



PROJET
D'ÉTABLISSEMENT
2023- 2025

Maison d'Accueil Spécialisée
Héliodore

 **Apei Périgueux**
Vivons ensemble nos différences 

Le projet d'établissement de la Maison d'Accueil Spécialisée Héliodore a été

- > soumis à l'avis du Conseil de la Vie Sociale lors de la séance du 21/06/2023,
- > soumis à l'avis du Comité Social et Economique lors de la séance du 13/07/2023,
- > approuvé par le Conseil d'Administration de l'Apei Périgueux lors de la séance du 03/10/2023.

SOMMAIRE

1- PRESENTATION DE L'APEI PERIGUEUX.....	1
1-1 L'Apei Périgueux.....	1
1-2 Les établissements et services de l'Apei Périgueux.....	4
1-3 Les orientations associatives.....	5
2- LES PRINCIPES D'INTERVENTION, DE PREVENTION DE LA MALTRAITANCE ET DE PROMOTION DE LA BIEN TRAITANCE .	6
3- LA PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT	10
3-1 L'histoire de l'établissement.....	10
3-2 Le cadre légal et ses missions	10
4- LA PRESENTATION DU PUBLIC ACCUEILLI	11
5- LES MODALITES D'ORGANISATION ET DE MISES EN ŒUVRE DES ACCOMPAGNEMENTS ET DES PRESTATIONS ..	13
5-1 Les critères et les modalités d'admission	13
5-2 Les objectifs et les modalités de mise en œuvre des accompagnements des personnes	13
5-2.1 Les besoins d'accompagnement dans les actes de la vie courante	14
<input type="checkbox"/> Le besoin de dormir et se reposer	14
<input type="checkbox"/> Le besoin d'être propre et de protéger ses téguments	14
<input type="checkbox"/> Le besoin de se vêtir, se dévêtir	14
<input type="checkbox"/> Le besoin de boire et de manger	14
<input type="checkbox"/> Le besoin d'éliminer.....	15
<input type="checkbox"/> Le besoin de communiquer.....	15
<input type="checkbox"/> Le besoin de s'occuper, de se réaliser	16
<input type="checkbox"/> Le besoin de se recréer	18
<input type="checkbox"/> Le besoin d'apprendre	18
<input type="checkbox"/> Le besoin de pratiquer sa religion ou agir selon ses croyances	18
5-2.2 Les besoins d'accompagnement médical, à la santé et à la prévention	18
<input type="checkbox"/> Le besoin d'éviter les dangers	19
<input type="checkbox"/> Le besoin de respirer	19
<input type="checkbox"/> Le besoin de se mouvoir et maintenir une bonne posture	20
<input type="checkbox"/> Le besoin de maintenir une température corporelle dans la limite de la normale	20
5-2.3 L'accompagnement à la vie affective et sexuelle	20
5-2.4 L'accompagnement à la fin de vie et les soins palliatifs.....	21
5-2.5 La place des familles et des amis dans l'accompagnement.....	22
5-3 Les prestations d'hébergement en soutien de l'accompagnement	23

5-4 Les critères et les modalités de fin d'accompagnement	24
5-5 Les partenariats, les réseaux et l'ouverture de l'établissement	24
5-6 La participation et la représentation des personnes accompagnées	25
5-6.1 Le Projet Personnalisé d'Accompagnement et de Soins	25
5-6.2 Le Conseil de la Vie Sociale	27
6- LES RESSOURCES MISES A DISPOSITION.....	28
6-1 Le pilotage des ressources humaines	28
6-1.1 La structuration des compétences et des qualifications	28
6-1.2 L'organisation des réunions.....	29
6-1.3 L'analyse des pratiques professionnelles.....	31
6-1.4 La formation professionnelle	31
6-1.5 La prévention contre l'usure professionnelle	31
6-1.6 Les difficultés de recrutement et l'attractivité des métiers à la MAS	32
6-2 Les ressources immobilières et matérielles	32
6-3 Les ressources financières.....	33
7- LES AXES DE DEVELOPPEMENT.....	34
7-1 La présentation du diagnostic	34
7-2 La présentation des fiches actions	35

1- Présentation de l'Apei Périgueux

1-1 L'Apei Périgueux

■ Le projet de l'Apei Périgueux

L'Apei Périgueux est une association créée en 1970 par des parents et amis de personnes en situation de handicap. Elle accueille et accompagne des personnes présentant des incapacités durables dont l'interaction avec diverses barrières peut faire obstacle à leur pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres.¹

L'accompagnement est proposé tout au long de la vie, qu'il s'exerce au sein d'un établissement ou dans le milieu familial ou social.

L'action de l'association s'étend sur le département de la Dordogne et, si besoin pour des établissements ou dispositifs spécifiques, sur la Nouvelle-Aquitaine ou le territoire national (handicap rare).

L'Apei Périgueux poursuit trois missions principales :

- > La défense des intérêts des personnes en situation de handicap et de leur famille, auprès notamment des acteurs publics.
- > La mise en œuvre d'un accompagnement adapté, de qualité et diversifié en direction des personnes en situation de handicap.
- > La mise en place d'un soutien aux familles et aidants.

■ Les différents publics accompagnés

> **Handicap mental**

Il qualifie à la fois une déficience intellectuelle (approche scientifique) et les conséquences qu'elle entraîne au quotidien (approche sociale et sociétale). Le handicap mental se traduit par des difficultés de réflexion, de conceptualisation, de communication, de décision, ...

> **Handicap psychique**

Le handicap psychique est la conséquence d'une maladie qui se manifeste par des troubles psychiques graves et n'implique généralement pas de déficience intellectuelle. Il s'agit souvent d'un handicap invisible qui se traduit par une altération de la pensée, de l'humeur, un déficit relationnel, des difficultés de concentration.

> **Polyhandicap**

Il est un handicap grave à expressions multiples avec déficience motrice et déficience mentale sévère ou profonde. Il entraîne une restriction extrême de l'autonomie et des possibilités de perception, de communication et de relation.

¹ Article 1 de la Convention Internationale des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées

> **Traumatisme crânien / Lésion cérébrale acquise**

Le traumatisme crânien est une lésion cérébrale d'origine traumatique. On y associe les autres lésions cérébrales acquises (AVC, rupture d'anévrisme, ...).

Les séquelles sont multiples : difficultés motrices, troubles neurosensoriels, troubles cognitifs, modifications du comportement et de la personnalité.

> **Handicap sensoriel**

Le handicap sensoriel est le résultat d'incapacités liées à une déficience auditive et/ou visuelle. Ce type de handicap amène, entre autres, des difficultés dans la communication et par conséquent des problèmes d'intégration de la personne.

Les difficultés des personnes en situation de handicap doivent être compensées par un accompagnement humain, permanent et évolutif, adapté à l'état et à la situation de la personne.

■ L'organisation politique

Sur le plan politique, l'association est pilotée par :

- > Un **Conseil d'Administration** composé au plus de 27 membres,
- > Un **Bureau** composé au plus de 13 membres dont les 6 administrateurs délégués des établissements.

Elle comprend également les instances suivantes :

- > Un **Conseil d'Orientation** regroupant les membres du Bureau, les cadres de direction et les cadres de la direction générale.
- > **Cinq commissions** :
 - Commission « Santé »,
 - Commission « Finances »,
 - Commission « Action Familiale »,
 - Commission « Communication »,
 - Commission « Ethique ».

Un **Administrateur Délégué** est présent au côté de chaque direction d'établissement(s).

Les administrateurs délégués sont issus du Conseil d'Administration de l'Apei Périgueux.

Ils sont le vecteur de la politique associative au sein de l'établissement. Ils représentent, avec voix délibérative, l'association au sein du Conseil de la Vie Sociale. Ils accompagnent la direction lors de difficultés ou de situations graves vécues par les personnes en situation de handicap et/ou leur famille. Ils animent également l'action familiale et les relations avec les familles au sein de l'établissement.

■ L'organisation gestionnaire

L'Apei Périgueux compte à ce jour :

- > 12 établissements médico-sociaux :
 - 1 **Maison d'Accueil Spécialisée (MAS)**
 - 1 **Etablissement pour Enfants et Adolescents Polyhandicapés (EEAP)**
 - 2 **Foyers d'Accueil Médicalisé (FAM)**
 - 5 **Foyers de Vie (FV)**
 - 2 **Foyers d'Hébergement (FH)**
 - 1 **Etablissement et Service d'Aide par le Travail (ESAT)**
- > 1 service médico-social :
 - **Service d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS)**
- > 1 service social
 - **Groupe d'Entraide Mutuelle (GEM)**
- > 2 **Entreprises Adaptées (EA)**

Le contrôle, le soutien et la coordination des établissements sont mis en œuvre par la direction générale. Celle-ci est organisée autour de différents pôles :

- > Comptabilité et finances,
- > Gestion des Ressources Humaines,
- > Systèmes d'Information,
- > Communication,
- > Qualité et développement.

■ Les réseaux

L'Apei Périgueux est membre de plusieurs unions nationales :

- > L'Unapei : Union nationale des associations de parents et amis de personnes handicapées.
- > L'Anpsa : Association nationale pour les personnes sourdaveugles.
- > L'UNEA : Union Nationale des Entreprises Adaptées.
- > Le GPF : Groupe Polyhandicap France.
- > L'AFTC : Association des Familles de Traumatisés Crâniens.

1-2 Les établissements et services de l'Apei Périgueux

L'Apei Périgueux est organisée en **3 pôles** :

HABITAT & ACCOMPAGNEMENT SPÉCIALISÉ

MAS Héliodore

24750 Boulazac Isle Manoire – Atur

- 54 places
- Adultes en situation de polyhandicap
- Accueil permanent / temporaire / de jour

EEAP Calypso

24750 Boulazac Isle Manoire – Atur

- 28 places
- Enfants et adolescents en situation de polyhandicap
- Accueil permanent / temporaire / de jour

FV-FAM Résidence Val de Dronne

24600 Ribérac

- 32 places (FAM)
- 9 places (FV)
- Adultes traumatisés crâniens
- Accueil permanent / temporaire

TRAVAIL

ESAT Osea

24420 Antonne et Trigonant

24750 Trélissac

24350 Tocane Saint Apre

- Environ 240 travailleurs
- Travailleurs en situation de handicap mental et/ou psychique
- Dispositif d'Emploi Accompagné
- Temps plein / Temps partiel

EA Osea

24450 Miallet

EA Restauvèzère

24640 Saint Eulalie d'Ans

DIRECTION GÉNÉRALE

24 750 Boulazac Isle Manoire

HABITAT & VIE SOCIALE

FV La Peyrouse

24510 Saint Félix de Villadeix

- 20 places
- Adultes en situation de surdi-cécité
- Accueil permanent / temporaire

FV Lou Prat Douè Solelh

24600 Ribérac

- 38 places
- Adultes vieillissants en situation de handicap mental
- Accueil permanent / temporaire

FV Lysander

24330 Bassillac et Auberoche

- 75 places
- Adultes en situation de handicap mental
- Accueil permanent / temporaire / de jour / d'urgence

FV-FAM Le Bercaill

24170 Sainte Foy de Belvès

- 16 places (FAM)
- 54 places (FV)
- Adultes en situation de handicap mental
- Accueil permanent

FH-SAVS-GEM Les Résidences de l'Isle

FH

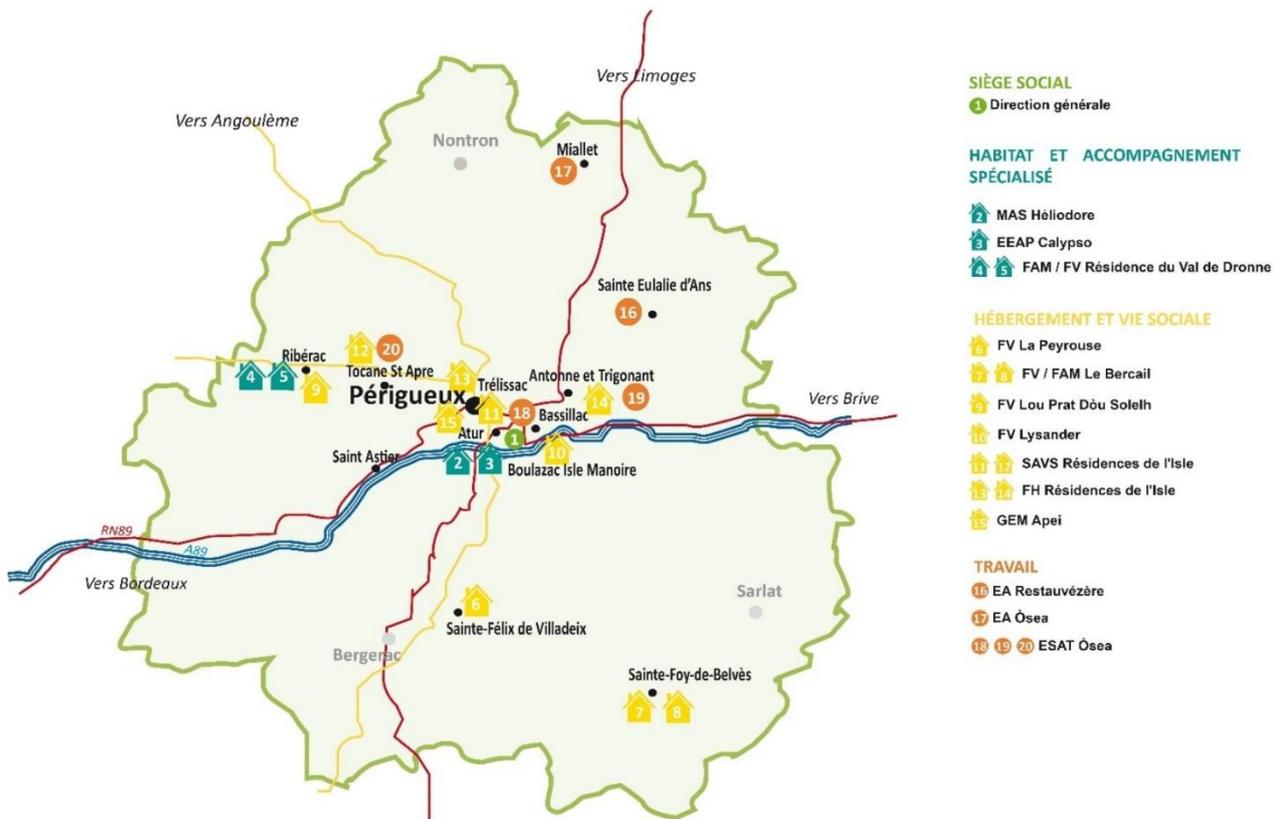
- 40 places (Antonne et Trigonant)
- 30 places (Trélissac)
- Travailleurs en situation de handicap mental et/ou psychique
- Accueil permanent

SAVS

- 70 places
- Travailleurs en situation de handicap mental et/ou psychique
- Accompagnement permanent

Groupe d'Entraide Mutuelle

- Accueil dans les locaux sur Périgueux
- Personnes cérébro-lésées vivant à leur domicile



1-3 Les orientations associatives

Les orientations associatives sont consignées dans le **projet associatif 2023-2030**, validé par l'Assemblée Générale de l'Apei Périgueux en date du 23 juin 2023. Elles sont complétées de défis.

Orientation 1 : Placer au cœur de tous les accompagnements la notion de « parcours de vie »

- > Renforcer l'accompagnement aux différentes étapes du parcours de vie des personnes en situation de handicap.
- > Permettre à chacun de trouver sa place dans l'accompagnement des personnes en situation de handicap vers l'autodétermination.
- > Développer les passerelles entre les établissements, et entre les établissements et l'environnement.
- > Être en veille sur les outils de communication adaptée favorisant l'expression des personnes.

Orientation 2 : Innover pour mieux répondre aux besoins des personnes et des familles

- > Diversifier la palette des solutions d'habitat.
- > Proposer de nouvelles réponses en matière de prévention et d'accès aux soins.
- > Proposer de nouvelles réponses en matière d'accompagnement du vieillissement des personnes et des familles.
- > Proposer de nouvelles réponses d'accompagnement pour accompagner l'inclusion des personnes par le travail.
- > Renforcer l'accès à la scolarisation.
- > Renforcer l'offre de service aux familles.

Orientation 3 : Renforcer la capacité à coopérer pour rendre la société plus inclusive

- > Rendre l'Apei Périgueux visible.
- > Encourager la participation des personnes à la vie sociale du territoire.
- > Promouvoir la culture de la coopération et du réseau.

Orientation 4 : Réaffirmer la militance de l'association

- > Garantir l'accès aux droits des personnes et des familles.
- > Peser sur les politiques du handicap et la transformation de l'offre en lien avec nos valeurs
- > Agir pour les professionnels pour donner du sens à leur engagement.
- > Mettre en œuvre une politique de Responsabilité Sociétale des Organisations.

2- Les principes d'intervention, de prévention de la maltraitance et de promotion de la bientraitance

Les établissements et services de l'Apei Périgueux accompagnent les personnes en situation de handicap en s'appuyant sur les principes d'intervention suivants.

LE RESPECT

Chaque établissement et service de l'Apei Périgueux s'engage à respecter les droits humains et universels de chaque personne (les personnes accueillies, les personnes accompagnées, les familles, les professionnels, les bénévoles, les partenaires, ...). Ces droits peuvent être issus de la déclaration universelle des droits de l'homme, de la Charte des droits et des libertés de la personne accueillie, de la Charte des droits et libertés de la personne majeure protégée, ...

Chaque personne accompagnée, accueillie, salariée, intervenante... est respectée dans sa dignité et son intégrité, dans son intimité, dans ses droits, en tant qu'être unique et libre de son choix de vie, de ses croyances, de son identité et de son orientation sexuelles, de sa vie spirituelle, ...

L'AUTO-DÉTERMINATION

Chaque établissement et service de l'Apei Périgueux s'engage à permettre à chaque personne accompagnée d'être actrice de sa vie en lui offrant la possibilité d'exercer le droit de gouverner sa vie sans influence externe indue et à la juste mesure de ses capacités.

Avoir le pouvoir de décider pour soi-même est un apprentissage qui se développe. Accompagner les personnes en situation de handicap à devenir ce qu'elles ont envie d'être, avec un soutien adapté, c'est permettre à chacune de participer à la société en tant que citoyenne et d'accéder au bien-être à la fois émotionnel et matériel qui contribue à une meilleure qualité de vie.

Chaque professionnel de l'Apei Périgueux s'engage à mettre en place la démarche d'autodétermination au cœur de ses interventions.

LA PLACE DES FAMILLES

L'association, ses établissements et services, portent une attention continue aux besoins et attentes des familles, des proches, aux solutions de répit et d'aide aux aidants. Les familles et proches doivent se sentir en sécurité, entendues et en confiance.

L'Apei Périgueux agit en proximité pour que proches et familles soient le moins isolé possible et obtiennent écoute, soutien, conseils et informations.

L'ACCESSIBILITÉ

Les interventions doivent être pensées dans leur accessibilité la plus large : offrir systématiquement la possibilité d'un accès à tout pour tous.

Chaque établissement et service de l'Apei Périgueux interroge dans ses interventions les multi-facettes de l'accessibilité : physique, à l'information, à la communication, à la vie de la Cité, à la citoyenneté, ...

LA COMPLÉMENTARITÉ ET LA TRANSVERSALITÉ

La complémentarité et la transversalité doivent être au service de la continuité des parcours. Chaque établissement et service de l'Apei Périgueux s'engage à renforcer les modalités de ses accompagnements, à poursuivre la mise en œuvre d'accompagnements modulables, à développer les passerelles inter-établissements et services au sein de l'Apei Périgueux et auprès de l'ensemble des partenaires du territoire.



LA CONTINUITÉ D'ACCOMPAGNEMENT ET DE PARCOURS

Le principe de continuité d'accompagnement permet de garantir un accueil et un accompagnement d'une personne en situation de handicap à tout instant. Pour mettre en œuvre cette continuité, les établissements et services mobilisent différents dispositifs : ouverture permanente, accueil d'urgence, accueil temporaire, accueil de jour, stages, ... Le parcours de vie recouvre le cheminement individuel et accompagné de chaque personne en situation de handicap dans les différentes dimensions de la vie : personnelle et relationnelle, professionnelle et sociale, familiale et citoyenne. La continuité des parcours de vie est un enjeu de qualité de vie et de bien-être, donc de santé. Les établissements et services de l'Apei Périgueux s'attachent à ce que la continuité des parcours des personnes soit assurée évitant ainsi toute rupture ou absence de solution.

LA TRANSITION INCLUSIVE

La transition inclusive est la mise en mouvement de différents acteurs : personnes accompagnées, citoyens, familles, professionnels, acteurs politiques, économiques, associatifs, éducatifs, ... visant à la création d'un environnement où toutes les personnes sont respectées de manière équitable et ont accès aux mêmes possibilités en termes d'habitat, de santé, d'éducation, de travail, de loisirs, de citoyenneté, ... Ces mouvements obligent chacun de ces acteurs à sortir de ses habitudes, à faire évoluer ses pratiques d'accompagnement, à travailler ensemble et en coopération, notamment avec le milieu ordinaire, avec le droit commun, à faire évoluer sa culture professionnelle.

LA PREVENTION DE LA MALTRAITANCE / LA PROMOTION DE LA BIENTRAITANCE

L'Apei Périgueux s'appuie sur la définition de la Commission nationale de lutte contre la maltraitance et de promotion de la bientraitance.

« Il y a maltraitance d'une personne en situation de vulnérabilité lorsqu'un geste, une parole, une action ou un défaut d'action, compromet ou porte atteinte à son développement, à ses droits, à ses besoins fondamentaux et/ou à sa santé et que cette atteinte intervient dans une relation de confiance, de dépendance, de soin ou d'accompagnement. Les situations de maltraitance peuvent être ponctuelles ou durables, intentionnelles ou non ; leur origine peut être individuelle, collective ou institutionnelle. Les violences et les négligences peuvent revêtir des formes multiples et associées au sein de ces situations.

Les actes de maltraitance revêtent plusieurs formes :

- > Maltraitance physique,*
- > Maltraitance sexuelle,*
- > Maltraitance psychologique,*
- > Maltraitance matérielle et financière,*
- > Négligence, abandon,*
- > Discrimination,*
- > Exposition à un environnement violent. »*

Chaque établissement et service de l'Apei Périgueux met en œuvre la politique associative de promotion de la bientraitance et de prévention de la maltraitance :

- > Former et sensibiliser les professionnels ; conduire des analyses de pratiques professionnelles.
- > Informer par une communication adaptée les personnes accueillies ou accompagnées, les familles et/ou les proches, les professionnels, les bénévoles, les stagiaires, sur les droits des personnes accompagnées, sur les règles de fonctionnement des établissements et services, sur l'engagement associatif en matière de bientraitance/maltraitance et ses modalités de mise en œuvre.
- > Identifier les situations à risque au domicile familial et/ou en établissement et/ou dans la Cité.
- > Traiter dans les meilleurs délais toute situation de maltraitance repérée afin de protéger la personne et signaler tout événement auprès des autorités compétentes.

3- La présentation de l'établissement

3-1 L'histoire de l'établissement

La Maison d'Accueil Spécialisée² « Héliodore » a ouvert ses portes le **16 octobre 1989**. Elle est implantée sur la commune d'Atur qui jouxte la ville de Périgueux, ce qui lui permet de bénéficier de la proximité des services sanitaires (*hôpital, médecins spécialistes, cliniques...*), des commerces, des lieux culturels, tout en disposant d'un environnement rural garantissant la tranquillité et la qualité de vie des résidents.

La MAS a bénéficié d'une phase de réhabilitation et de restructuration de ses locaux de **2017 à 2022**. Celle-ci lui a également permis d'augmenter sa capacité et diversifier ses modalités d'accueil afin de mieux répondre aux besoins des familles (répit, urgence ...).

Pour recréer une atmosphère familiale, l'accueil des personnes est organisé sur cinq pavillons d'hébergement accueillant des personnes des deux sexes. L'axe central de la maison est dévolu exclusivement à des salles d'activités, de rééducation ou de soins.

3-2 Le cadre légal et ses missions

La MAS Héliodore est régie par plusieurs lois reprises dans le Code de l'Action Sociale et des Familles³ :

- > La MAS est un établissement médico-social sous l'autorité de l'Agence Régionale de Santé⁴ au titre de l'article L.312-1, I, 2° du CASF.
- > La MAS est soumise au régime de l'autorisation au titre de l'article L.313-1 du CASF. Elle a renouvelé son autorisation le 02 janvier 2017 pour 15 ans.
- > En matière de tarification, la MAS est financée par l'Assurance Maladie au titre des articles L.344-1 du CASF. L'établissement inscrit son budget dans le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens⁵ de l'Apei Périgueux.
- > La MAS est soumise aux règles techniques et de fonctionnement définies par les articles R 344-1 et R344-2 du CASF.

Les missions de la MAS sont définies à travers l'article **R 344-1 et 2 du CASF** :

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

Les maisons d'accueil spécialisées doivent assurer de manière permanente aux personnes qu'elles accueillent :

- *L'hébergement ;*
- *Les soins médicaux et paramédicaux ou correspondant à la vocation des établissements ;*
- *Les aides à la vie courante et les soins d'entretien nécessités par l'état de dépendance des personnes accueillies ;*
- *Des activités de vie sociale, en particulier d'occupation et d'animation, destinées notamment à préserver et améliorer les acquis et prévenir les régressions de ces personnes.*

Elles peuvent en outre être autorisées à recevoir soit en accueil de jour permanent, soit en accueil temporaire des personnes en situation de handicap. »

² Lire MAS dans l'ensemble du document

³ Lire CASF dans l'ensemble du document

⁴ Lire ARS dans l'ensemble du document

⁵ Lire CPOM dans l'ensemble du document

4- La présentation du public accueilli

La MAS accueille des adultes en situation de polyhandicap.

Le polyhandicap se définit 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.* »⁶

Se surajoutent des perturbations des fonctions physiologiques (digestion, déglutition, respiration), neurophysiologiques, des activités sensorielles et motrices. Une pathologie épileptique avec différents niveaux de gravité existe très fréquemment.

Les défaillances dans le sentiment d'exister se traduisent corporellement (avec vécu d'effraction du corps du fait des hospitalisations très précoces, intubations, soins médicaux et nursing intensif, impossibilité de coordonner les mouvements, éprouvés de douleurs diffuses, ...).

Le langage ne se met pas en place, l'exploration des espaces ne peut se faire par déplacements autonomes, les liens premiers avec l'environnement maternel sont rendus difficiles. Les premières étapes du développement psychoaffectif et relationnel ne se franchissent pas ou se franchissent mal et différents troubles du comportement témoignent de cette difficulté à vivre.

Des défenses s'installent, plus ou moins envahissantes, plus ou moins efficaces : l'hypersensibilité à l'environnement, l'irritabilité neurologique, l'absence de régulation des flux sensoriels, la difficulté à discriminer les perceptions, à comprendre le langage d'autrui, à deviner ses intentions, à exprimer leurs besoins, désirs, émotions.

Ces défenses peuvent amener à différentes attitudes :

- > un repli sur soi faisant barrière à un environnement trop complexe,
- > un recours à des auto-sensations pour se sentir exister par soi-même,
- > une agitation, des cris, des sons continus,
- > une agressivité volontaire ou non, car c'est le langage corporel qui prime,
- > un refus des soins corporels,

où il faut reconnaître douleurs, ou angoisses ou attitude défensive positive (« j'existe face à toi, je dis non »).

Cet ensemble non exhaustif de conduites recouvre ce que l'on nomme les troubles associés au polyhandicap. Ils sont le plus souvent de registre autistique et peuvent prendre le devant de la scène. Les états d'agitation sont difficiles à apaiser : un emballement moteur du fait des dérèglements neurologiques, vient empêcher cet apaisement même si au départ l'agitation est d'ordre psychique. On peut parler d'état d'alerte permanent. Les replis poussés à l'extrême, de protection permanente, rendent difficiles les stimulations.

Celles-ci doivent être pensées et proposées en fonction de ce que peut supporter chacun des résidents.

⁶ Définition retenue par le comité de pilotage de l'élaboration de la stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale volet polyhandicap

Il y a différents niveaux de gravité du polyhandicap avec la possibilité de passer d'un niveau à l'autre et des possibilités d'évolution jusqu'à la fin de vie.

L'ensemble des personnes accueillies reste dans une dépendance totale, une absence d'autonomie définitive (même si des autonomies partielles sont acquises) quelles que soient les lésions cérébrales d'origine.

Ainsi, nous pouvons accueillir des personnes souffrant de troubles précoces psychopathologiques sans étiologie lésionnelle avérée de l'ordre du registre autistique sévère. Ces personnes peuvent ne pas pouvoir intégrer d'autres centres du fait de la gravité du syndrome. Chez elles, il n'y a pas eu possibilité de mettre en place les premières interactions avec leur milieu. Une barrière étanche s'est construite et a résisté aux soins proposés durant l'enfance et l'adolescence. Des défenses se sont érigées pour lutter contre des angoisses massives (de corps troué, scindé, démantelé, de chute, d'être happé par l'autre, par les trous, les vides dans l'environnement, d'effondrement corporel, de ruptures...). Le langage adressé à autrui ne s'est pas développé, la relation à l'autre reste très complexe, parfois un mutisme total s'installe. Les objets sont utilisés à des fins auto-sensorielles et non comme jouets, ou comme utiles ou dans des échanges. Les stéréotypies envahissent la gestuelle assurant à l'autiste que son corps est vivant et entier, et le protégeant du corps de l'autre vécu comme menaçant. Tournoiement sur soi, déambulations, gestes auto-vulnérants, ingestions de toutes sortes témoignent de la gravité des défenses autistiques. Le développement cognitif n'a pu se faire. A l'âge adulte, ces personnes sont donc déficitaires, fragiles et tout à fait dépendantes.

Il est donc possible de les accueillir au sein de la Maison d'Accueil Spécialisée, à la condition que les troubles de la conduite qu'elles manifestent soient compatibles avec la présence des personnes polyhandicapées, ne mettent pas celles-ci en danger et que l'on puisse assurer la sécurité de tous.

Quelques personnes sont atteintes de psychose infantile déficitaire associée à des atteintes cérébrales précoces. Elles sont en lien avec leur environnement, ont un besoin et un désir de communiquer, souffrent d'angoisses importantes et de déficience intellectuelle. C'est le rapport au monde qui est problématique car sous l'égide de pulsions incontrôlées, sans régulation des émotions. Le lien à autrui s'est construit en tout ou rien. Souvent le langage est présent mais il a des caractéristiques particulières : curieux, répétitif, en écholalie, délirant, en désaccord avec les émotions, mal adapté à la situation. Ces personnes peuvent avoir leur place dans la structure si l'on peut, a minima, réguler leur comportement et si elles ne nuisent pas aux plus fragiles.

Elles sont de moins en moins nombreuses grâce à l'ouverture de centres plus spécifiques et aptes à les recevoir.

Parmi les troubles psychopathologiques, peuvent se rencontrer couramment, soit en toile de fond soit par épisodes, l'abandonnisme (sentiment que développe le sujet que rien ni personne n'est susceptible de les aider, de garder un lien solide avec eux) et/ou la dépression.

Une réflexion sur le vieillissement des personnes en situation de polyhandicap s'impose. L'âge de 50 ans reste un seuil au-delà duquel le vieillissement est dit accéléré. Cependant, il est difficile d'établir une frontière en fonction de l'âge réel. Il ressort de nos observations des plus âgés : une baisse importante des capacités motrices, une fatigabilité croissante, des aggravations orthopédiques, souvent une recrudescence de troubles épileptiques nécessitant une augmentation du traitement avec des effets sur le tonus mental, une aggravation des troubles respiratoires et ceux liés aux troubles de la déglutition.

A contrario, nous observons souvent chez ces personnes le maintien de l'intérêt pour leur environnement et du tonus relationnel, un apaisement des troubles anxieux, des agitations, des conduites à caractère agressif et une possibilité nouvelle de s'inscrire (même passivement) dans des activités de groupe là où les angoisses majeures ne le leur permettraient pas. Les appareillages compensatoires des pertes de la marche redonnent des possibilités d'autonomie et donc d'aller vers l'autre et vers des espaces choisis.

5- Les modalités d'organisation et de mises en œuvre des accompagnements et des prestations

5-1 Les critères et les modalités d'admission

La MAS Héliodore possède une autorisation pour l'accueil de 54 personnes adultes, à partir de 20 ans, en situation de polyhandicap.

Conformément à son autorisation, l'accueil à la MAS est réparti selon les modalités suivantes :

- > 45 places d'accueil permanent,
- > 4 places d'accueil de jour,
- > 5 places d'accueil temporaire.

Toutes ces formes d'accueil peuvent être modulées afin de répondre au mieux aux attentes et aux besoins des personnes et de leurs familles.

L'admission est soumise à :

- > l'âge de la personne : 20 ans et plus,
- > un avis d'orientation, en cours de validité, de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées⁷,
- > la validation de l'équipe de direction et de l'équipe médicale, après réalisation d'une journée contact et d'un stage,
- > la signature d'un contrat de séjour.

5-2 Les objectifs et les modalités de mise en œuvre des accompagnements des personnes

Les problèmes médicaux des personnes accueillies à Héliodore, notamment polyhandicapées, sont directement liés aux atteintes neurologiques primaires ou secondaires à des perturbations psychiques graves (autisme, psychose infantile). Ces problèmes affectent principalement les sphères alimentaires, digestives, orthopédiques, et cutanées. Si leur traitement relève à l'évidence de la compétence du personnel médical et paramédical, il n'en reste pas moins vrai que les professionnels de l'accompagnement ont également un rôle essentiel à tenir en la matière.

Le souci principal de chaque professionnel est d'offrir aux résidents un accompagnement individualisé et juste. Les accompagnements à la MAS Héliodore s'appuient sur le modèle de **Virginia Henderson**⁸ « **les 14 besoins fondamentaux** ».

⁷ Lire CDAPH dans l'ensemble du document.

⁸ Infirmière américaine (1897-1996) ayant contribué au développement de la conception de la profession infirmière.

Au regard de chaque besoin énoncé, la réflexion se porte sur ce que peut ou ne peut pas réaliser le résident afin de lui proposer une aide adaptée et actualisée. La réflexion se mène également en termes « de risques liés à ».

L'observation, la connaissance et la compétence de chaque professionnel dans sa spécialité prend tout son sens et légitime un travail de collaboration. Chaque besoin est interdépendant, aussi un besoin perturbé pourra engendrer la perturbation d'un autre besoin, etc...

5-2.1 Les besoins d'accompagnement dans les actes de la vie courante

■ Le besoin de dormir et se reposer

La temporalité et le temps sont deux notions parfois très abstraites voire impossibles à intégrer pour les résidents. Il n'empêche que le besoin de sommeil est présent. La fatigue ou la fatigabilité étant le premier motif de ce besoin.

Il peut néanmoins être perturbé au décours du cycle de sommeil. La prescription de somnifère peut s'avérer être une nécessité, transitoirement ou plus durablement. Le sommeil peut être le signe d'une difficulté quelconque mais aussi un signe de repli, de refuge. Les résidents dont les professionnels s'occupent fonctionnent beaucoup par stéréotypies (mouvements répétitifs) et les rituels autour du coucher peuvent être parfois très indiqués voire complètement nécessaires.

Il sera là encore du rôle des accompagnants de détecter les besoins, afin de réunir pour le résident les meilleures conditions possibles d'endormissement.

■ Le besoin d'être propre et de protéger ses téguments

Au-delà de la nécessité quotidienne d'assurer des soins d'hygiène, la toilette est un acte de soin à part entière mais aussi un acte d'accompagnement, servant souvent de point de repère dans l'organisation individuelle et de groupe. Ce temps dédié à l'individu peut signifier une temporalité clé de la journée, ou encore aider au repère dans le schéma corporel. A l'inverse, ce temps peut être vécu comme destructurant, ou encore intrusif. Là encore, l'observation clinique et la compétence technique sont attendues comme par exemple dans l'évaluation de l'état cutané et devront être précises et les plus adaptées possibles.

■ Le besoin de se vêtir, se dévêtir

Cet acte de la vie quotidienne est assuré majoritairement par les accompagnants, tout en laissant au résident la place à ce qu'il peut faire. Cette pratique assez banalisée en soi ne doit pas pour autant devenir mécanique, aussi le respect de l'intimité reste au centre des pratiques professionnelles tout comme la symbolique du vêtement (2^{ème} peau, élément de protection, de contenance, de réassurance...).

■ Le besoin de boire et de manger

L'alimentation et l'hydratation sont incontournables dans l'accompagnement de résidents polyhandicapés. En effet, en même temps que de devoir veiller à un apport alimentaire suffisamment équilibré et varié, il est nécessaire d'être en mesure d'évaluer la capacité du résident à se nourrir seul ou non, à déglutir afin de prévenir tout risque de fausses routes (la fausse route étant le passage d'aliments dans les voies respiratoires), ou encore de l'accompagner dans l'entretien de l'état bucco-dentaire. Pour cela, un travail d'observations en collaboration avec les accompagnants et l'ergothérapeute offrira une évaluation aussi objective que possible pour définir une texture d'aliments et de liquides ainsi que du matériel personnalisé.

Il est à préciser que le lieu de prise des repas fait aussi l'objet d'une réflexion au regard du projet personnalisé. Là aussi, le travail de collaboration est incontournable avec le service des cuisines. La surveillance des apports hydriques reste elle aussi indispensable.

■ Le besoin d'éliminer

Le risque de constipation est un des risques majeurs et inhérents au polyhandicap (du fait de la pathologie initiale, des mobilisations restreintes, des traitements médicamenteux multiples). Un suivi quotidien du transit est réalisé afin d'agir rapidement en cas de signe évocateur.

C'est pourquoi l'on retrouve régulièrement des prescriptions de produits laxatifs, et de protocoles en cas d'absence de transit sur plusieurs jours.

Dans le même sens, l'évaluation de l'élimination urinaire est primordiale afin de prévenir de la rétention aiguë d'urines, d'une défaillance rénale...etc. Néanmoins, ces solutions correctives n'empêchent pas les professionnels d'adapter leur prise en soins en fonction de la continence du résident (accompagnement aux toilettes, non systématisation de la mise en protection).

■ Le besoin de communiquer

Les résidents accueillis n'ont pas forcément un langage tel que nous le connaissons initialement. Par contre, la capacité de communiquer est bien réelle, et le travail des accompagnants sera de mettre en œuvre des techniques adaptées aux dispositions du résident. L'établissement met l'accent sur la méthode dite de « Makaton ». Cette méthode est un programme d'aide à la communication et au langage qui a pour but d'utiliser un vocabulaire simple et fonctionnel qui s'appuie sur 3 axes/outils : paroles, signes, pictogrammes. L'intérêt de la méthode réside dans le fait que chaque élément peut être utilisé individuellement ou en association.

Les moyens d'expression des résidents peuvent prendre la forme de modulations tonales, de mimiques, d'attitudes, de mouvements de la tête, du regard... Y être attentif c'est les inscrire dans un système relationnel où ils seraient acteurs des demandes comme des réponses. Ce que nous souhaitons retenir est que chaque personne puisse accéder à la communication si on lui en offre l'espace, et le temps de l'expression qui lui est propre.

Nous sommes conscients qu'il y a une part d'interprétation dans le décodage que nous faisons de cette communication par cette retranscription systématique de ce que nous comprenons.

Plusieurs niveaux de communication sont à l'œuvre :

- > La communication corporelle involontaire qui est archaïque, subjective et interprétable qui traduit et trahit et qui est souvent dépendante des troubles neuro-moteurs.
- > La vocalisation sous forme de cris, intonations, sons, à la limite de l'oralisation qui se trouve au carrefour entre intentionnel et non intentionnel.
- > Le langage qui est une mise en signe de la pensée avec des règles à observer.
- > La parole qui est une forme articulée du langage.

Certaines personnes sont comme prisonnières des quelques mots qu'elles connaissent et utilisent pour tout exprimer. Nous tentons ainsi de les aider à élargir leur moyen d'expression. Notre objectif est donc de laisser à disposition de chacun, résidents et professionnels, les outils qui pourront initier cette communication et de voir naître ou se fortifier cette relation à l'autre.

C'est dans cette dynamique qu'a été créé le poste d'aide à la communication au sein de la MAS Héliodore. Le travail de la personne qui occupe ce poste est centré sur la conception, l'utilisation et la promotion des différents outils pouvant favoriser la communication.

Ainsi, elle confectionne :

- > Les pictogrammes du quotidien en fonction des besoins des résidents ; elle les met à leur disposition sur des tableaux.
- > Des pictogrammes et photos des menus quotidiens qui sont affichés sur les lieux de vie.
- > Des imagiers et des plannings individuels afin de personnaliser le plus possible le lien avec ces personnes qui ont quasiment toujours vécu en grande collectivité. Ces cahiers sont suivis par les référents des résidents concernés.

La commission « Aide à La Communication » est mutualisée avec les personnels de l'EEAP Calypso. Elle se réunit trois fois par an et se donne plusieurs objectifs :

- > repérer les modes de communication existants,
- > choisir les outils permettant une communication adaptée aux personnes accueillies et restant facilement utilisables dans d'autres institutions ou d'autres lieux,
- > créer un lexique de langage signé adapté et le mettre à disposition de l'ensemble des professionnels,
- > définir comment transmettre l'appropriation de ces outils à l'ensemble des professionnels et des familles en ayant mis en place, par exemple, une semaine entièrement dédiée à la communication adaptée (ateliers pour les professionnels, réunions à thème, conférence, ...),
- > évaluer les effets de ce qui a été mis en place et réajuster si nécessaire.
- > proposer des formations pour le personnel adaptées à une communication alternative et adaptée. L'équipe a fait le choix du MAKATON qui combine l'utilisation de signes (empruntés à la Langue des Signes Française), de pictogrammes et de la parole et du dispositif CHESSEP (**C**ommunication **H**andicap complexe : **E**valuer, **S**ituer, **S'**adapter, **E**laborer un **P**rojet individualisé).

■ Le besoin de s'occuper, de se réaliser

Le handicap n'empêche aucunement la personne d'être en demande de s'occuper, de réaliser diverses activités. La communication, l'écoute, la connaissance du résident sont des éléments clés permettant aux accompagnants de proposer des activités qui donneront au résident le moyen de démontrer ses capacités et compétences, de vivre des moments en groupe ou en individuel. Là encore dans l'idée de faire émerger ce que peut mettre en place le résident ou aussi pour nous montrer « ce qu'il n'aime pas ». Les activités ont lieu au sein de la structure, dans un périmètre extérieur mais proche ou alors plus éloigné et sur plusieurs jours parfois.

Il se peut que les activités proposées paraissent parfois restreintes. Chaque résident a son propre projet de défini de par ce qu'il nous montre, et il est important que la fragilité psychique (liée au polyhandicap) des résidents soit prise en compte.

Trois types d'activités sont mises en œuvre dans la structure.

> **Les activités ouvertes dites « Club »**

Elles se déroulent dans un espace d'animation, un lieu ouvert dans lequel les résidents qui le souhaitent ont la possibilité de s'intégrer soit de façon active, soit de façon plus passive. Ces activités sont dédiées aux personnes qui ont de grandes difficultés à organiser leur temps seules, à être livrées à elles-mêmes.

L'animation est assurée par du personnel dédié qui est souvent secondé par du personnel accompagnant. Le personnel responsable de cette animation a recours à divers médiateurs tels : narration d'histoire, chant, musique, pâtisserie, activités manuelles, jeux pour les résidents qui y sont réceptifs.

Il s'agit donc de proposer un contenant et un contenu avec une unité de temps, de lieu et de personne. Un espace où ils puissent ce qu'ils peuvent et ce qu'ils veulent. Le but est d'assurer un lien relationnel, qu'ils ont la liberté de saisir ou pas. Il est aussi de leur permettre d'agir, d'avoir une action sur l'environnement, de faire des expériences variées, de laisser une trace (picturale, sonore, construction...), de manipuler des objets ou des matières, d'écouter ou de faire avec l'autre.

L'espace Rose des Sables est ouvert à partir de 10h tous les jours et permet d'accueillir les résidents souhaitant participer aux activités ouvertes.

> **Les activités sur indication dites « Fermées »**

Elles résultent d'un travail d'équipe où sont analysés au préalable les besoins, capacités, intérêts, et nos attentes d'évolution.

La fonction du médiateur ici est davantage de réguler l'activité pulsionnelle, les passages à l'acte, favoriser le processus de mentalisation, de symbolisation, étayer les besoins du moi. Il supporte les capacités expressives, motrices, sociales. Il médiatise la relation, vient en place ou en accompagnement de la parole.

On est dans le champ des attentes. L'objectif est précisé, le groupe de résidents choisi comme pouvant répondre à ces attentes. Ces groupes sont homogènes, de petite taille, composés des mêmes personnes, pour qu'une identité groupale se dégage. Des liens entre les membres du groupe sont plus facilement sollicités. Personne ne peut intruser ce lieu le temps de l'activité qui s'y déroule.

Certaines activités demandent des compétences spécifiques avec objectifs spécifiques : elles font appel à des spécialistes : ergothérapeute, psychomotricien, kinésithérapeute, musicothérapeute, psychologue... Cependant, nous croyons fondamental de permettre, chaque fois que c'est possible, de favoriser l'inclusion des personnes accueillies dans l'environnement sociétal ordinaire, afin de leur permettre de profiter d'autres rythmes, dans d'autres espaces et pour d'autres occupations que celles prévues habituellement dans le quotidien. Les activités proposées en la matière sont diverses. Leur mise en œuvre tient compte des potentialités des personnes, il n'est pas possible de proposer indifféremment à tous, les mêmes options.

> **Les activités à visée thérapeutique**

Des ateliers à visée psychothérapeutique se donnent pour mission d'aborder, contenir, aider à exprimer cette souffrance mentale et psychique.

Ces ateliers nécessitent la présence d'un psychothérapeute qui aura élaboré en équipe l'indication pour tel ou tel résident. Il sera accompagné par un ou plusieurs soignants du quotidien, volontaires pour participer à cette proposition de soin.

Ils demandent un dispositif particulier du fait des modes de pensée déficitaires et des lacunes du langage. Qu'ils soient groupaux ou individuels, le lien passera par des médiateurs choisis en fonction des problématiques. Ces médiateurs sont proposés pour faciliter les échanges,

l'expression de ce qu'il y a à se dire (l'eau, les contes, les repas, les jouets ...). Ils imposent une unité de temps (hebdomadaire ou pluri hebdomadaire), de lieu (toujours le même espace), de personnes.

■ Le besoin de se recréer

La nécessité de distraction est prégnante chez des résidents qui connaissent les codes institutionnels et donc les moments qui peuvent y être assimilés. Les équipes mettront tout en œuvre par le biais des projets personnalisés et l'évolution en termes de santé, pour que le résident bénéficie d'activités totalement ludiques (spectacles, sorties au restaurant, au cinéma, baptême de l'air...).

Les activités ont lieu au sein de la structure, dans un périmètre extérieur mais proche ou alors plus éloigné et sur plusieurs jours parfois. En petits groupes ou individuelles, elles permettent la mise en œuvre de potentialités, empêchées souvent par une trop lourde collectivité, par les tâches à accomplir, par l'impossibilité pour les résidents de « tenir là » un personnel toujours en mouvance.

Pour certaines activités, des intervenants extérieurs formés viennent apporter leur contribution : éducateurs sportifs, musicothérapeute, personne chargée de la médiation animale... L'apport de compétences spécifiques extérieures contribue à l'enrichissement des capacités des équipes et à l'ouverture des résidents à d'autres que leurs accompagnants du quotidien.

■ Le besoin d'apprendre

L'apprentissage peut être de différentes formes. Toutes les activités du quotidien sont potentiellement des actes d'apprentissage. Le temps plus individuel peut aussi aider le résident dans sa vision du monde extérieur de par les marqueurs, les références que nous leur donnons. Les actes sont alors plus facilement réalisables, et l'apprentissage facilité.

■ Le besoin de pratiquer sa religion ou agir selon ses croyances

Ici, ce besoin prend un sens large. L'établissement est laïque, et chaque résident peut bénéficier des pratiques liées à son propre culte ou de celles pratiquées avec ses parents.

5-2.2 Les besoins d'accompagnement médical, à la santé et à la prévention

Les personnes accueillies à la MAS présentent différents types de handicaps et de pathologies qui justifient une surveillance médicale constante et des soins adaptés.

Ces soins doivent leur garantir un confort de vie satisfaisant, préserver chaque fois que possible leur autonomie, mettre à disposition le matériel adapté et accompagner les régressions parfois inéluctables du fait de l'évolution des pathologies et/ou de l'avancée en âge.

Nous travaillons également l'accompagnement d'un état de santé pouvant être subitement aggravé et tentons de maintenir aussi longtemps que possible le résident sur son lieu de vie.

La qualité des soins est soumise au respect absolu de trois grands principes :

- > la prise en soins globale,
- > l'organisation des soins en équipe pluridisciplinaire
- > le partenariat avec des unités expertes afin de garantir à notre population l'accès aux meilleurs soins.

La présence infirmière, elle, est assurée de 7h à 21h tous les jours.

Un médecin coordinateur intervient sur la structure trois fois par semaine. Le médecin assure le suivi médical du résident.

Un médecin psychiatre intervient une fois par semaine.

Des professionnels paramédicaux et de rééducation complètent l'équipe et interviennent quotidiennement auprès des résidents, de façon complémentaire, pour leur dispenser des soins de :

- > **Psychomotricité** : le psychomotricien intervient de façon globale afin d'harmoniser les possibilités de mouvement du corps, d'expression et de relation et d'amener un réinvestissement corporel et psychique.
- > **Ergothérapie** : l'ergothérapeute a pour mission de maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace à destination des adultes et des professionnels. Il propose des aides techniques et matérielles.
- > **Kinésithérapie** : le kinésithérapeute intervient sur des soins de mobilisation, d'étirement, dans la gestion de la douleur, la limitation de l'aggravation des troubles orthopédiques. Il peut aussi être amené à effectuer une kinésithérapie respiratoire en urgence, un massage abdominal pour lutter contre la constipation ou donner une appréciation clinique dans un traumatisme musculo squelettique.
- > **Psychologie** : la psychologue intervient également dans une dimension de réflexion et d'élaboration clinique avec les professionnels et les familles.

■ Le besoin d'éviter les dangers

Tout acte de la vie quotidienne représente potentiellement un danger. Le risque zéro n'existe pas. C'est en cela que les accompagnants, chacun dans leur domaine, seront amenés à mesurer les risques liés à l'environnement direct ou indirect du résident afin de garantir une sécurité de tous ordres.

La survenue de crises d'épilepsie par exemple, est un évènement majeur chez nombre des résidents. Chaque professionnel doit alors :

- > Mettre en place des mesures préventives (éviter trop de stimuli)
- > Repérer les signes évocateurs (crise de larmes, tremblements...)
- > Mettre en place la conduite à tenir (mise en position latérale de sécurité, application d'un protocole...).

De plus, afin de parvenir à une posture de protection vis-à-vis du résident, l'établissement propose diverses sessions de formations comme « l'évaluation et la prévention de la douleur » avec utilisation d'outils adaptés, « les troubles de la déglutition », ou encore « les soins d'urgence ». En parallèle, des instances plus transversales existent. Au niveau local, un staff médical a lieu une fois par semaine avec l'équipe paramédicale et le médecin coordonnateur afin d'évoquer des problématiques de soins, la santé des résidents...

Au niveau associatif existe la Commission Santé qui a pour but de traiter des sujets plus globaux en vue de définir par exemple des protocoles ou encore d'harmoniser des pratiques au sein de l'Apei Périgueux.

■ Le besoin de respirer

Les pathologies consécutives au polyhandicap (déformations corporelles), le vieillissement ou encore dans le cas d'une posture allongée répétée, sont des facteurs de pathologies respiratoires. Le résident bénéficie de dispositifs orthopédiques totalement personnalisés (corset, fauteuil, installation de nuit) afin de prévenir ces risques. Des changements de position, des examens complémentaires peuvent être réalisés. L'évaluation clinique quotidienne reste aussi essentielle (bruits respiratoires, toux...).

■ Le besoin de se mouvoir et maintenir une bonne posture

La mobilité est au cœur des questionnements. L'évaluation orthopédique ou de médecine de réadaptation permettra au sein de la structure d'assurer une mise en place de dispositifs aidant à pallier un trouble, une posture. Certains résidents peuvent subir une intervention chirurgicale corrective. Les équipes feront alors appel à l'expertise en ergothérapie afin de constituer un ensemble qui aidera à la posture des résidents (coque moulée, fauteuil roulant, chaussures orthopédiques...etc.) ainsi qu'à l'aménagement de leur environnement.

■ Le besoin de maintenir une température corporelle dans la limite de la normale

L'évaluation que nous pouvons nous faire à nous-mêmes ne peut en aucun cas se substituer à l'évaluation faite auprès du résident. La sensation de chaud/froid étant très personnelle. Les éléments d'action devront être objectifs et quantifiables.

5-2.3 L'accompagnement à la vie affective et sexuelle

C'est une gageure de parler de la sexualité des adultes polyhandicapés, compte tenu de leurs nombreux empêchements et de l'immaturité du développement psychoaffectif, relationnel et social. Or, la sexualité ne se limite pas au champ de l'acte sexuel accompli avec autrui. La sexualité se développe par étapes tout au long du développement psychoaffectif, corporel, social, de l'enfant jusqu'à l'âge adulte.

La forme la plus courante de l'expression de la sexualité est l'auto-érotisme. C'est le droit le plus élémentaire pour chacun d'entre eux.

Cependant, elle reste contrainte par des lois institutionnelles strictes : elle est interdite sur les lieux de vie collective, elle est autorisée dans les lieux intimes (chambre, salle de bains, toilettes) quand la personne est hors du regard de quiconque (résident ou accompagnant).

Parfois, les soins corporels concernant les zones intimes induisent des réactions sexuelles : il y a alors un code de conduite à tenir de la part des accompagnants (pas d'insistance sur ces zones, pas de commentaire, voire laisser un temps la personne seule si c'est sans danger).

Lorsqu'une personne a suffisamment d'autonomie pour faire sa propre toilette intime, nous la laissons s'en occuper seule. Mais cela reste très rare.

Il est du devoir de l'ensemble des soignants de ne pas provoquer une excitation dont on ne sait ce que le résident peut en faire.

Ainsi, les règles de conduite vont essentiellement concerner le personnel :

- > tout geste affectueux trop intime (caresses, bises, ...) est à écarter. Parfois, des résidents témoignent d'un besoin d'être tenu dans les bras ou viennent étreindre un soignant. Il y a à répondre à cette demande qui est souvent d'ordre infantile, exprime un besoin de réassurance. La réponse à donner doit tenir compte de ce besoin sans s'y attarder, s'y complaire et risquer de provoquer une poussée libidinale non contrôlable. Une tenue ferme de l'autre n'est pas une étreinte.
- > Les grivoiseries tant à leur égard qu'entre nous sont à exclure car ils sont très sensibles à nos propres excitations et ne sont pas en mesure de réguler les leurs. De même, les écarts de langage, les phrases à connotation sexuelle, les gestes ambigus entre soignants doivent être tout à fait contrôlés.
- > Les interdits qui sont posés aux résidents, le sont sans moralisation et bien sûr les transgressions non sanctionnées : Ils n'ont pas eu les capacités mentales d'intégrer les codes de vie, les notions de lois, et n'ont donc pas conscience de les outrepasser. Les pulsions cherchent à s'exprimer sans détour. Quant au droit à l'intimité, il ne concerne pas seulement le corps. C'est aussi l'espace de pensée où l'autre est exclu :

tout ce qui est de l'ordre de leur vie intime, familiale, doit faire l'objet de discrétion, ne doit pas être abordé devant tous.

Ces personnes sont de fait et nécessairement sans cesse sous divers regards, sous un contrôle continu, ce qui aggrave leur état de dépendance. Développer un espace mental qui leur soit propre relève de l'impossible. Rien ne nous échappe d'eux...

Il nous faut rester prudents sur ce tout-savoir, l'implication éthique est de taille. Le rapport à la grande dépendance peut vite être de l'ordre de la toute-puissance.

Dans le cadre de l'intimité, la question se pose souvent de l'usage des diminutifs. Ceux-ci doivent être réservés à la sphère familiale.

De plus, le prénom dans son entier a son importance. Il a été pensé par les parents avant la naissance de leur enfant, avant donc que ne soit annoncé le handicap. Le prénom reste ce qui témoigne d'une représentation d'un enfant « comme les autres », fait partie de son identité première qu'il nous appartient de maintenir.

5-2.4 L'accompagnement à la fin de vie et les soins palliatifs

L'accompagnement à la fin de vie signifie être présent et aider tout au long de la fin de vie à travers des ressources thérapeutiques, des soins techniques, un soutien psychologique, une aide morale et une réponse à des besoins spirituels.

Parce que confronter au vieillissement ou à des situations de plus en plus complexes, la MAS Héliodore s'engage à :

- > **Accompagner les personnes accueillies jusqu'à la fin de leur vie, sauf souhait exprimé par une famille de transférer un résident dans un établissement de soins palliatifs.**

Lorsque le diagnostic médical est posé et que le pronostic vital du résident est engagé, une réunion pluridisciplinaire (équipe de direction, éducative, médicale et paramédicale) permettra de définir la modalité d'accompagnement la plus adaptée afin de coordonner les soins. L'aide de l'équipe de soins palliatifs de l'hôpital de Périgueux est envisagée si difficultés. L'équipe médicale et accompagnante est à l'écoute du résident et de sa famille et mettra tout en œuvre pour dispenser des soins adaptés à une situation de soins palliatifs.

- > **Accueillir et accompagner les familles.**

Le médecin informe la famille et les représentants légaux de l'entrée en phase palliative du résident. La place de la famille est primordiale dans l'expression de ses souhaits relatifs à la fin de vie (présence, participation aux soins de confort...). L'équipe médicale et accompagnante aura le souci d'expliquer les soins entrepris aux proches et de nommer les traitements mis en place (soins basés sur la diminution de la souffrance et le maximum de confort).

Dans le cas où le décès a lieu dans la structure, il est constaté par un médecin qui informe la famille et / ou les représentants légaux. Un moment de recueillement est laissé à la famille si elle le souhaite.

- > **Préserver pendant cette période l'ensemble des résidents et les professionnels.**

Les professionnels sont dans une attitude d'observation, d'écoute et de réponse au cas par cas aux questions des autres résidents.

Un soutien de la direction et /ou de la psychologue sera assuré sous forme de disponibilité vis-à-vis des professionnels. Le personnel de la Maison d'Accueil Spécialisée absent est tenu informé du décès. L'établissement est représenté aux obsèques.

5-2.5 La place des familles et des amis dans l'accompagnement

Au moment de l'admission, les familles sont reçues par la direction et les référents du groupe de vie de l'établissement du résident. Les modalités de relation sont alors précisées et un calendrier des sorties ou visites est, le cas échéant, établi.

Chaque fois que nécessaire l'établissement apporte aux familles son soutien administratif, technique et humain. Par exemple, l'ergothérapeute peut se rendre au domicile des familles afin de proposer un aménagement.

Des entretiens avec les professionnels de l'établissement sont proposés autant de fois que de besoin et les familles peuvent être mises en relation avec l'association gestionnaire qui s'est fixée pour but entre autres, d'apporter à ces dernières l'appui matériel et moral dont elles pourraient avoir besoin.

Durant l'accueil, les familles sont systématiquement avisées de tout événement important concernant leur proche (maladie, hospitalisation, prévision d'intervention, séjour de vacances...). Si elles ne sont pas représentantes légales de la personne concernée, le représentant légal est également avisé et c'est ce dernier qui consent aux mesures proposées.

Elles sont reçues à leur demande par la direction ou n'importe quel intervenant institutionnel (médecin, psychologue, ergothérapeute, infirmier, référent, lingères) en dehors des réunions annuelles relatives à la contractualisation du projet personnalisé.

Au sein de l'établissement le maintien des liens familiaux est favorisé selon toutes modalités possibles :

- > visites au sein de l'établissement (un espace est aménagé pour permettre les rencontres dans des conditions de respect de l'intimité de la famille concernée et des autres personnes accueillies ; un repas peut ainsi être pris, en famille, au sein de l'établissement.
- > visites en familles selon des rythmes variables et adaptés en fonction des demandes,
- > relations épistolaires et/ou téléphoniques. Les fêtes traditionnelles offrent des occasions régulières d'envoi de nouvelles à des parents qui ne se manifestent pas ou peu (fête des mères, fête des pères, Noël, nouvelle année). Ces envois ont favorisé, dans certains cas, des reprises de relations.

A Héliodore, nous laissons aux familles le choix du rythme des visites à leur proche et des accueils de celui-ci chez eux ; du rythme et des durées du temps passé au domicile, « *nous le prenons...* », « *nous vous le laissons...* ».

Les parents doivent pouvoir exprimer sans culpabilité ce constat douloureux : « *tous les week-ends c'est trop* » ou « *tout un week-end c'est trop long* ».

Les frères et sœurs doivent pouvoir dire : « nous ne ferons pas comme les parents ».

Nous remarquons depuis quelques temps qu'une nouvelle formule est trouvée par les familles elles-mêmes : venir boire un café avec leur proche, partager un goûter, un gâteau d'anniversaire, un repas. Cette proposition semble trouver chez les parents un écho favorable à leur désir de maintenir du lien tout en se protégeant de ce qui devient trop lourd à porter. Cette solution est la plupart du temps très bien vécue par les résidents concernés.

L'aménagement d'un espace convivial, séparé du groupe de vie, et dédié à ces rencontres, permet que les relations se développent dans un entre-deux qui ne soit pas source de confusion pour les sujets concernés.

Enfin, chaque fois qu'il semble pertinent de communiquer des informations relatives au fonctionnement institutionnel et/ou aborder des sujets qui concernent un ensemble de familles plus élargi, des réunions sont organisées à cet effet. Peuvent y assister des représentants des diverses catégories socioprofessionnelles ce qui favorise des échanges directs sur des sujets généraux.

5-3 Les prestations d'hébergement en soutien de l'accompagnement

Un prestataire extérieur confectionne **les repas** des résidents et du personnel sur site, 7 jours sur 7, dans les locaux de la MAS Héliodore. Sa présence quotidienne sur site favorise une réactivité par rapport à toute adaptation nécessaire.

La diététicienne du prestataire valide les menus proposés. Les cuisiniers sont par ailleurs invités à la commission alimentation mise en place dans l'établissement.

La spécificité de la restauration à la MAS Héliodore repose sur les différentes difficultés alimentaires et digestives rencontrées. Ainsi l'établissement, met en œuvre différentes mesures d'adaptation :

- > Adaptation de la texture des aliments proposés (facile-à-manger, haché ou normal).
- > Adaptation des apports hydriques (eau épaissie, eau gazeuse...).
- > Alimentation par voie entérale (gastrostomie) lorsque les problématiques deviennent trop majeures.
- > Adaptation ergonomique des installations (fauteuil en déclivité, coussin de positionnement, choix d'un siège particulier, tables réglables en hauteur...).
- > Adaptations particulières individualisées (vaisselle et couverts adaptés, ...).
- > Organisation logistique en 2 services.
- > Attention portée à l'environnement ambiant qui doit être le plus serein possible (réflexion sur la place de chacun en salle à manger).

Pour éviter les inconforts et les douleurs, le personnel accompagnant mettra en œuvre des actions spécifiques telles que :

- > Le fractionnement des repas.
- > Le changement de positions pour favoriser la digestion (verticalisation).
- > L'adaptation du matériel orthopédique (corset desserré, ...).
- > La surveillance rigoureuse du transit.

Ces règles de sécurité et de confort permettent d'entretenir et de développer la notion de plaisir et de choix, liés à ces temps si particuliers que sont l'alimentation et le repas.

L'entretien du linge s'effectue de manière collective au sein de l'établissement à la demande des familles des internes. Il est mutualisé avec l'EEAP Calypso. Les lingères assurent le nettoyage, le stockage, la réparation et la distribution des vêtements et du linge de maison qui est, lui, confié à l'ESAT de notre association.

L'entretien des locaux est assuré par des agents d'entretien intérieur dont la mission principale est d'effectuer les travaux de nettoyage et d'entretien des lieux de vie des résidents (chambres, salles de bain, salle à manger, zones communes, etc., ...) et de l'ensemble des locaux en respectant les procédures définies par l'établissement ainsi que les règles d'hygiène et de sécurité.

L'entretien général des installations, des bâtiments, des espaces verts, des véhicules, du système d'informations et la gestion des déchets sont assurés par un agent d'entretien.

5-4 Les critères et les modalités de fin d'accompagnement

Les départs de la MAS sont le plus souvent des décès dans l'établissement ou lors d'hospitalisation.

La MAS Héliodore accompagne les résidents jusqu'à la fin de leur vie.

5-5 Les partenariats, les réseaux et l'ouverture de l'établissement

La MAS, par sa mission, est en interrelation avec divers partenaires concernés par l'action de l'établissement et concourant à son existence.

Plusieurs conventions et / ou partenariats existent auprès de différents acteurs :

> Les partenariats avec le secteur sanitaire

- Avec le Centre Hospitalier de Périgueux pour la mise à disposition d'un médecin psychiatre, la venue d'un dentiste 2 fois par an au sein de la structure ;
- Avec des médecins de rééducation fonctionnelle de Bordeaux pour le suivi orthopédique avec intervention du médecin – chirurgien orthopédique.
- Avec la fondation John Bost dans le cadre de bilans neurologiques, des suivis bucco-dentaires.

> Les partenariats avec le secteur médico-social

- Avec les services d'aide à domicile et infirmiers du département pour l'organisation des soins et aides lors des retours au domicile le week-end et durant les vacances.
- Avec les établissements de l'Apei Périgueux.
- Participation aux tables rondes et groupes de travail liés à l'accompagnement des personnes polyhandicapées. Nous nous saisissons ainsi de ces instances pour faire connaître et reconnaître les besoins de ces personnes.
- Adhésion au Groupe Polyhandicap Sud-Ouest⁹ et à l'association du Groupement de Réflexion des Etablissements d'Adultes Polyhandicapés de Midi-Pyrénées¹⁰ (GREAP).

> Les partenariats avec les collectivités

- La commune d'Atur, et d'autant plus depuis son englobement dans la grande commune de BOULAZAC ISLE MANOIRE, pour la mise à disposition de locaux et de matériels nécessaires à nos manifestations, etc...l'accueil sur les salles de spectacles.

> Les partenariats avec le secteur de l'emploi et de la formation professionnelle

- Des conventions « site qualifiant » sont signées avec le CEF de Bergerac, le CFP de Champcevinel, l'IFAS et l'IFSI de Périgueux.
- L'accueil régulier de stagiaires implique des échanges réguliers et des collaborations avec l'Institut de Formation en Soins Infirmiers et l'Institut de Formation des Aides-Soignants de Périgueux, le CEF de Bergerac, le centre de

⁹ Lire GPSO dans l'ensemble du document.

¹⁰ Lire GREAP dans l'ensemble du document.

formation professionnelle de Champcevinel, les Maisons Familiales Rurales, l'Institut Rural d'Education et d'Orientation du Périgord, l'Université, les écoles d'Ergothérapeute...

- Avec le Pôle Emploi et la Mission Locale par le biais de divers contrats, des aides et des formations qui y sont associées, l'accompagnement de projets professionnels ...
- Avec DMS24, groupement d'employeurs afin de répondre aux fortes problématiques liées aux besoins de recrutement des salariés non permanents et permettre dans un même temps la formation et la qualification de professionnels (contrats d'apprentissage, contrats de professionnalisation).
- L'appel médical de Périgueux nous permet de répondre rapidement à notre besoin en remplacement du personnel qualifié.

> **Les partenariats avec le secteur caritatif et associatif**

- Mise en place d'actions d'aide aux plus défavorisés, mise en œuvre par ces diverses associations, notamment par des dons de matériels (à l'occasion des renouvellements d'immobilisations) et de vêtements (Les Restaurants du Cœur, Emmaüs, Croix rouge française...).
- Avec l'association des paralysés de France de Périgueux pour la mise à disposition de véhicules, le prêt de matériel, la possibilité offerte aux résidents de participer à des activités tel le théâtre.
- Avec le Comité handisport de la Dordogne pour la participation active de la MAS aux compétitions.

5-6 La participation et la représentation des personnes accompagnées

5-6.1 Le Projet Personnalisé d'Accompagnement et de Soins

Le Projet Personnalisé d'Accompagnement et de Soins est l'élément essentiel de l'accompagnement au quotidien des personnes accueillies à la MAS Héliodore.

Déterminé en fonction des besoins et potentialités de ces derniers, le Projet Personnalisé d'Accompagnement de Soins, dit « PPAS », résulte d'une démarche de co-construction entre la personne accueillie ou son représentant légal et l'équipe pluridisciplinaire.

La construction de ce document support vise principalement à répondre aux divers objectifs suivants :

- > Réinscrire le résident dans son histoire familiale et institutionnelle ou le rappel de celle-ci.
- > Réévaluer si nécessaire les diagnostics.
- > Rendre compte des capacités de la personne, des différentes modalités d'accompagnement mises en œuvre à son profit, des principaux axes de la prise en charge médicale et paramédicale, des activités et de la vie sociale.
- > Offrir un cadre de référence aux acteurs professionnels.
- > Garantir une traçabilité des actions engagées en faveur des résidents.
- > Evaluer périodiquement les besoins de ces derniers et réaliser les ajustements nécessaires.
- > Constituer un outil mobilisable pour les évaluations interne et externe.

Pour chaque personne accueillie, **un référent et un co-référent** sont désignés par la direction au sein de l'équipe dite d'accompagnement.

Le rôle du référent est de

- > De piloter la mise en œuvre du projet,
- > De préparer la réunion projet, d'y participer,
- > De participer aux rencontres avec les familles et/ou représentants légaux,
- > De collecter les informations sur le résident (*par l'observation, les échanges formels ou informels avec les autres professionnels*),
- > De se tenir au courant des événements relatifs au résident, par une consultation régulière des supports d'information (*cahiers de liaisons, cahiers individuels*),
- > De s'attacher à communiquer et à informer leurs collègues, de tout changement relatif à l'adaptation de l'accompagnement du résident,
- > De vérifier hebdomadairement que les informations relatives au résident soient notées dans les transmissions, et ainsi transcrites dans le dossier individuel et, à défaut, de procéder à cette transcription,
- > D'informer le coordinateur des points spécifiques qu'il apparaîtrait judicieux de traiter en réunion clinique.

Le référent du résident concerné réunit donc l'ensemble des observations portées par les différents services et en fait un compte rendu lors de la réunion clinique préparatoire.

Les éléments portés par le référent sont amendés, enrichis, questionnés par l'ensemble des membres de la réunion. Leur validation incombe à la direction présente en réunion clinique. Pour ce qui concerne le domaine médical la responsabilité des décisions revient au médecin qui doit s'efforcer néanmoins, chaque fois que nécessaire, d'explicitier les sens et les finalités de ses prescriptions aux équipes de proximité.

De cette réunion, une synthèse est faite et proposée lors d'une rencontre avec la famille ou les représentants légaux.

Les modalités du projet personnalisé telles que validées en réunion projet, sont donc obligatoirement présentées aux représentants légaux afin de favoriser leur implication, et leur permettre de se prononcer quant aux propositions formulées.

Le projet personnalisé est réactualisé tous les 2 ans, sauf si l'évolution de la situation de la personne le nécessite.

La **fonction de coordination** constitue la « cheville ouvrière » essentielle à la mise en œuvre et à l'ajustement permanent du PPAS.

Le coordinateur est chargé de favoriser la communication, les interactions entre la direction et les équipes socioprofessionnelles d'un point de vue pratique, organisationnel et fonctionnel. Il doit avoir la capacité de posséder une vision globale du dispositif institutionnel. Il a un rôle essentiel dans le recueil d'informations relatives aux résidents, soit par des échanges directs avec leurs collègues, soit lors des réunions. Il doit être en mesure de les discriminer, les hiérarchiser, les synthétiser, pour y réserver tout traitement utile.

Il détermine les ordres du jour des réunions cliniques et des réunions de fonctionnement et les rapportent en réunion. Il établit ensuite les comptes rendus qui, après validation par la direction, sont diffusés par leurs soins dans les différents supports appropriés.

5-6.2 Le Conseil de la Vie Sociale¹¹

Cette instance est compétente pour donner son avis et faire des propositions sur toutes questions intéressant le fonctionnement de l'établissement, pour participer à des projets comme le projet d'établissement, pour donner son avis sur des outils (livret d'accueil, règlement de fonctionnement ...).

Le CVS est élu pour 3 ans. Il est composé

> de membres avec voix délibératives :

- de représentants des personnes en situation de handicap accompagnées dans l'établissement,
- de représentants des familles ou des représentants légaux,
- de représentants des professionnels,
- de représentant de l'Apei Périgueux (obligatoirement l'Administrateur délégué),

1. de membres avec voix consultatives :

1. de représentants de l'équipe de direction (directeur ou directeur adjoint).

Depuis 2022, la possibilité est donnée d'élargir la représentation à un représentant élu de la commune, du Conseil Départemental, de l'ARS, une personne qualifiée.

Le CVS se réunit a minima 3 fois par an. La fonction de Président est assurée par un représentant des familles. Ses coordonnées sont affichées ou disponibles auprès du secrétariat.

Un compte rendu est affiché dans l'établissement ; il est aussi envoyé aux élus avec l'ordre du jour du CVS suivant afin qu'ils puissent en prendre connaissance et le valider au prochain CVS.

¹¹ Lire CVS dans l'ensemble du document.

6- Les ressources mises à disposition

6-1 Le pilotage des ressources humaines

6-1.1 La structuration des compétences et des qualifications

Le personnel titulaire qui concourt à l'encadrement des résidents est diplômé. Chaque poste de travail est défini par une fiche de fonction remise au salarié en annexe du contrat de travail.

La **fonction « soin »** regroupe la santé physique et la santé mentale. Elle est dévolue à l'équipe médicale et paramédicale, placée sous la responsabilité d'un médecin généraliste, salarié à temps partiel et d'un médecin psychiatre.

Les médecins sont les interlocuteurs privilégiés des familles sur le plan de la santé.

Sous la responsabilité d'un cadre de santé, les infirmiers effectuent les soins plus spécialisés (injections, pansements...) ainsi que la préparation des médicaments, la gestion de la pharmacie, le suivi des régimes (en lien avec l'intervention ponctuelle de la diététicienne), le suivi des dossiers de soin et la coordination des rendez-vous médicaux et paramédicaux extérieurs.

La **fonction d'accompagnement** est assurée par le personnel d'encadrement qui est dénommé dans l'établissement « personnel accompagnant ». Cette catégorie professionnelle majoritaire est constituée par des professionnels de formation aide médico-psychologique, accompagnant éducatif et social, aide-soignant ou en représentation moindre éducateur spécialisé, moniteur-éducateur, auxiliaire de vie.

La **fonction « services généraux »** est assurée par des agents techniques qui sont respectivement rattachés à trois services que sont la lingerie, l'entretien des locaux et des bâtiments.

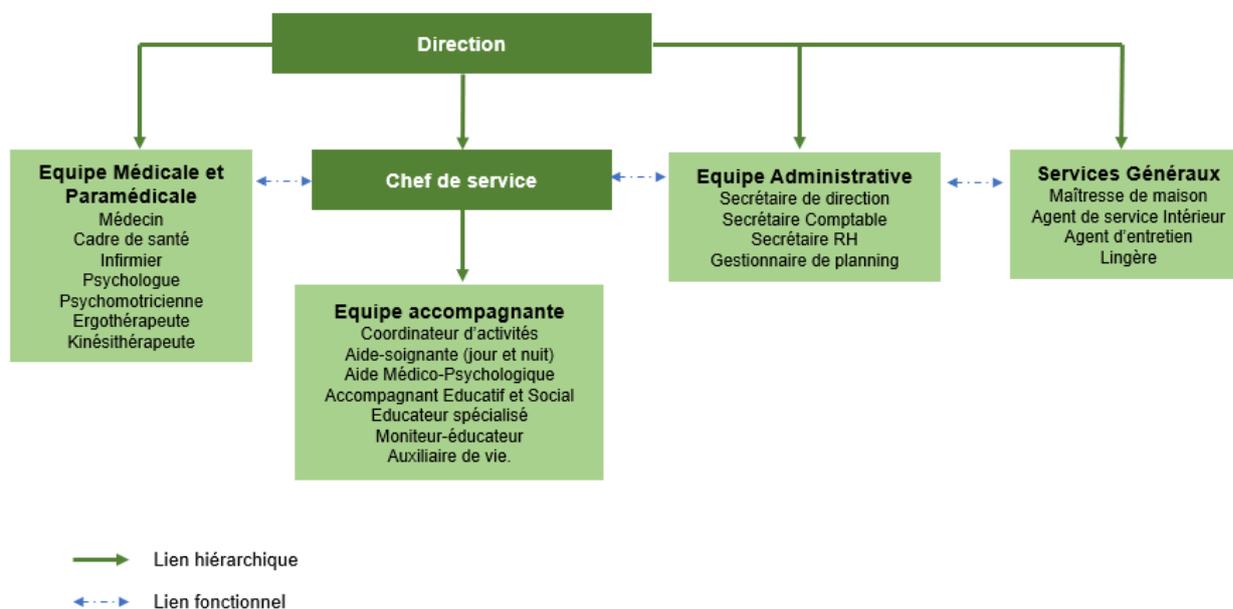
La **fonction administrative** est répartie entre le secrétariat de direction et la gestion du personnel ainsi que la comptabilité et gestion financière.

La **fonction « coordination des activités »** est assurée par un éducateur spécialisé.

La **fonction « activités thérapeutiques »** incombe pour l'essentiel à la psychologue et aux paramédicaux : ergothérapeute, psychomotricien, kinésithérapeute.

La **fonction de direction** est assurée par un binôme de direction composé d'un directeur et d'un directeur-adjoint, d'un cadre de santé et d'une cheffe de service.

Le binôme de direction est mutualisé au sein d'un Pole « Habitat et accompagnement spécialisé » regroupant 4 établissements : l'EEAP Calypso, la MAS Héliodore, le Foyer d'Accueil Médicalisé et le Foyer de Vie de la Résidence du Val de Dronne.



L'établissement représente un effectif global de 78 personnes en contrat à durée indéterminée soit environ 75 Equivalent Temps Plein, au 01/09/2023.

6-1.2 L'organisation des réunions

Les réunions permettent l'émergence d'un projet professionnel partagé collectivement. Elles s'inscrivent dans un cadre institutionnel repérable et strictement défini (*nature, fréquence, participants, durée, lieu...*).

> Les réunions de fonctionnement

Elles concernent les différents aspects de la vie institutionnelle et visent à la cohésion et à la cohérence du travail. Elles permettent d'éviter que les habitudes ne deviennent des routines, de questionner l'aménagement des espaces, des rythmes, les décisions prises quant aux groupes de résidents (et non plus à propos d'une personne), des projets de sorties, le circuit du linge, l'organisation des repas ...

Elles questionnent le maintien de l'équilibre entre les soins et l'accompagnement.

Elles ont lieu tous les mois et au besoin.

> Les réunions cliniques

Les réunions cliniques hebdomadaires permettent de maintenir, retrouver une pensée, souvent absorbée par le quotidien et la répétitivité, autour des personnes accompagnées et le sens des soins proposés.

Ces réunions hebdomadaires rassemblent les accompagnants d'un groupe de vie, un membre de la direction (qui avalisera toute décision), un infirmier, l'ergothérapeute, la personne chargée de l'aide à la communication, la psychologue. Le médecin est invité à y participer lorsqu'il y a nécessité d'éclaircir des troubles organiques et de les différencier des troubles psychiques ou somato-psychiques (souvent liés entre eux).

En amont, les membres des équipes auront indiqué quelles situations problématiques ils désirent porter en ce lieu.

Ces décisions doivent faire consensus et être réinterrogées si nécessaire au cours d'une réunion prochaine.

Ces réunions cliniques permettent également de préparer le projet personnalisé d'accompagnement et de soins. Ces réunions ont lieu une fois par semaine.

> **Les réunions par groupe socioprofessionnel**

Il existe au sein de l'institution des réunions pour certains groupes professionnels pour lesquels il est nécessaire de prévoir des échanges spécifiques, eu égard à la nature de leurs missions.

C'est le cas du personnel veille de nuit, du personnel infirmier, du personnel des services généraux ménage, lingerie, bâtiment. Ces dernières années ont vu apparaître des réunions RH au regard des difficultés de recrutement et de la tension sur les plannings qui en découlent.

> **Les réunions « petite équipe »**

Elles regroupent l'ensemble d'une équipe ou une partie de l'équipe. Elles sont animées par le chef de service. Elles permettent des interactions parfois difficiles dans les équipes, maintiennent une dynamique ou une régulation entre les membres afin que les conflits ne s'enkystent pas.

C'est un lieu où il peut y avoir des échanges sans jugements, ou les choses échangées restent confidentielles.

Ces réunions d'équipe en fonction de l'organisation globale institutionnelle peuvent changer de forme.

> **Les réunions à thème**

Deux fois par an, les équipes se réunissent autour d'un thème de réflexion qu'elles auront proposé afin de développer des concepts, d'approfondir des savoirs, de croiser « ce que l'on sait », « ce que l'on observe », et « ce que l'on vit ».

Un professionnel spécifique est chargé de préparer et d'animer la réunion en s'appuyant sur des apports théoriques, des exemples cliniques rencontrés au quotidien.

En fonction des thèmes abordés, certains professionnels apportent une contribution spécifique telle que par exemple le médecin psychiatre sur les médicaments psychotropes, la psychologue sur les troubles liés aux psychopathologies, la sexualité, le médecin coordinateur sur la contenance, ...

Ces réunions ont également valeur de formation.

> **Les réunions plénières**

Ces réunions visent essentiellement à transmettre des informations collectives liées au contexte de la mission de l'établissement et de son évolution (*référentiel réglementaire et législatif, contraintes budgétaires, ...*), aux orientations du projet associatif, à l'évolution du projet d'établissement susceptible d'en découler.

Elles sont préparées et animées par la direction. L'administrateur délégué de l'association y est convié. En fonction de l'ordre du jour, des personnes à qualité peuvent être invitées à intervenir, pour apporter à la fois des éléments d'information et de formation, à l'équipe pluridisciplinaire.

6-1.3 L'analyse des pratiques professionnelles

Cette réunion est animée par un psychologue psychanalyste, intervenant extérieur à l'établissement.

L'analyse de pratique est un espace offert aux professionnels pour leur permettre de réfléchir sur ce qu'ils mettent en jeu en qualité de personnes singulières et dans le cadre du collectif, dans leurs pratiques quotidiennes auprès des résidents.

Elle a pour principal objet de lutter contre l'usure professionnelle. Elle leur permet un étayage moral et psychologique au moyen de l'évocation des sentiments générés par les situations et les relations inter professionnelles. Elle s'appuie sur la dynamique de groupe et permet de mettre en mots les conflits interpersonnels.

Cette réunion fonctionne en groupe fermé, les personnes acceptent de s'y inscrire par choix personnel.

Par suite de l'appel à inscription, les personnes volontaires sont engagées pour une durée d'un an. C'est un lieu de parole libre où la confidentialité des débats est posée comme règle de départ pour l'ensemble des participants, il n'y a donc bien sûr pas de production de compte-rendu.

Cette réunion ne porte en aucun cas sur la clinique des résidents mais sur les effets sur soi.

6-1.4 La formation professionnelle

Depuis son ouverture, l'établissement a pratiqué une politique constante de formation en direction du personnel toutes catégories confondues.

La priorité est donnée aux actions de formation collective, réalisées en intra, pour favoriser une culture institutionnelle de référence.

Au-delà des qualifications initiales, ces formations permettent l'acquisition de compétences multiples ciblées autour de la problématique spécifique de la grande dépendance et de la grande déficience. En outre, chaque session offre l'occasion aux professionnels d'opérer un travail de mise en mots et de mise en commun, voire d'accéder à une possibilité d'auto-évaluation face au risque de dérive maltraitante.

6-1.5 La prévention contre l'usure professionnelle

La prise en charge de personnes dites « *lourdement polyhandicapées* » génère un risque plus important d'usure professionnelle.

Les symptômes plus particulièrement repérés sont :

- > **Des troubles musculo-squelettiques**, conséquence des nombreuses manutentions et de leur répétition (lever, coucher, changes, transferts...).
- > **Des symptômes dépressifs** générés par la confrontation à de nombreux troubles comportementaux (manifestations anxieuses, stéréotypies, apathie) associés à des difficultés de décodage.
- > **Des gestes professionnels mécaniques et dénués de sens.** Les personnels peuvent avoir l'impression d'être dans le non-sens et mettre en place des systèmes défensifs tels que, par exemple, la réalisation de soins de façon mécanique dans le but d'éviter de penser et de ne pas être renvoyés à leurs propres difficultés, ou, au contraire, la multiplication de stimulations et d'activités afin de se donner l'illusion de réaliser beaucoup de choses et éviter ainsi de sombrer dans la dépression.

Le taux d'absentéisme important peut également être une conséquence de ces symptômes.

Nous mettons en place des actions préventives pour soutenir les professionnels et leur permettre de sauvegarder leur santé physique et psychique, comme :

- > Des investissements réguliers dans du matériel d'aide à la manutention (lève-personnes, lits à hauteur variable, baignoires relevables, rails de transfert...).
- > Des actions de formations sur les « gestes et postures » afin de prévenir les troubles musculo-squelettiques (TMS).
- > Le développement et le maintien de la réflexion sur l'accompagnement par :
 - La mise en place de réunions cliniques régulières.
 - L'organisation de réunions à thèmes sur des sujets de réflexions définis par les professionnels de proximité.
 - Le changement régulier des professionnels sur les différents lieux de vie.
 - Le maintien d'actions de formation sur des thèmes spécifiques au polyhandicap (Psychopathologie, Troubles du spectre autistique, l'accompagnement en MAS, ...).
 - L'Intervention de la psychologue de l'établissement auprès des nouveaux arrivants afin de les sensibiliser et les aider à la compréhension des psychopathologies.
 - L'Intervention d'un psychologue-psychanalyste extérieur sur le thème « Penser sa pratique professionnelle à plusieurs en institution ».
 - La mise en place d'un groupe de travail sur la « Prévention des risques psychosociaux » composé de représentants de chaque catégorie professionnelle et ayant pour objet de favoriser le développement de la parole sur les difficultés rencontrées et définir des outils de prévention.
 - La mise en place d'immersions à un poste de travail différent au sein même de l'établissement : « vis ma vie professionnelle de... ».

Nous effectuons également un travail d'analyse et de prévention en partenariat avec : les Services de Santé au Travail, la Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail (CARSAT) et les membres du Comité Social et Economique (Commission CSSCTE).

6-1.6 Les difficultés de recrutement et l'attractivité des métiers à la MAS

La crise sanitaire de 2020 associée à l'ouverture de l'extension a mis en lumière des difficultés de ressources humaines importantes et récurrentes. Ces difficultés sont multiples : postes vacants, « turnover » important, fidélisation, absence de candidatures, absentéisme. La MAS Héliodore au côté de l'EEAP Calypso doit engager une réflexion en matière de Qualité de Vie au Travail, d'intégration des professionnels et redévelopper les partenariats et la coopération avec les écoles.

La promotion de l'accompagnement de personnes polyhandicapées, et plus particulièrement celui proposé à la MAS, est également un vecteur important d'attractivité.

6-2 Les ressources immobilières et matérielles

■ Le bâtiment

La MAS Héliodore est propriétaire du terrain de 3 804 m² et de ses bâtiments.

Le bâtiment construit en 1989 bénéficiait de chambres doubles et d'espaces communs peu adaptés. C'est pourquoi un important projet de rénovation et de restructuration du bâtiment a débuté en 2017 et s'est achevé en 2022.

Le bâtiment comprend désormais 5 unités de vie, composées de chambres individuelles, d'espaces communs (salons, salles d'activité et d'animation, salles de restauration ...) adaptés à l'accompagnement et aux soins des personnes en situation de polyhandicap, et d'espaces extérieurs sécurisés.

■ Les équipements au profit des accompagnements

Suite au projet de restructuration, l'établissement bénéficie d'équipements neufs et adaptés. Les chambres sont spacieuses, lumineuses et équipées de rails de transfert. Les salles de bains sont adaptées. En fonction des besoins de la personne accompagnée, la MAS dispose de matériels adaptés : verticalisateur, chariot douche ...

La MAS dispose d'une flotte de véhicules adaptés pour les transports individuels ou collectifs nécessaires à l'accompagnement des personnes tant pour les activités que les RDV médicaux.

■ Les systèmes d'informations

La MAS Héliodore dispose d'un système d'informations porté par l'association.

A ce jour, l'ensemble des sites de l'Apei sont interconnectés et permettent un accès sécurisé aux serveurs. L'hébergement des données issues des logiciels métiers (DUI, Comptabilité, RH, gestion commerciale, ...) est réalisé sur les serveurs au Siège de l'association.

- > Logiciel IMAGO DU : gestion du dossier Usager,
- > Logiciel IMAGO RH : gestion des dossiers des salariés et des plannings,
- > Logiciel GESSI Finance / Comptabilité.

La MAS doit poursuivre le déploiement du logiciel IMAGO DU auprès des professionnels accompagnants.

Au côté de l'association, la MAS Héliodore s'engage dans le « virage numérique » avec notamment la montée en version « Ségur » du logiciel Dossier de l'utilisateur avec l'Identité Nationale de Santé, la Messagerie de Santé Sécurisée et le Dossier Médical Partagé.

6-3 Les ressources financières

Les ressources financières de la MAS Héliodore proviennent d'une part de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie et d'autre part du forfait journalier payé par le résident.

7- Les axes de développement

7-1 La présentation du diagnostic

Ce diagnostic s'appuie sur les différentes démarches d'évaluation de la qualité, des diagnostics CPOM.

INTERNE

(Accompagnement / RH / Aspect financier et budgétaire / Architecture / SI / ...)

Forces

- Architecture adaptée et sécurisée.
- Accompagnement et prise en soins de qualité (vieillessement des personnes, faible taux d'hospitalisation).
- Expertise départementale reconnue de l'accompagnement des personnes en situation de polyhandicap.
- Plateau technique et équipe pluridisciplinaire.
- Présence d'une équipe médicale.

Faiblesses

- Déploiement tardif du Dossier Usager Informatisé.
- Besoin de remise aux normes de la cuisine.
- Difficultés dans le recueil des directives anticipées.
- Difficultés de recrutement et d'attractivité pour les professionnels.
- Absence de sécurisation des échanges extérieurs des données médicales.

EXTERNE

(Partenariats / Cadre légal / Attractivité / ...)

Opportunités

- Existence d'un partenariat identifié et solide en région via le GPSO.
- Renforcement des partenariats départementaux avec le secteur sanitaire.

Menaces

- Manque d'attractivité de la Convention Collective 66.
- Perte d'attractivité des métiers du social et médico-social et plus particulièrement de la grande dépendance.

7-2 La présentation des fiches actions

Fiche Action N°1 : Réasseoir les fondements de l'accompagnement et de la prise en soins définies dans le Projet d'Etablissement.

Fiche Action N°2 : Développer l'attractivité par la qualité de vie au travail des professionnels.

Fiche Action N°3 : Poursuivre l'informatisation et la sécurisation des données d'accompagnement et de prise en soins des résidents.

Fiche Action N°4 : Finaliser la restructuration de l'établissement

Fiche Action N°1

Réasseoir les fondements de l'accompagnement et de la prise en soins définis dans le Projet d'Etablissement

Référent : Directrice Adjointe

Constat du diagnostic	<ul style="list-style-type: none"> • Ecart entre la qualité de l'accompagnement et de la prise en soins, pensée dans le Projet d'Etablissement et celle réalisée. • Mouvements importants de professionnels.
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Redonner du sens et de la continuité à l'accompagnement quotidien.
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> • Présentation des fondamentaux à travers l'organisation d'un entretien avec chaque nouveau salarié recruté. • Remise et explicitation d'un livret d'accueil salarié. • Relance des journées d'intégration par la Direction Générale. • Organisation de formations internes sur les psychopathologies pour les nouveaux salariés. • Réalisation systématique d'un entretien de fin de période d'essai.
Identification des acteurs à mobiliser	<ul style="list-style-type: none"> • Professionnels Encadrants : Cheffe de service / Directrice Adjointe / Directrice • Professionnels Médicaux et Paramédicaux Héliodore : psychologue / Médecins • Professionnels Direction générale : RRH, Communication, Directeur Général • Conseil d'Administration (Président et administrateurs délégués)
Moyens nécessaires	<p><u>Moyens humains</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Mobilisation des professionnels encadrants • Mobilisation des professionnels de la Direction Générale (RH/Communication/DG) • Président <p><u>Moyens matériels</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Un livret d'accueil salarié (association/établissement)
Calendrier prévisionnel	<p>Durant le projet 2023-2025</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2024 : Réalisation des entretiens (à l'embauche et à la fin de la période d'essai) • 2024 : Réalisation d'un livret d'accueil salarié <p>Relance des journées d'intégration par la Direction Générale</p>
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<ul style="list-style-type: none"> • Une équipe stabilisée avec moins de mouvements • Des projets personnalisés portés et mis en œuvre • Résultat d'une enquête de satisfaction liée à la mise en œuvre du projet personnalisé
Point de vigilance	<ul style="list-style-type: none"> • S'assurer de l'ancrage des actions dans le temps

Fiche Action N°2

Développer l'attractivité par la qualité de vie au travail des professionnels

Référent : Direction

Constat du diagnostic	<ul style="list-style-type: none"> • Peu de candidatures déposées auprès de l'établissement. • Mouvements importants et récurrents de professionnels.
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Stabiliser l'équipe accompagnante.
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> • Relance de la Commission Risques Psycho-sociaux pour comprendre les origines de la problématique et proposer des actions d'amélioration (fonctionnement, planning, ...) • Réactivation des partenariats par la multiplication des rencontres auprès des écoles (IFSI, IFSAS, CEF Bergerac, CFP Champcevinel ...) • Développement des actions de communication externe sur la MAS (valorisation des événements et des offres d'emploi) • Réflexion sur la prime grande dépendance
Identification des acteurs à mobiliser	<ul style="list-style-type: none"> • Professionnels Encadrants : Cheffe de service / Directrice Adjointe / Directrice • Professionnels accompagnants • Référent RH / Communication • Professionnels Direction générale : RRH, Communication
Moyens nécessaires	<p><u>Moyens humains</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Mise à disposition des professionnels Encadrements / Accompagnants <p>Mobilisation des professionnels de la Direction Générale (Communication)</p> <p><u>Moyens matériels</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Une plaquette de présentation de l'établissement à destination des futurs professionnels <p>Moyens financiers</p> <p>Financement pour la réalisation d'un support vidéo (promotion pole)</p>
Calendrier prévisionnel	Durant le projet 2023-2025
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<ul style="list-style-type: none"> • Augmentation du nombre de candidatures. • Diminution des départs.
Point de vigilance	<ul style="list-style-type: none"> • Maintenir dans le temps, malgré une amélioration, les rencontres avec les différents partenaires.

Fiche Action N°3

Poursuivre l'informatisation et la sécurisation des données d'accompagnement et de prise en soins des résidents.

Référent : Directrice Adjointe

Constat du diagnostic	<ul style="list-style-type: none"> • Informatisation du Dossier de l'Usager récente (démarrage en 2020 pour Apei Périgueux et en 2023 pour la MAS Héliodore) • Absence de sécurisation des échanges de données entre les médecins de différentes institutions.
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Renforcer le partage sécurisé d'informations liées à l'accompagnement et la prise en soins en interne et en externe.
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> • Finalisation du déploiement des postes informatiques sur les unités de vie • Formations des professionnels accompagnants • Montée en version (référencement Ségur) du logiciel IMAGO DU • Formations et accompagnements des professionnels à l'usage des services socles : Identité Nationale de Santé, Dossier médical Partagé et Messagerie Santé Sécurisée
Identification des acteurs à mobiliser	<ul style="list-style-type: none"> • Professionnels Encadrants, Médicaux et Accompagnants • Professionnels Administratifs • Evolucare • Professionnels de la Direction Générale : ressources Qualité et Développement et Informatique
Moyens nécessaires	<p><u>Moyens humains</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Mise à disposition de tous les professionnels pour les formations • Mise à disposition de professionnels de la Direction Générale : ressource Qualité et développement <p><u>Moyens financiers</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Héliodore (achat de poste informatiques, mobilisation RH) • Direction générale (ESMS Numérique, mobilisation RH) <p><u>Moyens matériels</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Postes informatiques • Connexion Internet stable
Calendrier prévisionnel	2023 - 2024
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<ul style="list-style-type: none"> • Indicateurs d'usages IMAGO DU (nombre de volets déployés et utilisés, nombre de connexions par profils, nombre de codes d'accès créés) • Indicateurs d'usages des services socles de l'ESMS Numérique (nombre de messages échangés dans la MSS, nombre de dépôt de document dans DMP, nombre d'identités qualifiées ...)
Point de vigilance	<ul style="list-style-type: none"> • L'efficience de la connexion internet

Fiche Action N°4

Finaliser la restructuration de l'établissement

Référent : Directrice

Constat du diagnostic	<ul style="list-style-type: none">• Besoin de remise aux normes et d'agrandissement de la cuisine• Besoin de rénovation de la partie administrative• Besoin de sécurisation et d'aménagement des espaces extérieurs
Objectif opérationnel (ou spécifique)	Mener à terme le chantier de restructuration.
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none">• Remise aux normes et agrandissement de la cuisine• Rénovation de la partie administrative• Aménagement des extérieurs
Identification des acteurs à mobiliser	<ul style="list-style-type: none">• Direction• Professionnels Service Généraux• Prestataires extérieurs : cabinet d'étude, entreprises, Elior ...
Moyens nécessaires	<u>Moyens humains</u> <ul style="list-style-type: none">• Mise à disposition des professionnels <u>Moyens financiers</u> <ul style="list-style-type: none">• PPI de la restructuration (OV)
Calendrier prévisionnel	2024
Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action	<ul style="list-style-type: none">• Absence de non-conformité dans le rapport des Services des Vétérinaires• Satisfaction des familles sur l'embellissement et la sécurisation des aménagements extérieurs• Satisfaction des professionnels sur la rénovation des parties administratives
Point de vigilance	<ul style="list-style-type: none">• Délai de mise en œuvre (en lien avec les entreprises prestataires).

📍 Maison d'Accueil Spécialisée Héliodore
2 Impasse Pierre Corneille - Atur
24750 BOULAZAC ISLE MANOIRE

☎ 05 53 04 23 20

✉ heliodore@apei-perigueux.fr

🌐 www.apei-perigueux.org

📘 Apei Périgueux

 **Apei Périgueux**
Vivons ensemble nos différences 