressentir leur unité corporelle**. Leurs spécificités perceptives doivent être prises en compte et respectées. **Les déficiences et vécus sensoriels** sont des éléments majeurs de leur identité. Elles ont donc besoin de relation humaine pour se développer et s'épanouir. Encore, **les troubles visuels et auditifs** accentuent les difficultés relationnelles et d'appréhension du monde extérieur. La personne aura donc besoin d'être accompagnée et soutenue dans l'apprentissage du contact et l'exploration. Toutefois, d'autres troubles, comme **l'absence de repères spatio-temporels, des capacités d'expression réduites**, peuvent générer de fortes angoisses lors de changements des repères habituels et ainsi entraîner **des réactions inappropriées (troubles du comportement)**.
- Les personnes accueillies ont besoin d'une certaine indépendance (pouvoir participer activement au niveau moteur) et d'autonomie (pouvoir accepter ou refuser, faire des choix si minimales soient-ils). Elles ont besoin de vivre des **déplacements, de vivre une motricité générale et une motricité fine**.

Chez la personne qui présente un polyhandicap, il est difficile de délimiter les besoins fondamentaux ; ils sont souvent complexifiés du fait des difficultés rencontrées par la personne :

- La satisfaction de certains besoins peut représenter un **risque vital** (ex : fausse-route lors des repas).
- La satisfaction d'un besoin peut empêcher la satisfaction d'un autre besoin (ex : l'alimentation peut beaucoup fatiguer la personne de par l'attention qu'elle doit y porter, et elle ne sera alors pas en état de satisfaire un autre besoin).
- Besoin de varier les postures (retournements, quatre pattes, station assise, station debout, marcher)

VERTICALISATION



Figure 2 Verticalisation

MANIPULATION D'OBJETS



Figure 3 Manipulation d'objets

Concernant les besoins en **matière psychique**, certains résidents présentent des troubles du comportement pour lesquels des **bilans psychologiques et psychiatriques** s'imposent. Le polyhandicap est un handicap grave à expressions multiples avec déficience motrice et déficience mentale sévère ou profonde, entraînant une restriction extrême de l'autonomie et des possibilités de perception, d'expression et de relation. De fait, les personnes polyhandicapées ont **besoin d'une tierce personne** pour se découvrir et **être en relation avec** :

- **Elles-mêmes,**
- **L'autre (environnement social) : besoin d'être compris et de comprendre,**
- **L'environnement matériel.**

4a2. Les besoins en matière d'autonomie

Une des spécificités de la Maison d'Accueil Spécialisée pourrait être caractérisée par le besoin d'aide partielle ou totale dans les **actes de la vie quotidienne (AVQ)**. Les personnes accueillies présentent, en effet, une restriction extrême de leur autonomie, de leur capacité à communiquer et à exprimer leurs besoins.

Face à ces situations de grande dépendance et de vulnérabilité, les AS/AMP ou AES ont un rôle majeur dans la prise en compte des besoins nécessaires à un accompagnement médico-social de qualité, que propose la Fondation Père Favron aux usagers. En effet, la déclinaison de leurs actions se fera en fonction de l'évaluation des capacités du résident par les équipes de proximité :

1. Activité réalisée seul, sans aide humaine et sans difficulté
2. Activité réalisée partiellement avec l'aide d'un tiers et/ou sollicitation et/ou avec difficulté partielle
3. Activité réalisée avec l'aide répétée d'un tiers et/ou surveillance continue et/ou avec difficulté régulière
4. Activité non réalisée (substitution ou renoncement)

En la matière, ces besoins font essentiellement référence à la hiérarchisation **des besoins de l'homme selon Maslow**¹ d'une part, et de la théorie des **besoins de l'être humain selon Henderson**² d'autre part.

Le traitement spécifique nécessaire à l'accueil efficient de personnes polyhandicapées, impose alors une adaptation de ces besoins, représentés ci-dessous :

BESOINS SELON MASLOW	BESOINS ADPATES D'HENDERSON
Besoins de maintien de la vie	Respirer
	Boire , manger
	Elimination
	Dormir, se reposer
	Se vêtir et se dévêtir
	Se mouvoir et maintenir une bonne posture Maintien et renfort des capacités locomotrices
	Douleur

¹ Maslow, A. 1972. Vers une psychologie de l'être. Paris : Fayard

² Boittin, I, Lagoutte M, Lantz, M.C. Virginia Henderson: biographie et analyse de son œuvre. Recherche en Soins Infirmiers - N° 68

	Sexualité
Besoins de protection et sécurité	Sécurité physique Prévention des dangers
	Sécurité psychologique Environnement stable, espace et temps cadrés
Besoin d'appartenance	Communiquer ou interagir si aphasique, transmettre des messages cognitifs et affectifs Faire partie d'un groupe, avoir un statut Respect des cultures et croyances
Besoin d'estime de soi	S'occuper, se réaliser
Besoin de réalisation de soi	Besoin d'épanouissement, créativité et exploitation du potentiel



Figure 4 Prise de bain

A cela, il doit être envisagé la prise en compte de **la modification des besoins dans le temps** comme préoccupation forte. Ces évolutions ou involutions font apparaître **l'avancée en âge** comme vecteur de nouvelles problématiques et nécessite une adaptation de l'offre de service, de soin et de l'accompagnement.

Comme nous pouvons le voir, il est nécessaire que les AS/AMP exercent leurs expertises dans la personnalisation de l'accompagnement, déclinés aux gestes du quotidien. En mettant en place un cadre environnemental et une organisation logistique adaptés au lieu de vie, elles concourent à la valorisation et à la bienveillance des résidents.

4a3. Les besoins pour la participation sociale

Les adultes polyhandicapés accueillis à la MAS sont également **gravement contraints dans leurs aptitudes à une participation sociale. Difficilement identifiables** pour certains résidents, nous pouvons toutefois retenir certains axes de recherche communs en matière de :

Accompagnement de la personne au quotidien (repas, toilette, accueil), à être vigilant à son confort, à la préservation de sa santé.

- Inscription de bénéficiaire dans le rythme d'une journée structurée à travers la mise en place d'un planning d'unité mais aussi individuel.

Participation à des ateliers et activités en rapport avec son projet personnalisé.

- **Intégration de la personne au groupe**, à sa relation et aux interactions avec autrui dans un environnement ordinaire (au sein du service, l'établissement, et dans le cadre plus vaste de la cité : socialisation par sa participation au conte en médiathèque, restaurants, spectacles, vernissage...).

Reconnaissance de la personne en tant que semblable avec un projet contre la violence, l'intolérance et l'injustice.

- **Stimulation du « vivre ensemble »** en respectant la singularité de la personne (son propre rythme), lui accorder des temps privilégiés en relation duelle, personnalisation de sa chambre, fêter son anniversaire, maintenir ou rétablir le lien avec la famille, respecter son besoin de calme, sa façon de s'exprimer, de s'apaiser ou d'être apaisé si nécessaire par l'utilisation de savoir-faire, et d'un accompagnement adapté.

Communication à établir, propre à chaque individu, le comprendre à l'aide d'un accrochage affectif, et de différents outils tels que : la grille ROCS, pictogrammes, langages codés, grille d'évaluation...car le public accueilli **communique essentiellement de façon non verbale** (cris, tremblements, agitations, vocalises, mimiques, autostimulations, regards, contacts physiques...).

Respect des besoins sexuels et de l'intimité en favorisant la possibilité d'avoir accès à leur corps, en leur proposant un lieu approprié. Le travail d'équipe prend également en compte les besoins affectifs tels que le maintien et le rétablissement des liens familiaux, à travers le cahier de liaison, les visites à domicile, les visites des proches au sein du Service, les rencontres d'échange à travers un goûter, les appels téléphoniques

Besoin de protection juridique et civile : la majeure partie des usagers entrant en MAS bénéficient déjà d'une mesure de protection au vu de la sévérité des handicaps. Un renouvellement de la mesure est souvent nécessaire à l'issue de la période de représentation donnée.

4.b. Les prestations

Les prestations, quant à elles, représentent les valeurs ajoutées claires et perceptibles par la personne accueillie et son entourage. Elles donnent forme à l'utilité sociale de l'établissement en répondant aux besoins du résident.

Du fait de la spécificité du polyhandicap, les professionnels de la MAS proposent un accompagnement de proximité et prennent soin de la personne, en fonction des possibilités de celle-ci, pour :

- Améliorer ses capacités et conditions de vie,
- Maintenir ses capacités et conditions de vie,
- Ou accompagner les possibles involutions de ses capacités et conditions de vie.

4b1. Les prestations de soins, de maintien et de développement des capacités fonctionnelles

En ce qui concerne les prestations de soins médicaux à visée préventive, curative et palliative, l'équipe médicale (médecin, médecins spécialistes, IDE) propose :

- Une évaluation et un traitement lié à l'état de santé général : biologique, respiratoire, cutané, dentaire, ORL, gynécologique, neurologique, cardiaque, éliminatoire.
- Une évaluation et **un traitement de la douleur**
- Consultations médecin généraliste à la demande de l'équipe avec examen somatique nécessitant une approche spécifique appropriée et suivi de **la prescription médicamenteuse**
- Bilan somatique global annuel avec entretien avec les familles
- Etat général avec **état nutritionnel** : poids, taille, IMC
- Evaluation **des capacités d'alimentation** avec prévention du risque de fausses routes
- Evaluation **des capacités respiratoires** (besoin d'appareil de ventilation)
- **Suivi épilepsie**
- **Suivi gastro intestinal** (reflux gastro-intestinal, constipation, alimentation entérale)

Un plateau d'infirmiers DE travaille en collaboration avec le médecin de l'établissement. Cette équipe pluridisciplinaire répond au mieux aux besoins des personnes accompagnées pour une prise en charge globale et leur assurer les meilleurs soins si besoin.

Elle assure des soins préventifs, curatifs, éducatifs et relationnels en tenant compte des différentes pathologies. Elle veille à la continuité des soins et la mise en œuvre des prescriptions médicales.

Les IDE assurent pour l'essentiel :

- La préparation des médicaments (comprimés à écraser, gouttes à mélanger, délégation des plateaux de traitements) et la surveillance des effets secondaires
- OREUS : préparation des semainiers nominatifs 2 fois/semaine afin de sécuriser la prise des traitements



Figure 5 Préparation de semainiers -OREUS

- Visite médicale 3 fois par semaine avec le médecin
- **Alimentation adaptée** : prévention des dénutritions, travaux sur les troubles de la déglutition, élaboration de régimes et alimentation adaptée (texture, quantité, indice de masse corporelle)

en collaboration avec la diététicienne du Foyer Albert Barbot. Alimentation spécifique entérale ou parentérale

- **Suivi de l'élimination** avec la surveillance du transit et de la diurèse, administration de traitement préventif ou curatif si besoin
- Surveillance des fonctions respiratoires
- Evaluation de la douleur afin de réduire les souffrances physiques et psychiques

Pour les prestations de rééducation et réadaptation fonctionnelle, l'équipe de rééducation, composée de kinésithérapeutes, d'ergothérapeutes et de psychomotriciens, travaille sur indications et prescriptions médicales, en étroite collaboration avec l'équipe de proximité. Dans le respect de l'approche de la Stimulation Basale, de l'Humanitude, des techniques d'aide au transfert et de manutention, et selon leurs champs de compétences respectifs, les rééducateurs proposent :

- L'évaluation des besoins et des compétences de la personne,
- L'élaboration et la mise en place d'une proposition d'accompagnement adaptée aux besoins de la personne (objectif : améliorer, maintenir ou accompagner)

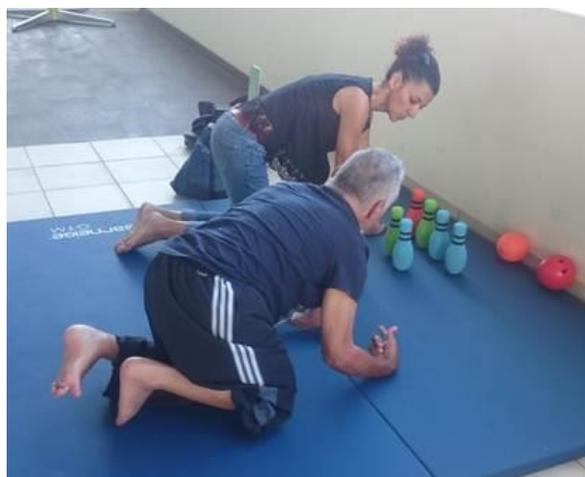


Figure 6 Prestation de rééducation et réadaptation

- L'accompagnement des équipes de quotidienneté pour répéter et pérenniser la proposition,
- Le suivi : une évaluation et/ou plusieurs réévaluations de la pertinence de la proposition avec (ré)adaptations éventuelles de celle-ci en fonction de l'évolution de la personne.

Prestations visant à répondre aux besoins physiologiques et de sécurité physique, dans le respect du rythme physiologique de la personne accueillie (sommeil, fatigabilité, temps de latence, horaires de repas...), l'équipe de rééducation propose :

- Une évaluation pluridisciplinaire de l'état orthopédique, postural et de la station assise de la personne. Cette évaluation permet de prévenir les déformations orthopédiques par des mobilisations actives et passives, et/ou des appareillages spécifiques (grands appareillages : Siège Coque Moulé, chaussures ortho, verticalisateur, matelas moulé, mousses de positionnement..., et/ou petits appareillages : orthèses, coussins de positionnement...)



Figure 7 Utilisation d'appareillages spécifiques

- Une évaluation pluridisciplinaire du repas : les rééducateurs accompagnés du médecin, s'attacheront à observer les capacités de déglutition, la qualité des postures et des installations ainsi que les aides techniques et humaines nécessaires en liaison avec la diététicienne.

Prestations visant à répondre aux besoins d'appartenance et de sécurité psychique proposées par les rééducateurs, dans le respect des particularités perceptives du résident :

- Des adaptations de l'environnement aux caractéristiques sensorielles, motrices et comportementales de la personne :
Aménagement des lieux communs ou privés (ex : variateur de lumière, capitonnage de certaines salles ou lits, repérages sensoriels, barres d'appuis, rampes, choix du mobilier ...)
Adaptation du matériel (ex : tablettes adaptées avec matériels à manipuler, achats d'objets à explorer, matelas orthopédiques, mousses de positionnement, aides techniques aux transferts avec sangle et rail, disque ou planche par exemple...)
- Des médiations adaptées (ex : hamac, lit de flottaison, piscine, balnéothérapie, trampoline, activités au sol, salle multi sensorielle...)
- Des outils de communication (corporels par un travail autour du tonus ou des mimiques par exemple, et/ou matériels avec contacteurs, tablettes, pictogrammes...).

Prestations visant à répondre aux besoins d'estime et d'accomplissement proposées par les rééducateurs :

- Un bilan annuel (bilan psychomoteur, ergothérapeutique et kinésithérapeutique) afin d'évaluer, selon les domaines de compétences : l'état orthopédique, les capacités motrices (globales et fines), les capacités sensorielles, les capacités perceptives, les capacités cognitives (orientation spatio-temporelle...), les capacités d'indépendance et d'autonomie.



Figure 8 Bilan sur les capacités sensorielles, perceptives, cognitives...

- **Un accompagnement rééducatif adapté** : séances individuelles ou en groupe de kinésithérapie, ergothérapie, et/ou psychomotricité.

- **Des aides techniques adaptées** pour l'ensemble des Actes de la Vie Quotidienne (au repas, à la marche, au déplacement, aux transferts...)
- **Une évaluation pluridisciplinaire à la toilette** : capacités de participation, qualité des installations ainsi que des aides techniques et humaines nécessaires.

4b2. Les prestations en matière d'autonomie

En partant des besoins et des compétences de la personne, nous pouvons mener différentes observations et évaluations. Les principaux outils utilisés sont deux approches bienveillantes :

- **L'humanité** est une philosophie de soin prenant en compte les caractéristiques qui font qu'une personne se reconnaît comme un être humain (verticalité, regard, parole, toucher) pour les intégrer à la relation particulière qui lie le soignant et le soigné.
- **La stimulation basale** part du développement in-utero et précoce de la personne et des expériences sensorielles qu'elle a vécues au niveau somatique, vestibulaire et vibratoire. Elle permet de dégager une réflexion autour du projet individuel d'accompagnement et de mettre en œuvre les prestations dont la personne a besoin.

Ces approches permettent de faire ressortir le besoin primordial de la personne (*percevoir, communiquer, bouger, ressentir des émotions et sentiments, comprendre, faire des expériences avec d'autres personnes, ressentir son propre corps et se ressentir soi-même dans son propre corps*) afin de pouvoir établir son objectif de soin, de façon pluridisciplinaire, en restant en lien avec les familles.

L'accompagnement pour les actes essentiels : les actes de la vie quotidienne représentent des temps forts de la journée ainsi que des moments de relation privilégiée entre soignant et soigné. C'est l'occasion de leur apporter une prise en soin globale. D'une façon générale, l'approche soignante doit être bienveillante, teintée de douceur et de respect afin d'établir un climat de confiance mutuelle.

- **Les soins d'hygiène et de confort** :
 - La toilette représente un temps d'activité à part entière pour la plupart des résidents accueillis à la MAS. En plus de la douche proprement dite, ce soin comporte aussi l'hygiène bucco-dentaire, l'habillage, le coiffage... En humanité comme en stimulation basale, ce moment représente d'ailleurs le temps idéal pour effectuer des « toilettes évaluatives » en équipe pluridisciplinaire. Le résultat de cette évaluation permet d'apporter à la personne le soin qui lui correspond le mieux dont l'objectif peut-être d'améliorer ou de maintenir ses capacités ou d'accompagner la perte des capacités lorsque les objectifs précédents ne sont pas réalisables.
 - Les changes se font plusieurs fois par jour selon les besoins et les prescriptions médicales. Le respect du rythme de la personne, notamment veille/sommeil doit être respecté au maximum.
 - Des soins complémentaires peuvent être apportés selon la nécessité : soin des ongles, shampoing, mise en beauté.
- **Les repas** : un petit-déjeuner, un déjeuner, un dîner et deux collations sont proposés chaque jour. Ils font l'objet d'une attention particulière notamment en termes d'adaptation des textures et des régimes. Là encore le type d'aide au repas qui va être apporté dépendra du thème de travail défini lors du projet personnalisé. Certains résidents sont, eux, alimentés de façon entérale grâce à une GPE, c'est l'infirmière qui s'occupe de sa mise en place.

- **Les traitements :** ils sont administrés par l'équipe de quotidienneté aux horaires prescrits, la plupart du temps au moment des repas. Ils sont délégués par l'infirmière qui les aura préalablement préparés.
- **Les installations et adaptations :** diverses et variées (lit, fauteuil, verticalisateur, repas...), elles sont le fruit d'une étroite collaboration entre les rééducateurs et le personnel de quotidienneté.

Afin de **favoriser la communication et les relations avec autrui**, nos actions seront essentiellement orientées vers des accompagnements à diverses activités sur les unités ou des promenades sur site. Là encore **l'adaptation du regard, de la parole et du toucher** est primordiale pour permettre une approche réussie et favoriser la communication sous toutes ses formes. Beaucoup de personnes que nous accompagnons ont besoin d'activités « simples » centrées sur les perceptions sensorielles de base (mise au sol, éveil sensoriel...). La prestation en matière de communication sera dans un 1^{er} temps orientée sur la perception de son propre corps avant d'envisager un travail avec autrui.

Bien sûr en-dehors des différentes sorties et activités, la communication et les relations sont présentes et très importantes lors de tous les actes essentiels de la vie du résident.

Accompagnements à l'extérieur avec déplacement d'un professionnel pour mettre en œuvre la réalisation de prestation en matière d'autonomie

Les prestations d'accompagnements extérieures sont de plusieurs types :

- **Les sorties :** elles peuvent être réalisées dans le cadre des projets personnalisés, dans un but de loisirs/animation ou lors de sorties inter-unités. Elles nécessitent souvent plusieurs accompagnants professionnels.
- **Les Visites A Domicile (VAD) :** sont très utiles pour recréer ou entretenir le lien familial. C'est aussi l'occasion de faire le point sur les habitudes de vie de la personne à son domicile par rapport à l'institution.
- **Les rendez-vous médicaux :** ils nécessitent une organisation particulière du personnel de quotidienneté. Il est important que le professionnel qui accompagne la personne soit bien au courant de ces habitudes de vie, de la raison du rendez-vous et de tout autre élément important.
- Au vu du degré de dépendance des résidents de la MAS, nous favorisons l'exercice des professionnels pouvant venir sur site pour réaliser certaines prestations, cela évite toute logistique de « transport » du résident (coiffeur, podologue-orthésiste...)

Accompagnements pour prendre des décisions adaptées et pour la sécurité

La prise de décisions adaptées est très compliquée de la part du résident lui-même du fait de la dépendance importante. Par contre lorsque la famille est présente, nous essayons de l'associer au maximum dans les décisions quotidiennes.

- a) Accompagnement pour les AVQ
- b) Accompagnement en matière d'autonomie à l'extérieur de l'établissement (accompagnement d'un professionnel, préparation de projet (déplacement du professionnel pour voir l'accessibilité)
- c) Accompagnement pour prendre des décisions adaptées et pour la sécurité (lors des déplacements, des AVQ (repas, repos, etc.), installations, etc.)

4b3. Les prestations pour la participation sociale

En considérant la MAS comme un lieu de vie, la relation devient un outil majeur dans les actes quotidiens tant à la personne qu'à son environnement direct et celui à l'extérieur de l'établissement. Aussi, pour la développer, l'équipe sociale, éducative et d'animation se doit de **proposer l'activité comme moyen de support à la vie relationnel**. Le sens donné à ces activités est élaboré en équipe pluridisciplinaire lors de l'élaboration des **projets personnalisés**. **La personnalisation des actions** est alors au centre des préoccupations des éducateurs spécialisés et animateurs intervenant à la MAS. Les prestations proposées permettent alors un accompagnement au quotidien pour la communication et les relations avec autrui. La vie institutionnelle des résidents de la MAS démontre l'importance de proposer **sorties, pique-nique, ateliers et activités afin d'apporter la stimulation nécessaire à l'affirmation de leurs spécificités**.



Figure 9 SAKIFO 2017



Figure 10 Election Miss "Pléiades"

L'entourage significatif du résident est un lien de type relationnel qui semble nécessairement à maintenir. **La complexité des démarches administratives** est souvent vécue comme une difficulté supplémentaire les familles. A ce titre, **l'assistante sociale** intervenant à la MAS propose, quant à elle :

- Accompagnement à **l'expression du projet personnalisé** (attentes des familles, observations, contraintes institutionnelles). Elle accompagne les familles tutrices dans l'expression écrite de leurs demandes d'orientation auprès de la MDPH.
- Accompagnement **pour exercer ses droits** : l'ASS accompagne la famille en l'informant, l'orientant et aidant dans le montage de dossiers (financiers et administratifs). Elle informe également les familles et proches sur la question de la protection judiciaire. Elle les accompagne dans la demande (généralement renouvellement de la mesure) et après la décision de la mesure. Elle peut être présente aux audiences, et fait le lien avec le juge des tutelles.
- Accompagnement la famille et les proches, lorsqu'il y a retour ou visite à domicile, vers un **logement adapté et sécurisé (adaptation du logement)** en partenariat avec les ergothérapeutes, dans les demandes d'adaptation du logement auprès des bailleurs et de la MDPH
- Lien avec **le GUT et l'ASE** dans le cadre de la protection de personne vulnérables, notamment en milieu familial (contacts, présences aux instances décisionnelles)
- Travail en équipe pour veiller au maintien des liens familiaux, et chercher à recréer des contacts avec les familles pour lesquelles ce lien s'est distendu et oriente vers les partenaires sur la question de la **dynamique familiale**

Afin de parvenir à mieux remplir ses missions, l'équipe pluridisciplinaire se doit de pouvoir s'adapter aux besoins des résidents en lui proposant des moyens adéquats. Néanmoins, l'institution est, elle aussi, un maillon important. Elle propose pour l'efficacité des fonctions support et d'encadrement une organisation cohérente qu'il est nécessaire de détailler.

Nous allons à présent vous faire un descriptif détaillé de l'organisation de l'établissement.

V. Organisation de l'établissement

5. a. Ressources humaines

Pour MUCCHIELLI³ : « l'équipe 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** ». Il ajoute que « l'engagement personnel fait que chacun apporte sa science, sa compétence, sa technique, mais aussi sa personne ».

Les professionnels aident la personne accueillie à exploiter au maximum ses capacités et ses possibilités, à maintenir et développer au mieux son autonomie, à favoriser son épanouissement personnel, y compris, le cas échéant, dans les situations d'involution.

Le travail d'écoute et d'observation est à la base de notre pratique appuyée par le travail d'équipe.

La richesse des qualifications, la diversité des métiers et des parcours professionnels, favorise la complémentarité des prestations, dans le respect des spécificités de chaque fonction.

L'inter professionnalité dépasse la notion de discipline pour inscrire la notion de **mutualisation de compétences** aussi bien en interne qu'avec des intervenants et des partenaires externes.

De l'expertise différente de chaque intervenant se dégagera une approche et un savoir-faire général. De cette expertise découle l'accompagnement du bénéficiaire d'après ses besoins. **L'interdisciplinarité et l'entraide mutuelle en échangeant sur les pratiques et les observations** doivent rester une ligne directrice.

A la MAS, il n'y a **pas de noblesse de fonction** car elles sont toutes essentielles pour assurer un service global de qualité. Il est important de trouver un équilibre entre le respect de la spécificité de chaque fonction et les risques de cloisonnement des fonctions. Le travail à la MAS nécessite une logique d'entraide et de solidarité mais il faut veiller à ne pas tomber dans une polyvalence excessive. Il est nécessaire de mettre en synergie toutes ces fonctions : c'est pourquoi nous parlerons ici **d'interdisciplinarité plutôt que de pluridisciplinarité**.

Concrètement, pour mener à bien ses missions, la MAS regroupe les fonctions suivantes :

- **Psycho-socio-éducatives** avec des Accompagnants Educatifs et Sociaux (AES anciennement Aide Médico-Psychologiques), des Educateurs Spécialisés (ES), des animateurs, une Assistante de Service Social (ASS), une psychologue.
- **Soignantes et paramédicales** avec un médecin généraliste, un responsable infirmier, des infirmières, des Aides-Soignants (AS), un kinésithérapeute, des ergothérapeutes et des psychomotriciens. Il faut ici noter l'absence d'orthophoniste, de médecin psychiatre ou de rééducation, faute de candidatures.
- **Logistiques** avec des Agents de Service Logistique (ASL) et des Ouvriers de Service Logistique (OSL).
- **D'encadrement** avec un Cadre de Proximité (CP), un cadre transversal et un Directeur Adjoint (DA).

³ MUCCHIELLI Roger, *Travail en équipe : clés pour une meilleure efficacité collective*, ED. ESF, 1996

- **Administratives** avec des employés administratifs, un comptable, une responsable des ressources humaines et une secrétaire médicale.

Tableau des effectifs au 31/12/2016

Catégories professionnelles	ETP	Nombre
Agent de service logistique	10,5	11
Aide médico-psychologique	27	27
Aide-soignant	24,8	25
Animateur socio-éducatif	2,25	3
Assistant de service Social	0,3	1
Cadre de proximité	2	2
Directeur adjoint	0,5	1
Educateur spécialisé	2,25	3
Employé administratif	1,5	2
Equipe Direction	2,47	13
Ergothérapeute	1,5	2
Infirmier D.E.	6	6
Masseur-kinésithérapeute	1	1
Médecin	0,32	2
Orthophoniste	0,15	1
Ouvrier Qualifié	2	2
Psychologue	0,2	1
Psychomotricien	1,5	2
Responsable Infirmier	1	1
Total	82,49	100

Concernant les effectifs de fin 2017 suite à certaines démissions, il faut noter que les difficultés de recrutement de **psychiatre**, de **kinésithérapeute**, **d'orthophoniste** et **médecin spécialisé en Médecine Physique et Réadaptation (MPR)** font défaut à l'accompagnement global des résidents.

A moyen terme est prévu un **fort taux de renouvellement** dû à de nombreux départ en retraite d'AS/AES d'ici 2021. En fonction de l'évolution de la prise en charge des personnes polyhandicapées nécessitant de plus en plus de soins en raison de leur vieillissement, **un rééquilibrage AS/AES devra être étudié.**

L'enquête de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) en 2010 fait aussi apparaître un déficit de fonctions support, notamment pour l'encadrement.

Taux d'encadrement pour 100 ETP

	Enquête DREES	MAS Pléiades
Fonctions support	22%	17%
Fonctions d'accompagnement	78%	83%

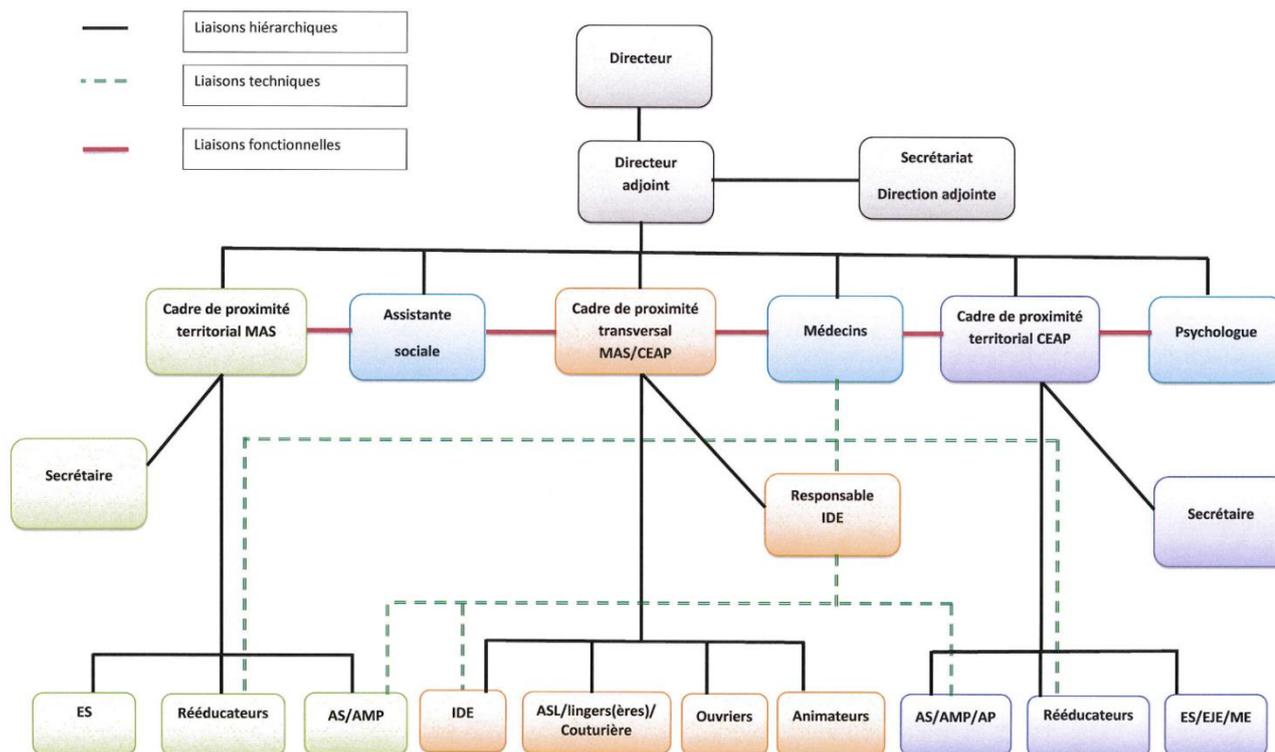


Figure 9 Organigramme Entité Polyhandicap (MAS-CEAP-SESSAD)

EXTRAIT DU DISPOSITIF DE REUNIONS

REUNION DE PROJETS PERSONNALISES	Repérer les problématiques de la personne accueillie pour mieux comprendre les comportements et identifier les besoins spécifiques Validation des stratégies d'accompagnement Validation des objectifs à atteindre	EDUC/CP en collaboration avec le médecin	L'ensemble des professionnels intervenant auprès de l'utilisateur	Salle de réunion Le jeudi, selon un planning prévisionnel De 10h à 12h
REUNION REEDUCATEURS	A définir avec le médecin	DA/Médecin	Rééducateurs/DA/CP	Mensuelle 2ème mardi 12h15-13h15
REUNION IDE	Selon ordre du jour transmis par Responsable IDE	DA/Médecin	IDE/RESPIDE/MED/DA/CP	Mensuelle 3ème jeudi 12h30-13h30
REUNION ASL	Selon ordre du jour transmis par cadre transversal	DA/CP	ASL/CP/DA	Mensuelle 2ème jeudi 12h30-13h30
REUNION DA/CP	Selon ordre du jour défini par Directrice Adjointe	DA	DA/CP/référente Humanitude/OGIRYS	Hebdomadaire lundi 10h00-11h30
REUNION COORDINATION	Selon ordre du jour défini par DA/Médecin	DA/Médecin	MED/DA/CP/AS/PSY	Mensuelle 3ème mardi 14h30-15h
REUNION FONCTIONNEMENT	Selon ordre du jour défini par CP	DA/CP	Tous professionnels	Hebdomadaire lundi de 13h45 à 14h30
REUNION D'UNITE	Selon ordre du jour défini par la proximité	CP	Pluridisciplinaire	Hebdomadaire par unité 13h45-14h30

5. b. Ressources financières

Les maisons d'accueil spécialisées sont financées principalement par l'Assurance maladie et sont placées sous la compétence des **Agences Régionales de Santé (ARS)**. Nous fonctionnons en suivant un **Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM)** sur 5 ans avec très prochainement la mise en place d'un **Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD)**.

Pour l'exercice 2017, l'établissement a obtenu auprès de l'autorité de tarification, l'ARS, une autorisation budgétaire de 7 158 553.75 € en financement des 77 places installées.

GROUPE	MAS	%
GROUPE I	1 164 503,96	16,27%
GROUPE II	4 788 592,63	66,89%
GROUPE III	1 205 457,16	16,84%
TOTAL BUDGET	7 158 553,75	

Le coût annuel 2017 pour une personne polyhandicapée accueillie à la Mas les pléiades est de 84 525€ contre environ 90 000 € en métropole, pour les personnes présentant des troubles de spectre autistique le coût est de 80 584 € contre environ 100 000 € en métropole.

En outre, les structures médico-sociales de l'île de la Réunion, adhérentes à la FEHAP, supportent un surcoût domien de 20 % pour pallier à la cherté du coût de la vie et à l'éloignement. Aussi, dans le cadre d'une démarche de benchmarking, il conviendra de neutraliser cet élément spécifique à notre département d'outre-mer. Ainsi, l'écart par rapport au coût métropolitain deviendrait pour le moins significatif, avec un coût annuel à la place de 72 000 € pour une personne polyhandicapée et de 69 000 € pour l'autisme.

5. c. Ressources logistiques

5c1. Locaux et autres ressources pour accueillir

Les locaux de la MAS ont été réhabilités (**rénovation/construction**) en **2015** et offrent un environnement de travail, d'accueil et d'hébergement agréable. Dans l'attente des travaux du futur CEAP, les enfants sont accueillis sur l'unité RUBIS. Nous bénéficions d'une annexe rééducative et d'ateliers (trampoline, esthétique, balnéothérapie, lit de flottaison, cuisine thérapeutique, peinture).



A l'étage se situent des bureaux administratifs, une salle de pause et des salles de réunion, pour l'instant non encore accessibles aux personnes à mobilité réduite.

Nous disposons de logiciel de gestion de plannings (OCTIME) ainsi que du logiciel PSI pour la gestion des dossiers des usagers. A ce titre, nous devrions adopter un nouveau logiciel appelé OGIRYS en 2018.

5c2. Fourniture des repas

Les repas sont fournis et préparés par **la cuisine centrale de l'Etablissement et Service d'Aide par le Travail (ESAT) du site Foyer Albert Barbot**. Compte tenu des problèmes d'alimentation et de déglutition des personnes que nous accueillons, nous comptons aujourd'hui plus de **20 régimes/textures différentes** (haché, tamisé, mixé, hypercalorique, hypocalorique). Une vigilance particulière est apportée sur ces temps de repas très important dans l'accompagnement global.

Les résidents ont le choix du repas commun, éducatif, thérapeutique, en chambre selon protocole (maladie ou trouble du comportement). Il existe une possibilité de **pique-nique sur le site ou à l'extérieur** quelles que soient leurs capacités et en respectant leurs projets personnalisés.

5c3. Entretien du linge

La prestation du linge est assurée par un **prestataire extérieur** qui fait des récupérations/livraisons quotidiennes pour l'ensemble du linge de la MAS (marquage des vêtements résidents et linge plat de l'établissement : draps, serviettes, gants...). Il arrive que cette prestation ne remplace pas toujours nos exigences et nous faisons en sorte de rectifier les écarts.

Un **inventaire complet et précis des vêtements des résidents** (trousseau) en liaison avec la **lingère salariée** sera fait en 2018.

5c4. Les transports

Le décret n° 201-1084 du 15 septembre 2010 précise que les frais de transport liés aux trajets aller et retour entre le domicile et l'établissement des personnes adultes handicapées bénéficiant **d'un accueil de jour**, sont inscrits parmi les dépenses d'exploitation.

Tout est mis en œuvre pour que le lien familial soit maintenu afin de consolider et de renforcer ou de restaurer ces liens. **Des visites aux domiciles** des familles sont réalisées (une programmation est organisée en amont par les référents) mais aussi les visites des familles sur la structure sont facilitées. Le Pôle Handicap et Dépendance possède une **flotte de véhicules adaptés**.

Par ailleurs, un certain nombre de résidents a des parents âgés et/ou ayant des problèmes de transport. Des facilités sont offertes par le biais des **pass-transport en liaison avec des prestataires extérieurs**.

5. d Partenariats

Le tableau ci-dessous résume les principaux partenariats de la MAS :

BESOINS DES PERSONNES ACCOMPAGNÉES	PARTENAIRES	PRESTATAIRES
Etre orienté dans un établissement adapté	ARS - MDPH - CDAPH - Autres ESMS	
ACCOMPAGNEMENT AU QUOTIDIEN Etre hébergé de façon adaptée	ARS	Entreprises BTP - Pompiers - Police - Mairie - Fournisseurs privés - Commerces
Se nourrir être nourri	ARS	Cuisine centrale ESAT - Fournisseurs privés - Formation continue - Commerces
Eliminer être changé		Fournisseurs ou prestataires privés - Commerces
Avoir des vêtements et les entretenir	Mandataires judiciaires	Fournisseurs ou prestataires privés - Commerces
Se laver être lavé		Fournisseurs ou prestataires privés
Dormir se reposer		Fournisseurs ou prestataires privés
Avoir du confort		Fournisseurs ou prestataires privés - Formation continue
Se déplacer	Conseil Départemental (Pass' Transport) - Mairie - CCAS - HandiTrans - Mandataires judiciaires - CGSS	Prestataires privés
ETRE EN BONNE SANTE	Hôpital - HAD - SAMU - CRIA - Officine sur site du PHD - Paramédicaux libéraux - CGSS - Mutuelle	Fournisseurs métiers - Formation continue - Cabinets médicaux généralistes, spécialistes - Paramédicaux libéraux - Appareilleurs
BESOIN DE SECURITE (incendie, bens et personnes)	Pompiers - APAVE - Police - Gendarmerie	Société gardiennage - Formation continue - Prestataires privés
BESOIN D'EDUCATION		Formation continue

INSTRUCTION		
BESOIN DE LOISIRS	<p style="text-align: center;">CCAS - HANDIPLAGE - Infrastructures municipales - Conseil Départemental (Pass' Loisirs)</p>	<p style="text-align: center;">Associations - Clubs - Commerces - Artistes - Prestataires privés</p>
BESOIN DE SE REALISER (coiffeur, pratiques religieuses, vacances...)	<p style="text-align: center;">Conseil Départemental (Pass'Loisirs)</p>	<p style="text-align: center;">Commerces - Prestataires privés - Ministère des cultes - Hôteliers</p>
BESOIN DE COMMUNIQUER (matériels et équipements adaptés, rééducation)	<p style="text-align: center;">Mandataires judiciaires</p>	<p style="text-align: center;">Fournisseurs privés - Prestataires libéraux</p>
BESOIN DE SUIVI SOCIAL ET MEDICO-SOCIAL	<p style="text-align: center;">Mandataires judiciaires - Services du siège FDF - Expert comptable</p>	

A noter que malgré la Charte Romain Jacob, de nombreux efforts restent à faire pour décroiser le médico-social et le sanitaire, l'accueil de personnes polyhandicapées pour des consultations ou hospitaliers restant source de nombreuses difficultés voire incompréhensions.

Favoriser les échanges en faisant disparaître les a priori grâce notamment à un référent « handicap » à l'hôpital, ou des immersions/visites de professionnels sanitaires dans les établissements médico-sociaux, doit être une piste de réflexion.

Concernant les partenariats de formation, nous mettons l'accent sur des formations ciblées, susceptibles de nous aider dans l'accompagnement du polyhandicap. A ce titre, nous renouvelons annuellement des formations sur **la Stimulation Basale, les techniques d'ergonomie, la déglutition ou le guide environnemental** pour des personnes présentant des troubles du comportement.

VI. Les objectifs d'évolution, de progression et de développement

Suite à l'évaluation interne de 2017, des axes d'amélioration ont été identifiés en équipe pluridisciplinaire pour aboutir au plan d'actions suivant :

PLAN D' ACTIONS MAS

<u>Actualiser et adapter les documents opposables</u>
Réaliser une vidéo de présentation de l'établissement/service
Adapter les documents opposables
Poursuivre l'envoi des CR de CVS aux familles
<u>Renforcer la personnalisation de l'accompagnement</u>
Désigner des référents/fiche mission
Améliorer la procédure d'admission
Produire systématiquement l'avenant annuel pour les PP
<u>Améliorer l'accompagnement de l'utilisateur : Vie Quotidienne et Soins</u>
Faire intervenir une diététicienne : équilibre alimentaire, gaspillage et plaisir du goût
Travailler avec les maraichers pour les fruits et légumes de saison
Renforcer les missions du CLAN
Croiser les plannings d'activités
Réaliser un inventaire des vêtements du résident
Positionner un référent hygiène par établissement et/ou service
Etablir une convention avec le secteur sanitaire
Réactiver l'heure du doc
Installer un cabinet dentaire sur le site
Organiser une politique de prévention soins : consultations annuelles
<u>Favoriser la présence et l'implication de l'entourage</u>
Réaliser régulièrement des enquêtes de satisfaction familles/usagers

<p>Inviter systématiquement les personnes significatives de l'entourage au PP</p> <p>Adresser le petit journal de la MAS aux familles</p> <p>Envoyer 2 courriers/an aux familles, l'un pour faire le « bilan de l'institution », et l'autre pour « le bilan résident »</p>
<p><u>Maîtriser des risques</u></p>
<p>Sécuriser la salle de préparation des médicaments</p> <p>Sécuriser le circuit du médicament : mise en place d'un contrôle et d'une aide à la distribution des médicaments</p> <p>Elaborer le Plan Bleu</p>
<p><u>Promouvoir de la Bienveillance</u></p>
<p>Formaliser le process d'évènement indésirable</p> <p>Désigner une personne ressource ou bienveillance/établissement</p> <p>Faire une réunion annuelle sur les textes réglementaires et sur les droits des usagers</p> <p>Améliorer le fonctionnement de l'instance éthique</p> <p>Poursuivre la démarche de labélisation « Humanitude »</p>
<p><u>Consolider les compétences et les expertises des professionnels au service d'un accompagnement de qualité</u></p>
<p>Former le personnel aux gestes de premiers secours</p> <p>Mettre en place des sessions de formation OGYRIS pour une meilleure appropriation du logiciel</p> <p>Mettre en place un espace de régulation (groupe d'expression) dans tous les établissements</p> <p>Favoriser l'accueil des nouveaux salariés : désignation d'un tuteur/fiche de mission</p> <p>Réaliser une réunion annuelle sur l'importance triptyque observation/hypothèse de travail/évaluation</p> <p>Créer une page Facebook PHD en lien avec les RH</p> <p>Réactualiser les fiches de poste</p> <p>Poursuivre la démarche de mutualisation visant à créer l'entité polyhandicap</p>
<p><u>Adapter les ressources architecturales et logistiques aux normes et aux besoins de la population</u></p>
<p>Construire une esplanade festive</p>

Augmenter la couverture wifi et le débit

Contrôler les abords extérieurs : mettre en place un système de vidéo-surveillance

Faire évoluer l'offre de service

Créer des places d'accueil temporaire

Créer des places de semi-internat

Créer des places dédiées aux handicaps rares

LA VOLONTE COMMUNE DU PRENDRE SOIN

La MAS a connu de profonds bouleversements (déménagement, changements d'équipes et évolution de l'accompagnement). Il s'agit aujourd'hui de retrouver un sens commun partagé et une certaine stabilité avec une volonté du **PRENDRE SOIN** ensemble.

Mettre l'accent sur la bienveillance et l'ambiance de l'établissement au travers d'un véritable travail d'équipe pluridisciplinaire, respectueux des avis et compétences de tous les professionnels. Pour cela, la démarche HUMANITUDE constitue un levier important avec l'indispensable investissement du groupe de pilotage et des personnes ressources.

Les critères d'éligibilité d'HUMANITUDE

1. Fonctionnement d'un **Comité de pilotage** composé au minimum de : directeur ou son représentant, cadre, référents, un soignant par équipe, médecin coordonnateur, infirmier, psychologue
2. Processus « **zéro soin de force** » mis en place et suivi de l'objectif affiché dont la toilette évaluative/prescrite qui doit être connue, pratiquée, réévaluée
3. Processus des pré-préliminaires « **Toc-Toc** » mis en place
4. Processus « **Vivre et mourir debout** » mis en place et suivi de l'objectif affiché
5. Accessibilité de l'établissement aux familles et amis 24h/24
6. **Qualité de l'ambiance de l'établissement** : processus de l'accueil mis en place et suivi
7. **Projet d'accompagnement personnalisé** : 100% mis en œuvre à 6 mois

L'ENTITE POLYHANDICAP

Dans la perspective d'une construction/réhabilitation architecturale du CEAP, nous mettons tout en œuvre en ayant pour l'objectif une Entité Polyhandicap (MAS-CEAP-SESSAD) pleinement efficiente avec :

- La mutualisation des équipes du CEAP et de la MAS avec transversalité des compétences (IDE, ASL...)
- Des échanges intergénérationnels (communication « horizontale » et « verticale » entre les adultes et les enfants)
- Une mixité de l'accueil (public avec déficience motrice sur l'accueil temporaire enfant/adulte)
- Des outils innovants : Humanitude, Stimulation Basale, guide environnemental...

Ces objectifs d'évolution, de progression et de développement ne pourront se faire sans l'engagement de tous, le partage des compétences et connaissances de tous les intervenants dans la vie d'une structure telle qu'une MAS. Les familles et les résidents peuvent compter sur l'investissement et la motivation de professionnels bienveillants, toujours à la recherche du mieux-être des personnes accueillies.