

Maison d'Accueil Spécialisée

« Le Ponant »

Projet d'établissement 2018-2023





Figure 1 : Vue d'architecte de la MAS "Le Ponant"

Remerciements

*à l'ensemble des résidents, familles, pairs, membres du CVS,
professionnels de la MAS et de l'EPS Barthélemy Durand,
qui ont contribué à l'écriture de ce projet, pour leur engagement et la qualité de leurs réflexions.*

Validé au Conseil de Vie Sociale du 11 décembre 2019

Sommaire

Partie I : Le Positionnement de l'établissement	11
I- Cadre réglementaire	13
A) Textes réglementaires.....	13
1. Genèse : la loi du 30 juin 1975 dite « Loi sociale »	13
2. Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale ...	13
3. Loi 2005-102 du 11 février 2005, dite loi pour l'égalité des droits et des chances	14
4. Décret du 20 mars 2009 relatif aux obligations des établissements et services accueillant ou accompagnant des personnes handicapées adultes n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie	15
5. Loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires dite loi HPST	16
B) Orientations nationales.....	17
1. Stratégie nationale de santé 2018-2022.....	17
2. Stratégie pour l'autisme au sein des troubles neuro-développement (TND) 2018-2022	18
3. Feuille de route Santé mentale et psychiatrie	18
4. Stratégie « Ma Santé 2022 »	19
C) Orientations régionales.....	19
D) Orientations départementales.....	20
1. Diagnostic.....	20
2. Orientations.....	21
E) Projet d'établissement ou de service.....	22
1. Définition et repères	22
2. Modalités d'élaboration du projet d'établissement de la Maison d'Accueil Spécialisée	23
II- Présentation de la Maison d'Accueil Spécialisé « Le Ponant »	25
A) Etablissement Public de Santé Barthélemy Durand	25
B) Historique de la Maison d'Accueil Spécialisée	26
1. Création de la MAS.....	26
2. Projet d'unité de répit d'accueil et de transition	27
III- Valeurs et principes d'action, droits des résidents et bientraitance	29
A) Droits des résidents.....	29
1. Principe de non-discrimination	29
2. Droit à une prise en charge ou à un accompagnement adapté.....	30

3.	Droit à l'information.....	30
4.	Principe du libre choix, du consentement éclairé et de la participation de la personne.....	30
5.	Droit à la renonciation.....	31
6.	Droit au respect des liens familiaux	31
7.	Droit à la protection	31
8.	Droit à l'autonomie	31
9.	Principe de prévention et de soutien.....	32
10.	Droit à l'exercice des droits civiques attribués à la personne accueillie.....	32
11.	Droit à la pratique religieuse.....	32
12.	Respect de la dignité de la personne et de son intimité.....	32
B)	Application volontaire de la charte Romain Jacob.....	33
C)	Valeurs.....	33
1.	Valeurs de l'EPS Barthélemy Durand	33
2.	Valeurs spécifiquement développées à la MAS Le Ponant	35
IV-	Population accueillie et ses besoins.....	36
A)	Caractéristique de l'accueil proposé	36
1.	Accueil en temps plein	36
2.	Accueil temporaire	38
3.	Unité répit (2021-2022).....	38
B)	Caractéristiques du public accueilli (hors unité répit)	40
1.	Handicaps	40
a.	Psychoses chroniques.....	40
b.	Troubles du spectre de l'autisme	41
c.	Troubles neurologiques	41
2.	Âges, sex-ratio et ancienneté dans la structure.....	42
3.	Enjeux.....	43
a.	Enjeux spécifiques au handicap.....	43
b.	Enjeux spécifiques à l'évolution des résidents.....	44
Partie II :	Les modes opératoires de l'établissement	45
I-	Accueil et information.....	47
a.	Textes fondamentaux.....	47
1.	Information	47
2.	Procédure d'admission.....	48
a.	Dossier d'admission.....	48

b.	Examen des demandes d'admission	49
II-	Accompagnement	50
A)	Projet Qualité-Gestion des risques	50
1.	Axes prioritaires	50
a.	Axes prioritaires initiaux : choix réalisés, évaluation et poursuite du travail engagé	50
b.	Axes prioritaires complémentaires	52
2.	Dimensions spécifiques	53
a.	Hygiène au quotidien.....	53
b.	Evaluation des pratiques	54
c.	Outils de la qualité des soins mis en œuvre	55
B)	Projet médical	57
1.	Politique de recrutement	57
a.	MAS.....	57
b.	URAT	58
2.	Organisation du recrutement.....	58
3.	Organisation de la structure.....	59
a.	Rôle du médecin coordonnateur.....	60
b.	Rôle du médecin généraliste	61
C)	Projet de soins	62
1.	Prévention	63
a.	Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance	63
b.	Prévention et prise en charge de la douleur	64
c.	Prévention et la prise en charge des plaies et escarres	64
d.	Prévention et la prise en charge des troubles nutritionnels, particulièrement les troubles liés à la dénutrition et à l'obésité	65
e.	Axes secondaires de prévention.....	65
2.	Accès aux soins, continuité des soins et urgences médicales.....	66
3.	Organisation des soins	66
a.	Equipe médicale	66
b.	Equipe soignante	67
c.	Dispensation médicamenteuse	67
4.	Coordination des soins	68
5.	Outils de la qualité des soins.....	69
6.	Domaines d'accompagnement	70
a.	Nursing.....	70

b.	Réveil	70
c.	Distribution des médicaments	70
d.	Temps des toilettes	70
e.	Entretien de l'espace du résident.....	71
f.	Repas	71
g.	Début de soirée	73
h.	Soirée	73
i.	Coucher	73
j.	Week-end	73
D)	Projet éducatif.....	74
1.	Projet individualisé.....	75
2.	Activités éducatives.....	77
3.	Activités culturelles	78
4.	Rythme de vie collectif	78
5.	Participation des familles	80
E)	Aspects spécifiques de l'accompagnement	81
1.	Respect de l'intimité et de celui de la vie affective	81
2.	Fin de vie	82
Partie III :	Les moyens.....	85
I-	Partenariats	87
A)	Partenariats internes.....	87
1.	Travail avec les équipes de secteur.....	87
2.	Partenariat avec le service soins somatiques	87
3.	Partenariat avec le centre régional douleur et soins somatiques en santé mentale, autisme, polyhandicap et handicap génétique rare	88
a.	Présentation	88
b.	Liens avec la MAS Le Ponant	90
4.	Partenariat avec l'unité de recherche clinique	90
5.	Partenariat avec le service culturel.....	91
a.	Une politique culturelle reconnue, ambitieuse et ouverte sur le territoire ..	91
b.	Un projet innovant de lieu fédérateur, créateur de passerelles.....	93
c.	La MAS Le Ponant, partie prenante de la Cité culturelle	95
6.	Partenariat avec les autres services	98
B)	Partenariat en externe	99
1.	Travail avec les aidants et les familles	99

a.	Individuellement.....	99
b.	Institutionnellement.....	99
c.	Les associations de parents.....	100
d.	Rencontres familles et soignants.....	100
2.	Relations avec les mandataires judiciaires à la protection des majeurs (MJPM)	100
3.	Travail avec les pairs.....	100
4.	Participation à la vie de la cité	101
5.	Coopération Sanitaire et Médico-Sociale	101
a.	Partenariat sanitaire	101
b.	Partenariat avec d'autres structures médico-sociales	101
c.	Partenariats à venir	102
II-	Locaux.....	102
A)	Situation géographique	102
B)	Organisation fonctionnelle.....	103
1.	Accès, espaces communs et communication.....	104
2.	Résidences.....	105
3.	Agora	107
a.	Plateau médico-technique	107
b.	Vie sociale et l'animation.....	108
4.	Administration.....	108
5.	Locaux du personnel	109
C)	Confort au sein de la MAS.....	109
D)	Sécurité.....	112
E)	Organisation logistique et technique.....	113
F)	Logistique	113
1.	Pharmacie.....	113
2.	Restauration	113
3.	Traitement du linge	114
4.	Déchets.....	114
5.	Maintenance	114
G)	Accès.....	115
H)	Extérieurs et environnement	115
I)	Synthèse des surfaces théoriques.....	116
III-	Ressources humaines.....	117

A)	Tableau des effectifs	119
B)	Organisation du travail et fonction	119
1.	Direction	119
2.	Equipe administrative	120
3.	Equipe médicale et paramédicale	121
a.	Médecin psychiatre	121
b.	Médecin généraliste	121
c.	Cadre supérieur de santé	121
d.	Cadre de santé	121
e.	Infirmier	121
f.	Aide-soignant	122
g.	Psychomotricien	122
h.	Psychologue	122
4.	Equipe éducative	122
a.	Educateur Spécialisé	122
b.	Aide Médico-Psychologique	123
C)	Gestion du personnel	123
1.	Entretien d'évaluation	123
2.	Formation	123
IV-	Organisation de l'activité	124
A)	Instances d'élaboration, de discussion et d'organisation	124
1.	Conseil de Vie Sociale	124
2.	Conseil de direction	124
3.	Personnalités qualifiées	124
4.	Instances de l'EPS Barthélemy Durand	125
5.	Commissions de l'EPS Barthélemy Durand	125
B)	Organisation du quotidien	125
V-	Organigramme de la MAS	128

Partie I : Le Positionnement de l'établissement

I- CADRE REGLEMENTAIRE

Au cours des dernières décennies, le législateur a progressivement reconnu la personne handicapée comme un individu à part entière, avec des droits à respecter et à garantir et une possibilité d'expression de ses désirs et de ses choix.

A) Textes réglementaires

1. Genèse : la loi du 30 juin 1975 dite « Loi sociale »

La loi fondatrice est celle du 30 juin 1975 « dite Loi sociale », qui détermine les dispositions communes et spéciales relatives aux établissements sociaux et médico-sociaux. Sont ainsi définies comme institutions sociales et médico-sociales, les organismes privés ou publics qui, à titre principal et de manière permanente, mènent avec le concours des travailleurs sociaux, d'équipes pluridisciplinaires, des actions à caractère social ou médico-social. Ce texte révélait cependant une volonté d'associer les usagers et le personnel au fonctionnement des établissements, par le biais de leur participation à certaines instances, et constituait une première mesure législative sensibilisant l'opinion publique sur la nécessité de mener une action nationale pour l'intégration des personnes en situation de handicap dans notre société.

Son article 46 disposait : « *la création d'établissements ou de services d'accueil et de soins destinés à recevoir les personnes handicapées adultes n'ayant pas pu acquérir un minimum d'autonomie et dont l'état nécessite une surveillance médicale et des soins constants* ».

Le décret du 26 décembre 1978 et la circulaire 62 AS du 28 décembre 1978 déterminent plus spécifiquement le cadre d'intervention des Maisons d'Accueil Spécialisées tant dans la population concernée que dans le mode d'organisation.

La circulaire 62 AS laisse apparaître la prise en compte des personnes accueillies : « *l'analyse des besoins et les projets de créations (...) devront impérativement être connus au regard des catégories de personnes pour lesquelles les maisons d'accueil spécialisées sont prévues* » et précise en outre que « *les maisons d'accueil spécialisées doivent être des lieux d'accueil ouverts, le plus proche possible des familles et de la vie sociale* ».

2. Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

La loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 qui régit aujourd'hui les établissements sociaux et médico-sociaux, à travers l'article L312-1 du code de l'action sociale et des familles, réaffirme ce principe avec force et place le droit de la personne prise en charge au centre du dispositif, en lui assurant :

- *« le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité et de sa sécurité ;*
- *(...) le libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes ; (...) une prise en charge et un accompagnement individualisé ;*
- *(...) la confidentialité des informations la concernant mais son « accès » à toute information concernant sa prise en charge ;*
- *(...) une information sur les droits fondamentaux, les protections légales particulières et contractuelles ainsi que les voies de recours ;*
- *(...) la participation directe ou à l'aide de son représentant légal à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne ».*

Pour garantir ses droits, et améliorer le service rendu, différents outils sont prévus par le législateur :

- le livret d'accueil ;
- la charte des droits et libertés de la personne accueillie ;
- le contrat de séjour ou document de prise en charge ;
- le recours à une personne qualifiée en cas de conflit ;
- le conseil de la vie sociale ;
- le projet d'établissement ou de service.

L'utilisateur est ainsi mis au cœur de ce dispositif de rénovation médico-sociale.

3. Loi 2005-102 du 11 février 2005, dite loi pour l'égalité des droits et des chances

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

Elle modifie profondément le dispositif d'intervention médico-sociale et la place des établissements. Elle reconnaît et met en place le droit à compensation et prévoit que chaque

personne bénéficiera d'un plan individualisé de compensation du handicap élaboré à partir de son projet de vie.

Elle vient réformer l'esprit et les modalités de la loi du 30 juin 1975 selon deux principes :

- Celui d'inclusion et de non-discrimination qui présuppose la pleine appartenance de la personne à la société alors que la loi de 1975 mettait l'accent sur l'intégration
- Celui de la compensation du handicap facilitant sa participation à la vie sociale et citoyenne.

La nouvelle législation organise la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Les dispositifs de droits communs sont complétés par des dispositifs spécifiques permettant une réelle égalité de traitement.

4. Décret du 20 mars 2009 relatif aux obligations des établissements et services accueillant ou accompagnant des personnes handicapées adultes n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie

Le décret 2009-322 du 20 mars 2009 précise les conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement communes aux MAS, aux FAM et aux SAMSAH et les intègre dans le code de l'action sociale et des familles aux articles D344-5-1 et suivants.

Ses modalités précisent notamment :

- Les publics accueillis ainsi que leurs besoins à satisfaire ;
- Les missions des établissements et objectifs de prise en charge ;
- Le contenu du contrat de séjour ;
- Le contenu du projet d'établissement ;
- La mise en œuvre d'un dispositif d'urgence médicale ;
- La création d'un dossier de la personne accueillie transmissible aux établissements de santé ou organismes de vacances
- La composition et le fonctionnement de l'équipe pluridisciplinaire

Plus précisément, sur les objectifs poursuivis par les MAS, le décret dispose que ces structures :

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

5. Loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires dite loi HPST

La loi dite HPST dresse un nouveau contexte pour le secteur médico-social, avec la création des agences régionales de santé et la définition d'un schéma régional d'organisation médico-sociale.

Les premiers plans, mis en place à compter de juin 2011, font apparaître en priorité l'amélioration de la fluidité des parcours, la qualité et l'efficacité des prises en charge et l'adaptation et l'évolution de l'offre médico-sociale.

B) Orientations nationales

1. Stratégie nationale de santé 2018-2022

Officiellement adoptée fin décembre 2017, la stratégie nationale de santé 2018-2022 constitue le cadre de la politique de santé en France. Elle se fonde sur l'analyse de l'état de santé de la population effectuée par le Haut Conseil de la santé publique.

Certains champs de cette stratégie intéressent le volet médico-social :

- La promotion des comportements favorables à la santé dans l'ensemble des milieux de vie, que ce soit la promotion d'une alimentation saine et d'une activité physique régulière, la question de la santé sexuelle ou la problématique de la perte d'autonomie des personnes âgées ;
- L'accompagnement du recours aux services de santé des personnes vulnérables ou qui en sont éloignées ;
- L'accès aux soins sur l'ensemble du territoire, par le renforcement de la présence médicale ou la généralisation de l'usage du numérique, notamment avec des postes partagés entre sanitaire et médico-social ;
- La structuration de l'offre pour concilier proximité et accessibilité des plateaux techniques et expertises de recours ;
- L'amélioration de l'accès aux soins des personnes handicapées et des prises en charge au plus près des lieux de vie ;
- La transformation de l'offre de santé des territoires à travers l'amélioration de la continuité des parcours de santé et l'augmentation de la transversalité des parcours entre acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux ;
- Le développement d'une culture de la qualité et de la pertinence, notamment par l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins en associant les usagers, en confortant l'expertise et la qualité au bénéfice des établissements et services médico-sociaux ;
- Le soutien à la recherche et à l'innovation ;
- Et la réaffirmation de la place des usagers dans le système de santé.

2. Stratégie pour l'autisme au sein des troubles neuro-développement (TND) 2018-2022

Présentée le 6 avril 2018, la stratégie pour l'autisme au sein des troubles du neuro-développement vise à prendre en compte l'ensemble du parcours de vie des personnes, de la toute petite enfance à l'âge adulte. Les résidents de la MAS présentent d'une façon significative des troubles du spectre de l'autisme.

L'instruction interministérielle du 25 février 2019 relative à la mise en œuvre de cette stratégie retient notamment en actions, en ce qui concerne le champ du médico-social :

- Le meilleur accès aux soins somatiques ;
- Le développement des prises en charges sanitaires ambulatoires, y compris intensives au domicile du patient, incluant les établissements et services médico-sociaux ;
- La création de 1090 places dans la période 2018-2022 ;
- Et l'identification d'une plateforme de répit par département.

3. Feuille de route Santé mentale et psychiatrie

Lancée le 28 juin 2018, la feuille de route de la santé mentale et de la psychiatrie décline les objectifs de la stratégie nationale de santé, notamment sur l'amélioration des parcours des soins et des conditions de vie des personnes en situation de handicap psychique.

Le champ du médico-social bénéficie de mesures, certaines lui étant spécifiques :

- Le développement d'actions de prévention de la souffrance psychique au travail ciblant prioritairement les professionnels en établissements médico-sociaux (entre autres) ;
- La promotion de la santé mentale 3.0 avec la transformation numérique du système de santé (technologies de simulation numérique appliquées à la formation, applications et objets connectés pour aider à promouvoir un état de bien-être, aider à la lutte contre l'anxiété, etc.) ;
- La mise en place de parcours de santé mentale fondés sur une articulation territoriale entre les secteurs sanitaire, social et médicosocial définie dans le cadre des projets territoriaux de santé mentale (PTSM) ;

- Le développement des prises en charges sanitaires ambulatoires, y compris intensives au domicile du patient, incluant les établissements et services médico-sociaux (issu de la stratégie nationale pour l'autisme) ;
- La mobilisation des ressources en télémédecine ;
- La meilleure prise en charge de la santé somatique des personnes vivant avec des troubles psychiques ;
- La poursuite de l'amélioration des connaissances et des pratiques professionnelles, ainsi que le développement de l'interconnaissance entre les acteurs ;
- Et l'amélioration de l'accompagnement médico-social des personnes ayant des troubles psychiques sévères et persistants en situation de ruptures de parcours ou de non-recours.

4. Stratégie « Ma Santé 2022 »

Annoncée en septembre 2018 par le Président de la République, la stratégie Ma santé 2022 propose une vision d'ensemble et des réponses globales aux défis auxquels est confronté le système de santé français.

Ma Santé 2022 propose de créer dans chaque territoire un véritable projet de soins qui associe tous les professionnels de santé, hospitaliers, ambulatoires et médico-sociaux. Médecins, pharmaciens, infirmiers, kinésithérapeutes, etc. doivent rassembler leurs compétences et leurs moyens, et les mettre au service de la santé des patients de leur territoire.

Parmi les mesures portées par cette stratégie nationale figurent la création de collectif de soins (qui sera conduite par les communautés professionnelles territoriales de santé), le développement d'une offre hospitalière de proximité, ouverte sur la ville et le secteur médicosocial ainsi que des mesures de fluidification des parcours portées par l'ouverture pour chaque usager d'un espace numérique de santé.

C) Orientations régionales

Dans ce cadre, le plan régional de santé 2018-2022 élaboré par l'Agence Régionale de Santé Ile-de-France qui préfigure le futur schéma régional d'organisation sociale et médico-sociale constate un sous-équipement persistant de la région (taux d'équipement global de 4,15°/°° contre 5.16 °/°° pour la France entière, avec un écart de 0.32 points sur le champ du handicap adulte). En réponse, elle dresse une stratégie d'inclusion des personnes handicapées et de transformation des pratiques de tous les acteurs du handicap pour

construire des solutions d'accompagnement des personnes avec handicap, en structure médicosociale ou à leur domicile.

Un certain nombre d'objectifs inscrits dans la stratégie pour la santé et l'autonomie des personnes handicapées peuvent concerner la MAS, et notamment :

- Faire en sorte que chaque personne handicapée puisse bénéficier d'une prise en charge adaptée à ses besoins et à ses souhaits ;
- Favoriser l'accès aux soins des personnes en situation de handicap, notamment par le biais de la télémédecine ou par l'intervention de réseaux de soins palliatifs en établissements médico-sociaux ;
- Améliorer la réponse qualitative en termes d'accompagnement en développant un recours en termes de prise en charge de l'urgence et de la crise pour les personnes avec autisme et en constituant une complémentarité entre les établissements médico-sociaux dans l'accompagnement de ces mêmes publics ;
- Développer des modalités organisationnelles innovantes de prise en charge et du parcours.

D) Orientations départementales

Instauré par la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016, le projet territorial de santé mentale (PTSM) a pour objet l'amélioration continue de l'accès des personnes concernées à des parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans rupture constitue le fondement de la nouvelle politique territoriale de santé mentale. Son élaboration rassemble les acteurs agissant dans la prévention, le diagnostic, les soins, la réadaptation et la réinsertion sociale, c'est-à-dire les établissements de santé autorisés en psychiatrie, les médecins libéraux, les psychologues, l'ensemble des acteurs de la prévention, du logement, de l'hébergement et de l'insertion.

S'appropriant les orientations nationales et régionales, le PTSM décline des actions prioritaires ou stratégiques sur chaque département correspondant à son propre diagnostic territorial.

1. Diagnostic

Le PTSM 2019-2024 de l'Essonne relève ainsi que l'inégalité territoriale du département de l'Essonne se traduit par une démographie des professionnels de santé (psychiatres, médecins généralistes, ...) défavorable pour l'accès à la prise en charge en matière de santé mentale. Le taux de recours brut aux soins psychiatriques de l'Essonne est en effet inférieur de 24 % par rapport à la moyenne régionale selon les données 2016 de l'ARS Ile-de-France.

Dans un contexte de démographie des médecins particulièrement fragile, l'offre ambulatoire vise en premier lieu à maintenir une offre de soins de ville disponible et adaptée aux besoins de la population de l'Essonne. De plus, le département de l'Essonne présente des inégalités en matière de répartition de l'offre de soins sur le territoire. Outre pour les médecins généralistes, la densité essonnienne est inférieure pour les pédiatres, les gynécologues, les ophtalmologistes, les psychiatres, les dentistes, les kinésithérapeutes, les orthophonistes. La densité de médecins spécialistes en Essonne est même inférieure à la moyenne nationale.

Plus spécifiquement sur les médecins généralistes, en 2018, celle-ci a présenté une densité inférieure de 15% à la moyenne régionale pour les médecins généralistes de l'Essonne, alors que la densité régionale en médecins généralistes libéraux installés en Île-de-France est elle-même très inférieure à la densité nationale (l'Île-de-France étant au 2e rang des régions de France les plus sous-dotées en 2014). La densité essonnienne de médecins généralistes libéraux est inférieure de 29% à la moyenne nationale, ce qui est très préjudiciable à l'accès aux soins. De plus, les départs en retraite des médecins généralistes en Essonne seront plus nombreux qu'en France (30 % ont 60 ans et plus, contre 28 % au niveau national 24). Enfin, la densité des médecins généralistes salariés en établissement ne compense pas cette situation, leur densité étant elle aussi inférieure à la densité régionale et nationale. Le département de l'Essonne a identifié que tout le sud est en situation critique, voire très critique, pour l'accès à un médecin généraliste. Pour autant, la médecine de ville en Essonne est un secteur dynamique grâce à la mobilisation des acteurs de santé et des collectivités territoriales. On constate la création de nombreuses maisons de santé pluri-professionnelles, un dispositif de permanence des soins ambulatoires déployé sur tout le département, une permanence des soins dentaires et un développement de la coordination des parcours (réseaux de santé, projet de communauté professionnelle territoriale de santé, projet innovant de mise en relation de professionnels de santé porté par des acteurs de ville). La coordination des soins entre les différents secteurs du soin doit se poursuivre et se développer pour fluidifier les parcours de santé et optimiser le temps soignant.

L'offre médico-sociale du département de l'Essonne répond à l'accompagnement ou la prise en charge d'enfants ou d'adultes handicapés souffrant d'un handicap psychique. Elle est globalement satisfaisante en comparaison avec l'offre de l'Île-de-France mais contrastée. L'offre régionale en la matière est elle-même sous dotée par rapport à l'offre nationale. Pour les adultes, le taux d'équipement est supérieur aux taux d'équipement de la région notamment pour les Maisons d'accueil spécialisées.

2. Orientations

Sur ce diagnostic, le PTSM dresse une liste d'orientations stratégiques déclinée en des objectifs opérationnels précis. Certains concernent la MAS « Le Ponant », notamment concernant l'orientation « *Parcours de vie et les soins sans rupture* » :

- Développer l'innovation, les projets porteurs et attractifs pour les professionnels ;
- Sensibiliser et former les acteurs pour décroisonner et favoriser les convergences, notamment en élaborant un plan de formation partagé entre les acteurs et en créant une instance départementale transversale pour le coordonner ;
- Favoriser la coordination, l'échange et la communication entre les acteurs, en améliorant la lisibilité de l'offre, mettant en place des gestionnaires de cas pour une coordination autour de situations complexes ou en favorisant le déploiement d'outils numériques de coordination et en veillant à leur interopérabilité ;
- Prévenir les prises en charge inadéquates en développant des structures adaptées ;
- Et agir pour la mise en œuvre d'actions prenant en compte la vie sentimentale et sexuelle pour les personnes avec troubles psychiques et handicaps.

E) Projet d'établissement ou de service

1. Définition et repères

Le projet d'établissement ou de service est un des sept outils obligatoires inscrits dans la loi du 2 janvier 2002 visant à promouvoir les droits des usagers.

Il s'agit, selon l'article L 311-8 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF) d'un document pour une structure *« qui [en] définit ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement. Ce projet est établi pour une durée maximale de 5 ans après consultation du Conseil de la vie sociale ou, le cas échéant, après mise en œuvre d'une autre forme de participation »*.

L'article D344-5-5 du CASF, issu du décret du 20 mars 2009, apporte des précisions sur son contenu. Le projet d'établissement ou de service :

- *« Précise les objectifs et les moyens mis en œuvre pour assurer collectivement la qualité d'accueil ou d'accompagnement ;*
- *Détaille les caractéristiques générales des accompagnements et prestations mis en œuvre par l'établissement ou le service qui constituent le cadre de référence des actions de soutien médico-social et éducatif prévues par le contrat de séjour visé à l'article D. 344-5-4 ;*

- *Précise les modalités de la mise en place et les missions d'un référent pour chaque personne accompagnée chargé notamment de favoriser la cohérence et la continuité de l'accompagnement ;*
- *Détaille la composition de l'équipe pluridisciplinaire et précise les modalités de coordination des différents professionnels entre eux et avec les partenaires extérieurs ;*
- *Sous la responsabilité d'un médecin, organise la coordination des soins au sein de l'établissement ou du service et avec les praticiens extérieurs. Le représentant légal ou la famille y est associé dans le respect des dispositions du code civil et du code de la santé publique relatives aux majeurs protégés ;*
- *Formalise les procédures relatives à l'amélioration de la qualité de fonctionnement de l'établissement ou du service et des prestations qui sont délivrées ;*
- *Précise le contenu de la collaboration de l'établissement ou du service avec d'autres partenaires, notamment lorsque la personne est accompagnée par plusieurs structures. Cette collaboration est formalisée et peut donner lieu à la conclusion d'une convention ou s'inscrire dans l'une des autres formules de coopération mentionnées à l'article L. 312-7 ;*
- *Prévoit les modalités de transmission aux structures d'accompagnement de toute information sur les mesures permettant la continuité et la cohérence de l'accompagnement lorsque la personne est réorientée ;*
- *Prévoit les modalités d'élaboration d'accès et de transmission des documents mentionnés à l'article D. 344-5-8. »*

Ainsi défini, le projet d'établissement ou de service est à la fois un document de référence au service du droit des usagers et de la qualité, mais aussi un outil managérial et un outil de perspective.

2. Modalités d'élaboration du projet d'établissement de la Maison d'Accueil Spécialisée

La MAS Le Ponant a souhaité faire de l'élaboration de ce projet d'établissement une démarche participative, associant l'ensemble des personnels de la structure, les usagers et leurs représentants.

L'élaboration du projet d'établissement a été conduite sous la vigilance du conseil de direction de la MAS, composée du directeur de la MAS, du médecin coordinateur de la MAS, de la cadre supérieure de la MAS et des cadres de la MAS ainsi que de la coordinatrice

générale des soins de l'établissement et du responsable qualité et gestion des risques de l'établissement.

Les axes de travail ont été sélectionnés sur la base :

- Du projet d'établissement de l'EPS Barthélemy Durand 2017-2022 ;
- Du rapport d'évaluation externe de la MAS « Le Ponant » du 3 février 2017 ;
- D'innovations ou d'évolutions portées par les équipes ;
- De suggestions des familles d'utilisateurs.

Cinq groupes thématiques ont été définis :

- Le projet éducatif ;
- L'organisation des soins ;
- La prise en charge de la fin de vie et la vie sexuelle et affective ;
- Le partenariat ;
- La qualité gestion des risques.

Après échange avec le comité de vie sociale, un sixième axe a été entrepris, celui du lien avec les familles et les aidants.

Les groupes de travail ont été animés principalement par l'équipe d'encadrement. Ils ont convié, en tout, une soixantaine de personnes.

L'obtention d'une autorisation de l'ARS, le 16 octobre 2018, en fin de cycle d'élaboration a conduit à intégrer de nouveaux éléments au projet d'établissement (unité répit d'accueil et de transition).

Le Conseil de vie sociale a été tenu informé de l'évolution des travaux du projet d'établissement et a pu la discuter et le valider le 11 décembre 2019.

II- PRESENTATION DE LA MAISON D'ACCUEIL SPECIALISE « LE PONANT »

A) Etablissement Public de Santé Barthélemy Durand

L'établissement public de santé Barthélemy Durand a été inauguré le 1^{er} octobre 1966. Il s'agit d'un établissement de référence en santé mentale, qui couvre 158 communes, 1500 km² et 84% de l'Essonne pour sa prise en charge sectorielle.

Avec 705 lits et places, une vingtaine de dispositifs départementaux et régionaux, il prodigue une offre de soins diversifiée à une population de 800 000 à 1,3 millions d'habitants. Il a achevé fin 2013 une mutation d'importance, témoignant de sa volonté de s'adapter aux attentes des usagers, en implantant la moitié de ses lits sur un site neuf à Sainte-Geneviève-des-Bois, au plus près des secteurs desservis, complétant son offre de recours implantée dans cette ville depuis 1974. A côté de ses trois sites d'hospitalisation (Sainte-Geneviève-des-Bois, Longjumeau, Etampes), la prise en charge est ambulatoire à 80% avec 70 points d'accès dans l'Essonne (consultations, hôpitaux de jour...).

Avec 1500 professionnels, 80 métiers (médecins, infirmiers, psychologues, orthophonistes, assistantes maternelles...) et un patient partenaire du processus de soins, l'EPS s'adresse à tous les âges de la vie : prévention des hospitalisations des personnes âgées (équipe mobile de psychiatrie du sujet âgé), périnatalité, parentalité, pédopsychiatrie, détection précoce chez les adolescents, thérapie familiale.

Il est actif dans la prévention du suicide, propose de la méditation pleine conscience, de l'acupuncture et prend en charge les psychotraumatismes et le burn-out. Il est acteur de la formation initiale (infirmiers, aides-soignants) et continue des professionnels, actif dans les pédagogies innovantes (simulation en santé, serious games, réalité virtuelle...) et a obtenu un prix national de l'innovation en ressources humaines en 2018.

L'EPS Barthélemy Durand se mobilise et innove pour des soins de qualité répondant aux enjeux de demain et aux besoins de la population de l'Essonne. Il veille à fluidifier le parcours des patients, en lien avec la médecine de ville, l'Education nationale, les collectivités, les associations, le médico-social et le social... Il s'investit pour la prévention et la prise en charge précoce et participe aux avancées de la recherche par l'exploration de nouveaux horizons (neuroscience, microbiote intestinal, génétique...).

B) Historique de la Maison d'Accueil Spécialisée

1. Création de la MAS

Présent sur 84% du département, l'EPS Barthélemy Durand a souhaité rapprocher l'offre d'hospitalisation des patients des secteurs nord de leur lieu d'habitation, afin de faciliter la fluidité des parcours, d'améliorer la continuité de prise en charge et de faciliter les liens avec les familles et les aidants en réduisant les temps de transport, conformément aux orientations régionales (Schéma Régional d'Orientation Sanitaire)

La réflexion sur les capacités de ce nouveau site d'hospitalisation (Barthélemy Durand-sur-Orge) et sur l'offre de soins a mis en évidence que certains patients hospitalisés dans l'établissement nécessitaient un accueil dans une structure spécifique. En effet ces patients ne relevaient plus d'une hospitalisation et ne pouvaient y dérouler un projet de vie d'autonomisation. Mais, du fait de la lourdeur de leur handicap, ils ne trouvaient pas non plus de structure de vie apte à les accueillir.

Dès lors, cette situation a conduit à la création d'une structure médicosociale qui, appuyée par une expérience locale antérieure, s'appuierait sur la compétence des équipes de l'EPS Barthélemy Durand, sur leur connaissance du public accueilli, et qui permettrait aux résidents de jouir d'un lieu de vie stimulant, agréable et de qualité.

Le projet d'établissement 2007-2011 de l'EPS Barthélemy Durand fixait donc en axe stratégique la création de la MAS « Le Ponant » adossée à l'établissement de santé.

Le capacitaire imaginé pour la MAS « Le Ponant » en 2009 était de 60 places.

Il s'agissait d'offrir aux occupants un lieu de vie adapté et pour chacun un espace à vivre individualisé, ainsi que différents lieux favorisant la vie sociale. L'objectif était de contribuer au bien-être et à l'épanouissement des personnes accueillies notamment en privilégiant la communication verbale ou non, les échanges entre les résidents et avec l'extérieur (liaisons avec les familles, intégration à la vie sociale et culturelle de la cité), dans le strict respect de la dignité et de l'intimité de chacun.

Après autorisation de l'Agence Régionale de Santé¹, la MAS a ouvert ses portes le 2 septembre 2013 pour 60 places (57 places d'hébergement permanent, 3 places d'hébergement temporaire).

¹ Arrêtés du 3 février 2010, 22 juillet 2010 et 27 juillet 2012



Figure 2 : Entrée de la MAS

2. Projet d'unité de répit d'accueil et de transition

Le 23 août 2017, l'Agence régionale de Santé Ile-de-France a émis un avis d'appel à candidature pour la création d'unités renforcées d'accueil et de transition pour personnes présentant des situations complexes de troubles du spectre autistique.

Il s'agissait de créer, à titre expérimental, par extension non importante de structure médicosociale, trois unités :

- Une unité de 5 places d'internat pour adolescents et jeunes adultes, à vocation régionale ;
- Une unité de 5 places pour adultes intervenant sur le secteur de Paris et Haut-de-Seine ;
- Une unité de 6 places pour adultes intervenant dans les départements des Yvelines, de l'Essonne et du Val-d'Oise.

Destinées à accueillir des personnes présentant des situations particulièrement complexes de troubles du spectre de l'autisme (TSA), ces structures accueillent des personnes avec TSA orientées par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDPAH) en raison de comportements-problèmes majeurs associés à des troubles ne permettant pas leur maintien au domicile ou dans la structure initiale. Ces unités interviennent soit dans l'attente de l'admission à l'unité d'accueil temporaire d'urgence (USIDATU) du Centre Hospitalier de la Pitié Salpêtrière, soit en sortie de cette unité.

Leurs objectifs sont de :

- Répondre à des situations de crise ;
- Analyser les comportements problèmes de la personne accueillie, mettre en œuvre des réponses adaptées, proposer et l'accompagner vers un projet de vie ;
- Soutenir les aidants familiaux ;
- Accompagner les équipes des établissements médico-sociaux rencontrant des difficultés dans la prise en charge d'adolescents et de jeunes adultes du fait de troubles du comportement majeurs ;
- Assurer le lien avec les partenaires extérieurs en vue de rechercher une cause somatique aux troubles du comportement.

L'expérience forte de la MAS Le Ponant quant à l'accueil, la prise en charge et l'accompagnement très personnalisé, l'expertise sur la détection des douleurs dans les comportements problèmes de certains services de l'établissement (Centre Régional Douleur et Soins Somatiques en Santé Mentale, Autisme, Polyhandicap et Handicap génétique rare) et le fort engagement de l'EPS Barthélemy Durand dans la prise en charge des publics avec TSA ont amené à candidater à ce projet (unité de 6 places adultes pour les Yvelines, Essonne et Val d'Oise).

Le 16 octobre 2018, l'Agence Régionale de Santé a autorisé l'ouverture de cette unité à la MAS Le Ponant. Celle-ci doit être opérationnelle sous quatre années.



Figure 3 : Représentation graphique de la future unité de répit d'accueil et de transition

III- VALEURS ET PRINCIPES D'ACTION, DROITS DES RESIDENTS ET BIENTRAITANCE

A) Droits des résidents

La MAS Le Ponant respecte les droits des résidents tels qu'énoncés dans la charte des droits et libertés de la personne accueillie parue dans l'arrêté du 8 septembre 2003 et mentionnée à l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles.



Figure 4 : Activité à la MAS dans la salle polyvalente

1. Principe de non-discrimination

« Dans le respect des conditions particulières de prise en charge et d'accompagnement, prévues par la loi, nul ne peut faire l'objet d'une discrimination à raison de son origine, notamment ethnique ou sociale, de son apparence physique, de ses caractéristiques génétiques, de son orientation sexuelle, de son handicap, de son âge, de ses opinions et convictions, notamment politiques ou religieuses, lors d'une prise en charge ou d'un accompagnement, social ou médico-social. »

2. Droit à une prise en charge ou à un accompagnement adapté

« La personne doit se voir proposer une prise en charge ou un accompagnement, individualisé et le plus adapté possible à ses besoins, dans la continuité des interventions. »

3. Droit à l'information

« La personne bénéficiaire de prestations ou de services a droit à une information claire, compréhensible et adaptée sur la prise en charge et l'accompagnement demandés ou dont elle bénéficie ainsi que sur ses droits et sur l'organisation et le fonctionnement de l'établissement, du service ou de la forme de prise en charge ou d'accompagnement. »

La personne doit également être informée sur les associations d'usagers œuvrant dans le même domaine.

La personne a accès aux informations la concernant dans les conditions prévues par la loi ou la réglementation. La communication de ces informations ou documents par les personnes habilitées à les communiquer en vertu de la loi s'effectue avec un accompagnement adapté de nature psychologique, médicale, thérapeutique ou socio-éducative. »

4. Principe du libre choix, du consentement éclairé et de la participation de la personne

« Dans le respect des dispositions légales, des décisions de justice ou des mesures de protection judiciaire ainsi que des décisions d'orientation :

1° La personne dispose du libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes soit dans le cadre d'un service à son domicile, soit dans le cadre de son admission dans un établissement ou service, soit dans le cadre de tout mode d'accompagnement ou de prise en charge ;

2° Le consentement éclairé de la personne doit être recherché en l'informant, par tous les moyens adaptés à sa situation, des conditions et conséquences de la prise en charge et de l'accompagnement et en veillant à sa compréhension.

3° Le droit à la participation directe, ou avec l'aide de son représentant légal, à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne lui est garanti. Lorsque l'expression par la personne d'un choix ou d'un consentement éclairé n'est pas possible en raison de son jeune âge, ce choix ou ce consentement est exercé par la famille ou le représentant légal auprès de l'établissement, du service ou dans le cadre des autres formes de prise en charge et d'accompagnement. Ce choix ou ce consentement est également effectué par le représentant légal lorsque l'état de la personne ne lui permet pas de l'exercer directement. Pour ce qui concerne les prestations de soins délivrées par les

établissements ou services médico-sociaux, la personne bénéficie des conditions d'expression et de représentation qui figurent au code de la santé publique.

La personne peut être accompagnée de la personne de son choix lors des démarches nécessitées par la prise en charge ou l'accompagnement. »

5. Droit à la renonciation

« La personne peut à tout moment renoncer par écrit aux prestations dont elle bénéficie ou en demander le changement dans les conditions de capacités, d'écoute et d'expression ainsi que de communication prévues par la présente charte, dans le respect des décisions de justice ou mesures de protection judiciaire, des décisions d'orientation et des procédures de révision existantes en ces domaines. »

6. Droit au respect des liens familiaux

« La prise en charge ou l'accompagnement doit favoriser le maintien des liens familiaux et tendre à éviter la séparation des familles ou des fratries prises en charge, dans le respect des souhaits de la personne, de la nature de la prestation dont elle bénéficie et des décisions de justice. En particulier, les établissements et les services assurant l'accueil et la prise en charge ou l'accompagnement des mineurs, des jeunes majeurs ou des personnes et familles en difficultés ou en situation de détresse prennent, en relation avec les autorités publiques compétentes et les autres intervenants, toute mesure utile à cette fin.

Dans le respect du projet d'accueil et d'accompagnement individualisé et du souhait de la personne, la participation de la famille aux activités de la vie quotidienne est favorisée. »

7. Droit à la protection

« Il est garanti à la personne comme à ses représentants légaux et à sa famille, par l'ensemble des personnels ou personnes réalisant une prise en charge ou un accompagnement, le respect de la confidentialité des informations la concernant dans le cadre des lois existantes.

Il lui est également garanti le droit à la protection, le droit à la sécurité, y compris sanitaire et alimentaire, le droit à la santé et aux soins, le droit à un suivi médical adapté. »

8. Droit à l'autonomie

« Dans les limites définies dans le cadre de la réalisation de sa prise en charge ou de son accompagnement et sous réserve des décisions de justice, des obligations contractuelles ou liées à la prestation dont elle bénéficie et des mesures de tutelle ou de curatelle renforcée, il est garanti à la personne la possibilité de circuler librement. A cet égard, les relations avec la société, les visites dans l'institution, à l'extérieur de celle-ci, sont favorisées. Dans les mêmes

limites et sous les mêmes réserves, la personne résidente peut, pendant la durée de son séjour, conserver des biens, effets et objets personnels et, lorsqu'elle est majeure, disposer de son patrimoine et de ses revenus. »

9. Principe de prévention et de soutien

« Les conséquences affectives et sociales qui peuvent résulter de la prise en charge ou de l'accompagnement doivent être prises en considération. Il doit en être tenu compte dans les objectifs individuels de prise en charge et d'accompagnement. »

Le rôle des familles, des représentants légaux ou des proches qui entourent de leurs soins la personne accueillie doit être facilité avec son accord par l'institution, dans le respect du projet d'accueil et d'accompagnement individualisé et des décisions de justice.

Les moments de fin de vie doivent faire l'objet de soins, d'assistance et de soutien adaptés dans le respect des pratiques religieuses ou confessionnelles et convictions tant de la personne que de ses proches ou représentants. »

10. Droit à l'exercice des droits civiques attribués à la personne accueillie

« L'exercice effectif de la totalité des droits civiques attribués aux personnes accueillies et des libertés individuelles est facilité par l'institution, qui prend à cet effet toutes mesures utiles dans le respect, si nécessaire, des décisions de justice. »

11. Droit à la pratique religieuse

« Les conditions de la pratique religieuse, y compris la visite de représentants des différentes confessions, doivent être facilitées, sans que celles-ci puissent faire obstacle aux missions des établissements ou services. Les personnels et les bénéficiaires s'obligent à un respect mutuel des croyances, convictions et opinions. Ce droit à la pratique religieuse s'exerce dans le respect de la liberté d'autrui et sous réserve que son exercice ne trouble pas le fonctionnement normal des établissements et services. »

12. Respect de la dignité de la personne et de son intimité

« Le respect de la dignité et de l'intégrité de la personne est garanti. Hors la nécessité exclusive et objective de la réalisation de la prise en charge ou de l'accompagnement, le droit à l'intimité doit être préservé. »

B) Application volontaire de la charte Romain Jacob

La MAS le Ponant décline également la charte Romain Jacob de 2014, signée en Ile-de-France en 2017, en son sein pour améliorer les droits des résidents.

Celle-ci vise à :

- Valoriser l'image que la personne en situation de handicap perçoit d'elle-même,
- Valoriser l'accompagnement,
- Exprimer les besoins auprès des autorités compétentes,
- Intégrer la santé au parcours de vie des personnes en situation de handicap,
- Construire une culture professionnelle commune,
- Coordonner le parcours de santé,
- Organiser l'accès aux soins et à la prévention,
- Faciliter et développer l'accès aux soins ambulatoires,
- Prévenir et adapter l'hospitalisation avec ou sans hébergement,
- Améliorer la réponse aux urgences médicales,
- Faciliter le recours aux technologies de l'information et de la communication,
- Mettre en œuvre et évaluer la présente charte.

C) Valeurs

1. Valeurs de l'EPS Barthélemy Durand

L'action de la MAS Le Ponant vient en déclinaison des valeurs communes à l'ensemble de l'EPS Barthélemy Durand et rappelées dans le projet d'établissement.

Ainsi, pour garantir les valeurs et principes de Service public pour ses usagers et personnels, fils conducteur de l'évolution de l'offre de soins, quatre valeurs, piliers de l'établissement et présentes dans toutes les filières de l'hôpital, guident les actions de l'EPS Barthélemy Durand :

- La richesse professionnelle et le travailler ensemble
 - o Continuité, adaptabilité, égalité, accessibilité et dignité

- Une richesse pluriprofessionnelle des métiers de l'EPS Barthélemy Durand (management participatif, découloissements de filières, création d'une culture d'apprentissage, dialogue social) ;
 - Impulser et soutenir le management participatif, gage de motivation et de reconnaissance du travail, pluriprofessionnalité, dialogue social ;
 - Valoriser l'expression et la participation des patients et des familles.
- Le management durable et responsable
 - Favoriser le développement durable dans l'ensemble de ses acceptions, au niveau technique, mais aussi dans un mode de management à visage humain qui investit sur la durée ;
 - Travailler en confiance, en s'ouvrant sur autrui ;
 - Autres professions, autres établissements... ;
 - Encourager un management durable, à visage humain, qui investit sur la durée ;
 - Promotion professionnelle, politique de formation active, qualité de vie au travail, politique et action sociale, bientraitance... ;
 - L'équité et la transparence dans les prises de décision
 - L'innovation et l'esprit d'initiatives

L'action de la MAS Le Ponant s'inscrit également dans la déclinaison de la charte locale de développement durable qui transcrit les engagements suivants :

- Protéger l'environnement, contribuer à préserver les ressources naturelles et la biodiversité en réduisant notre impact carbone ;
- Responsabiliser les acteurs en favorisant des déplacements plus respectueux de l'environnement (covoiturage, véhicule électrique et vélo) ;
- Éliminer les substances nuisibles et inutiles pour l'environnement en valorisant nos déchets et en développant une politique « zéro phyto » ;
- Sensibiliser et responsabiliser personnels et patients au respect de l'environnement et à la préservation des ressources naturelles en réduisant les consommations d'énergie, d'eau et de fourniture ;

- Engager une démarche d'optimisation des dépenses et évaluer l'impact de l'activité de l'hôpital sur l'environnement ;
- Réduire les supports papier tout en assurant la traçabilité des informations ;
- Valoriser les savoir-faire de notre hôpital en matière d'écologie et mettre en place une politique institutionnelle éco-responsable privilégiant des partenaires engagés dans la démarche durable ;
- Encourager l'innovation, la recherche et le développement de solutions durables et environnementales ;
- Respecter l'humain dans son environnement en promouvant le sport, la santé et la nutrition des patients et des personnels.

2. Valeurs spécifiquement développées à la MAS Le Ponant

Le handicap des personnes accueillies fait qu'elles ne peuvent pas se suffire à elles-mêmes dans les actes essentiels de la vie. De ce fait, elles présentent une vulnérabilité qui doit être prise en compte individuellement. A cet effet, l'établissement s'engage à la mise en place de démarches favorisant l'identification de vulnérabilités (handicap physique et/ou psychologique, sensibilité à l'environnement, prise en charge collective, etc.) afin d'en prévenir les conséquences et de garantir la qualité de l'accompagnement. Cette démarche a pour but d'interroger en continu les pratiques professionnelles et la culture institutionnelle.

En ce sens, la dimension d'écoute des résidents et de leurs aidants et proches qui encourage l'expression de leurs attentes et de leurs envies, qu'elles soient latentes, explicites ou implicites, est soutenue par l'ensemble des personnels au cœur de toutes les activités. Elle participe tant à l'adaptation des projets de soins individualisés qu'au développement de moyens favorisant le bien-être et le confort des résidents.

L'articulation entre la dimension individuelle et collective favorise l'expression de valeurs communes de bienveillance, de tolérance et de respect. Ainsi, l'intégration des contraintes collectives (horaires, accessibilité, droits, devoirs) dans la vie quotidienne du résident fait l'objet d'une vigilance particulière dans le respect des équilibres et de la proportionnalité. Un management cohérent, construit sur des valeurs éthiques, vise au maintien de cette vigilance afin de garantir la prise en compte de l'individualité de chaque résident.

L'établissement affirme son engagement et son désir d'entreprendre toute démarche tendant à assurer la protection, le bien-être et l'intégration des personnes accueillies notamment en s'investissant dans une démarche qualité gestion des risques. Par conséquent, depuis l'ouverture de la MAS, le personnel et les représentants des usagers sont impliqués dans une dynamique transversale permettant d'identifier, d'analyser et de

proposer, si besoin, les mesures d'amélioration dans les domaines thérapeutiques, éducatifs, pédagogiques et logistiques.

IV- POPULATION ACCUEILLIE ET SES BESOINS

La MAS disposera en 2022, à l'ouverture de l'unité renforcée d'accueil et de transition, de 66 places qui se ventilent en :

- 45 places réservées à la population de l'EPS Barthélemy Durand
- 12 places pour des publics extérieurs à l'EPS Barthélemy Durand
- 3 places d'accueil temporaire
- 6 places d'unité répit

A) Caractéristique de l'accueil proposé

1. Accueil en temps plein

Ouverte tous les jours de l'année, 24 heures sur 24, la Maison d'Accueil Spécialisée dispose de 57 places d'accueil permanent réservées au département de l'Essonne, qui ont été réparties (en accord avec l'ARS) de la façon suivante : 45 places pour les 9 secteurs de psychiatrie adulte relevant de l'EPS Barthélemy Durand et 12 places pour les 7 autres secteurs du département, relevant du Groupe Hospitalier Nord Essonne et du Centre Hospitalier Sud Francilien.

Cette MAS a été créée en réponse au besoin d'un lieu de vie adapté pour des patients hospitalisés au long cours en service de psychiatrie, la plupart du temps en échec de prise en charge dans d'autres structures. Elle s'adresse aussi à des patients en fin de prise en charge en UAFT (unité d'accueil familial thérapeutique), le plus souvent au moment du départ en retraite des familles.

Le travail de réseau avec les secteurs permet une prise en charge rapide en centre médico-psychologique en cas de décompensation, afin d'éviter au maximum les hospitalisations. Ce partenariat facilite le maintien du lien avec les équipes du secteur, ce qui permet souvent d'anticiper les difficultés.

Missions :

- lieu d'hébergement adapté et attentif aux besoins de la personne ;
- fourniture de soins médicaux et paramédicaux ;

- aides à la vie courante et soins d'entretien nécessités par la situation des personnes accueillies ;
- activités de vie sociale, destinées à préserver et améliorer les acquis et prévenir les régressions de ces personnes ;
- travail pluri-professionnel centré sur un projet personnel individualisé avec maintien des acquis pour chaque résident ;
- travail sur les comportements-problèmes des personnes dyscommunicantes avec autisme (analyse et mise en œuvre de solutions adaptées) ;
- travail en lien avec les familles afin de les associer et les faire participer au projet de vie des résidents ;
- accompagnement jusqu'en fin de vie ;
- maintien du lien et du suivi avec les secteurs de psychiatrie d'origine.



Figure 5 : Une chambre de la MAS

2. Accueil temporaire

La Maison d'Accueil Spécialisée dispose de 3 places d'accueil temporaire en internat. Les séjours d'une durée de 90 jours par période de 12 mois et par personne (article D.312.10.5 du Code de l'Action Sociale et des Familles), sont modulables en fonction des besoins du résident et de sa famille. L'accueil temporaire permet de prévenir et de répondre dans des temps limités ou de « vacances » à l'épuisement de certaines familles, en particulier vieillissantes, qui parfois n'ont d'autres solutions que de souhaiter un « placement définitif ». Il sera possible alors de mettre en place avec ces familles un travail d'aide et de soutien, puis de réintégration de la personne au sein de la famille. Un suivi des questions posées par cette séparation devra être mis en œuvre.

Missions :

- un répit pour les aidants naturels ;
- un période d'essai, d'observation ;
- une réponse à l'urgence.

Dans ce cadre, le résident de la MAS bénéficie du même niveau de prise en charge que les résidents en temps plein (notamment en ce qui concerne l'hébergement, les soins, les aides à la vie courante et les activités de vie sociale).

En outre, cette structure pourra aussi répondre aux demandes d'accueil temporaire d'autres unités médico-sociales, qui peuvent avoir besoin d'espaces de rupture.

Sous les réserves des durées maximales de séjour rappelées en introduction, l'accueil se réalise toute l'année, 365 jours par an et 24 heures sur 24.

3. Unité répit (2021-2022)

La MAS comprendra en 2021-2022 l'unité renforcée d'accueil de transition de 6 places, pour adultes de plus de 18 ans présentant des situations particulièrement complexes de Troubles du Spectre Autistique (TSA). Il s'agit de l'une des trois structures de ce type en Ile-de-France. La MAS Le Ponant interviendra sur le secteur 2, en référence aux zones géographiques d'intervention des Unités Mobiles d'Intervention (UMI). Le secteur 2 correspond à la zone : Yvelines, Essonne, Val-d'Oise.

L'unité renforcée accueillera en priorité les personnes relevant de son secteur géographique de référence (à savoir le secteur 2) mais en cas de place vacante, pourra prendre en charge toute personne relevant des autres départements.

L'admission en unité renforcée d'accueil de transition fera l'objet d'une orientation par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH), siégeant à la MDPH de chaque département.

L'unité accueillera des personnes présentant des troubles du spectre de l'autisme ne permettant pas leur maintien au domicile ou dans la structure initiale d'accueil.

En effet les missions de l'URAT sont les suivantes :

- Répondre à des situations de crise, avec des admissions programmées mais rapides et des moyens humains et techniques adaptés ;
- Eliminer les éventuelles causes somatiques aux troubles du comportement en lien avec les partenaires internes comme le Centre Régional Douleur et Soins Somatiques en Santé Mentale, Autisme, Polyhandicap et Handicap génétique rare et extérieurs ;
- Analyser les comportements problèmes de la personne accueillie, développer et mettre en œuvre des réponses adaptées fondées sur l'évidence scientifique en promouvant notamment les approches éducatives, comportementales et développementales, proposer et accompagner vers un projet de vie ;
- Faire participer, mais également soutenir, former et accompagner les aidants familiaux comme les établissements médico-sociaux rencontrant des difficultés dans la prise en charge des jeunes adultes du fait de troubles du comportement majeurs.

Ces publics sont, notamment :

- soit en attente d'admission à l'Unité d'Accueil Temporaire d'Urgence (USIDATU) du Centre Hospitalier Universitaire de la Pitié Salpêtrière ;
- soit en sortie de l'USIDATU ;
- après examen des situations par la Commission en charge de la gestion des situations critiques, ou équivalent et s'inscrivant dans les dispositions de l'article 89 de la loi Santé.

Cet accueil sera transitoire (3 mois renouvelable une fois pour le premier cas, 6 mois renouvelable une fois 3 mois pour le deuxième cas), s'agissant de situation de crise pour lequel l'expertise de la MAS sera sollicitée pour créer du lien entre domicile ou la structure médicosociale d'origine et l'USIDATU, ou pour recréer du lien en sortie d'USIDATU vers le domicile, la structure médicosociale d'origine ou une nouvelle structure médicosociale.

L'unité renforcée fonctionnera toute l'année, 365 jours par an et 24 heures sur 24.

B) Caractéristiques du public accueilli (hors unité répit)

1. Handicaps

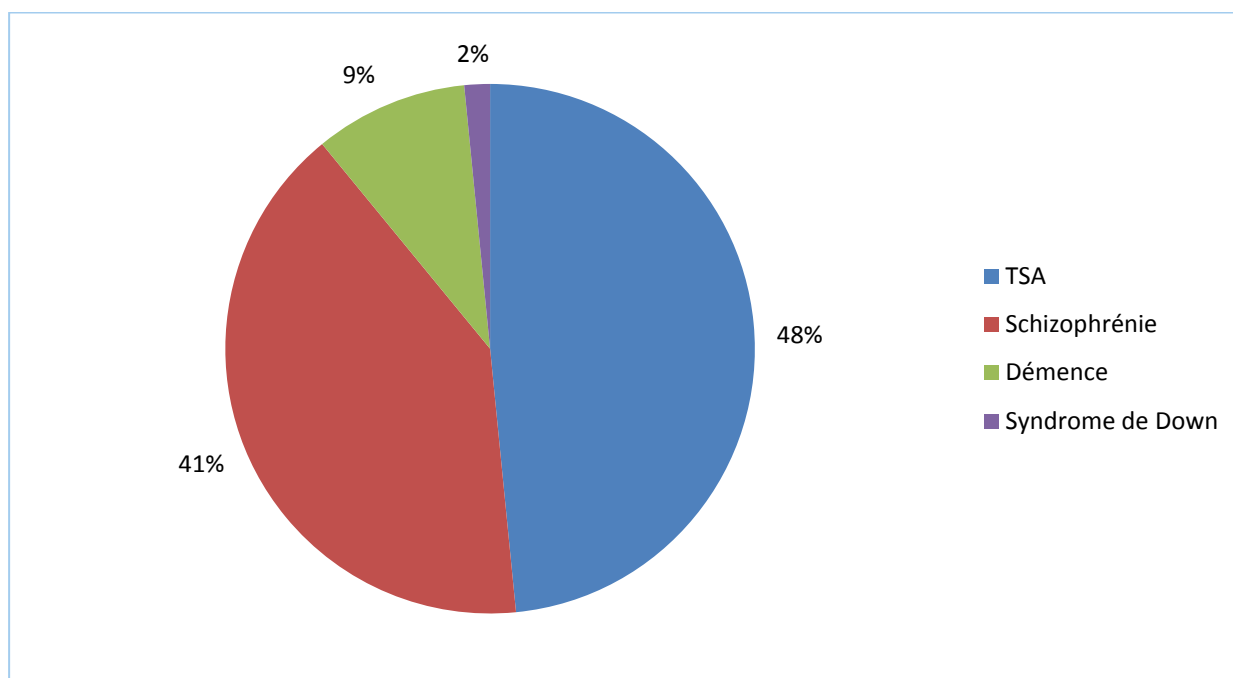


Figure 6 : Répartition des diagnostics principaux associés aux résidents en 2018 (temps complet, temps partiel)

a. Psychoses chroniques

Les psychoses chroniques comprennent les troubles schizophréniques et les délires chroniques non schizophréniques. Ce sont des troubles mentaux caractérisés par une altération du « sens de la réalité » se traduisant par un délire, des troubles du jugement et parfois une désorganisation de la pensée.

Ce sont des pathologies acquises qui se développent le plus souvent à partir de l'adolescence mais parfois plus tard.

Leur expression symptomatique est polymorphe mais concerne essentiellement un trouble grave de la personnalité.

Les psychoses schizophréniques sont caractérisées par un délire paranoïde, une désorganisation intrapsychique et une évolution déficitaire vers un repli autistique.

Les psychoses chroniques non schizophréniques ne présentent pas de syndrome dissociatif ni d'évolution déficitaire ; souvent à début tardif, elles sont caractérisées par une activité délirante chronique. On peut identifier la paranoïa, la psychose hallucinatoire chronique et la paraphrénie.

Les personnes présentant ces psychoses chroniques sont en majorité capables de vivre dans la cité. Mais parfois, les symptômes sont tellement invalidants qu'ils sont incapables de vivre seuls ou même dans leur famille. Ils relèvent alors d'une structure de vie adaptée car leurs troubles du comportement ou des conduites peuvent induire le rejet d'autrui.

b. Troubles du spectre de l'autisme

Les caractéristiques de l'autisme varient énormément d'une personne à l'autre et couvrent un large spectre. La classification et le diagnostic de l'autisme sont par ailleurs en constante évolution. Le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux communément appelé DSM (disponible en français depuis 2015 dans sa cinquième version : DSM-5) et la classification internationale des maladies sont les deux classifications médicales les plus communes. La classification médicale recommandée en France a été depuis 2005 la CIM-10, dans l'attente de la CIM-11. La classification la mieux actualisée est aujourd'hui le DSM-5, dans lequel l'appellation « trouble du spectre de l'autisme (TSA) » remplace désormais celle de « troubles envahissants du développement (TED) ».

Le TSA est positionné dans le DSM-5 parmi les troubles neuro-développementaux, au même titre que les troubles de l'attention, du développement intellectuel, de la motricité, de la communication et des apprentissages. Les critères du DSM-5 permettent de préciser d'une part, l'intensité du TSA au travers de trois niveaux d'aide requis au fonctionnement de la personne, et d'autre part de spécifier si les conditions suivantes sont associées : « déficit intellectuel, altération du langage, pathologie médicale ou génétique connue ou facteur environnemental, autre trouble développemental, mental ou comportemental, ou catatonie ».

Le DSM-5 introduit également un nouveau diagnostic de « trouble de la communication sociale » qui s'applique aux personnes qui ont des problèmes de communication sociale verbale et non verbale, entraînant des limitations dans la participation sociale et la réussite scolaire ou la performance au travail, mais qui ne présentent pas les comportements stéréotypés ou répétitifs et les intérêts restreints caractéristiques du trouble du spectre de l'autisme.

c. Troubles neurologiques

Les troubles neurologiques sont multiples et variés. Il peut s'agir de patients présentant des états déficitaires liés à l'alcool se traduisant par une perte des acquis, de gros déficits mnésiques, des troubles de l'orientation temporo-spatiale, comme on peut l'observer dans les démences de Korsakoff.

La démence fronto-temporale atteint le plus souvent le sujet jeune, sans cause étiologique définie, se caractérisant par une atrophie évolutive de certains lobes cérébraux d'où l'atypicité des symptômes, s'orientant rapidement vers des troubles des concepts

(incapacité par exemple à reconnaître l'objet et son usage), des troubles de déglutition et un état déficitaire global tant physique que psychique.

La maladie de Huntington est une dégénérescence neurologique s'accompagnant de troubles moteurs (équilibre, élocution...) et cognitifs dont l'évolution est plus ou moins longue, passant souvent par une perte d'autonomie.

Une encéphalopathie est une maladie de l'encéphale d'origine toxique, métabolique, ou dégénérative. Elle est souvent source de troubles neurologiques déficitaires.

La MAS prend en charge des résidents ayant des troubles psychiatriques et quelques résidents ayant des troubles neurologiques associés du type de ceux précédemment décrits. Elle n'a pas vocation à prendre en charge des pathologies neurologiques (telles que les conséquences des AVC ou de traumatismes crâniens).

2. Âges, sex-ratio et ancienneté dans la structure

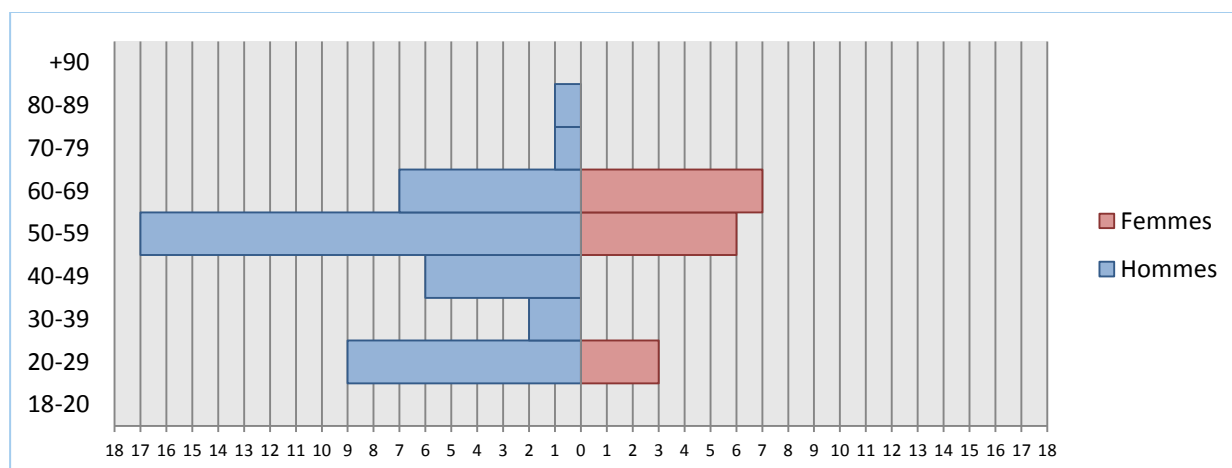


Figure 7 : Pyramide des âges des résidents en 2018 pour l'accueil temps plein

Age des résidents	Homme	en %	Femme	en %	Total en %
80-89	1	2 %	0	0 %	2 %
70-79	1	2 %	0	0 %	2 %
60-69	7	12 %	7	12 %	24 %
50-59	17	29 %	6	10 %	39 %
40-49	6	10 %	0	0 %	10 %
30-39	2	3 %	0	0 %	3 %
20-29	9	15 %	3	5 %	20 %
Total	43	73 %	16	27 %	

Figure 8 : Ventilation du nombre de résidents en 2018 par âge et par sexe – pour l'accueil temps plein

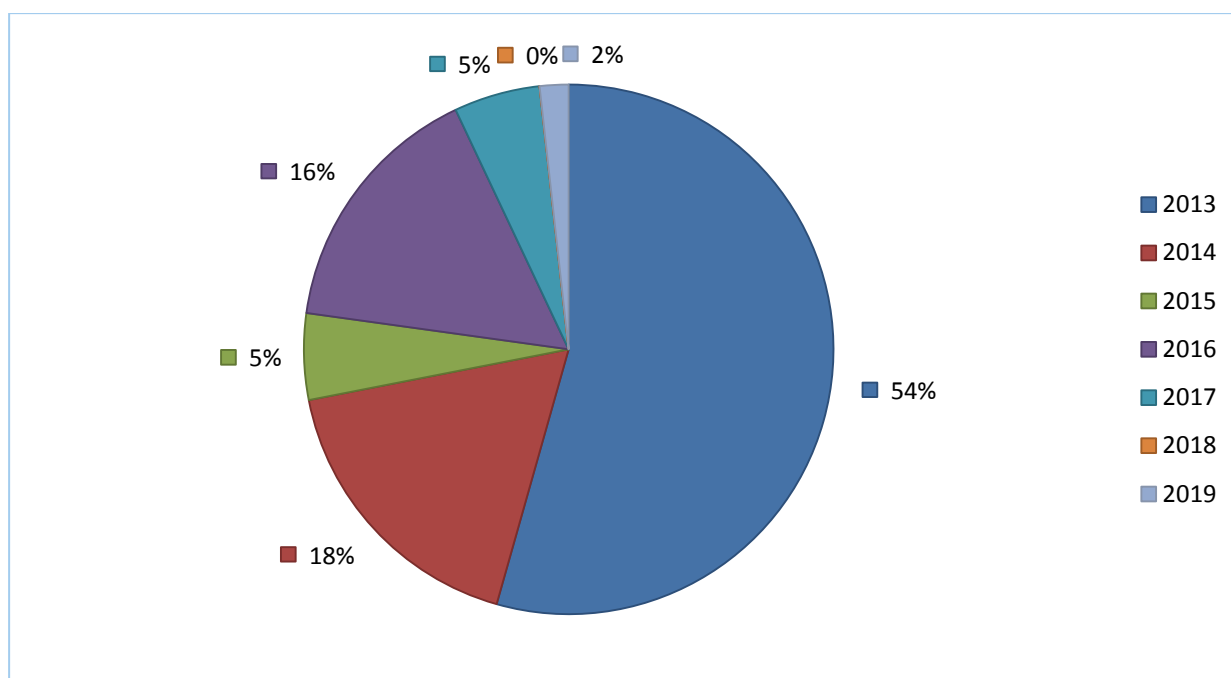


Figure 9 : Ventilation des résidents présents en temps plein en 2019 par date d'entrée dans la structure

3. Enjeux

On assiste à un triple mouvement dans la typologie des résidents :

- L'augmentation du nombre de résidents dont le diagnostic principal se rattache aux troubles du spectre de l'autisme ;
- L'avancée dans l'âge des résidents et l'augmentation de leurs besoins pour les populations plus âgées ;
- Le renouvellement et le rajeunissement des publics.

Dès lors, au-delà des enjeux liés au handicap, le projet d'établissement tient compte de ces nouveaux enjeux.

a. Enjeux spécifiques au handicap

La spécificité du handicap est la complexité des déficiences et des comorbidités associées. La connaissance des besoins de la personne permet la réponse la plus adaptée.

Les limites sont principalement de deux ordres :

- les troubles du comportement graves avec mise en danger de soi et/ou d'autrui aboutissant à créer une insécurité permanente quant au bon fonctionnement de la structure.

- les pathologies somatiques nécessitant une prise en charge spécifique en milieu hospitalier : les épilepsies instables, les urgences traumatiques, médicales, chirurgicales ; les grandes dénutritions et incapacités d'alimentation per os ; les pathologies déstabilisées : asthme, diabète, insuffisance cardiaque, rénale ou respiratoire ...

Ces besoins peuvent parfois nécessiter une hospitalisation. Lorsque ces pathologies sont rééquilibrées, le retour des résidents à la Maison d'Accueil Spécialisée doit être envisagé.

Par ailleurs, alors qu'il existe concomitamment la meilleure intention et l'intervention de professionnels compétents, certains résidents ne réussiront pas à s'adapter dans cette structure et risquent de voir leurs pathologies s'aggraver si une réorientation n'est pas envisagée, et réfléchi avec les différents acteurs concernés.

b. Enjeux spécifiques à l'évolution des résidents

L'avancée dans l'âge des personnes accueillies amène à ce que le projet d'établissement de la MAS renforce son action en matière de prise en charge somatique (liens avec les services supports de l'EPS Barthélemy Durand) et améliore la prise en compte de la fin de vie.

De l'arrivée de nouveaux résidents, il découle la volonté d'améliorer l'accueil du résident, son intégration et la découverte des locaux et de l'équipe en tirant partie de l'expérience déjà accumulée par les professionnels quant aux problématiques que pourraient rencontrer le résident (exemple des personnes avec TSA troublées par les contrastes sur les sols).

L'âge de ces résidents amène également à étoffer l'offre d'activités (par exemple le sport) tout en investissant encore plus certains domaines de la vie sociale et citoyenne (par exemple sexualité).

Partie II : Les modes opératoires de l'établissement

I- ACCUEIL ET INFORMATION

L'ensemble de l'action de la MAS est basé sur des procédures clairement identifiées et mises en œuvre.

a. Textes fondamentaux

Les documents suivants sont remis à la personne, à sa famille, et aux représentants légaux lors de l'admission.

- le livret d'accueil auquel est annexée la charte des droits et libertés de la personne accueillie ;
- le règlement de fonctionnement ;
- le contrat de séjour définissant les objectifs et la nature de la prise en charge envers le résident.

Les modifications de ces documents amènent à informer les résidents, leurs familles et les représentants légaux des résidents déjà admis.

Outre les documents précités, sont remis à chaque salarié lors de son recrutement :

- le projet d'établissement ;
- les orientations définies ;
- le règlement de la structure.

Les agents déjà présents dans la structure bénéficient d'une information collective lorsque ces documents sont mis à jour. Dans l'optique d'une démarche éco-responsable, ces documents seront, dans la mesure du possible, dématérialisés afin de n'en conserver qu'un nombre physique minimal. L'ensemble des agents sera alors réorienté vers le système de gestion documentaire.

1. Information

La MAS est à disposition de toute personne souhaitant avoir des renseignements sur les possibilités d'accueil. Les renseignements sont disponibles au secrétariat/accueil de l'établissement. On y trouve également le livret d'accueil.

Le personnel est qualifié pour diriger la personne vers la MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées) qui est l'instance capable de répondre à toutes les questions concernant le handicap. La MAS s'inscrit par ailleurs dans la démarche du dispositif intégré.

2. Procédure d'admission

Sont admises à la Maison d'Accueil Spécialisée, les personnes des deux sexes ayant atteint l'âge limite de prise en charge dans les établissements d'enfants, soit généralement 18 ans, bénéficiant d'une notification d'orientation de la CDAPH (Commission des Droits et de l'Autonomie des personnes handicapées), et issues du département de l'Essonne.

Les personnes orientées à l'unité de répit d'accueil et de transition par la MDA PH feront l'objet d'une procédure distincte.

a. Dossier d'admission

La MAS Le Ponant participe à l'expérimentation de l'agence régionale de santé visant à simplifier les démarches des personnes et de leurs familles, par la mise en place d'un dossier unique d'admission en Ile-de-France.

Les pièces suivantes doivent être annexées au dossier unique d'admission :

- copie de la carte d'identité ou de séjour ;
- 2 photos d'identité ;
- extrait d'acte de naissance avec mentions marginales ;
- copie de la notification MDPH (obligatoire) ;
- copie de l'ordonnance de jugement de mise sous protection (tutelle, curatelle) ;
- copie des notifications de ressources (AAH, pension d'invalidité, rente, ACTP....) ;
- copie de l'attestation de la carte Vitale avec photocopie de la carte Vitale ;
- copie de l'attestation de sécurité sociale d'ouverture des droits à jour et/ou CMUC ;
- copie de la carte mutuelle ;
- copie de l'attestation de responsabilité civile ;
- copie de l'attestation d'assurance pour le fauteuil roulant électrique (si besoin) ;
- bilans éducatifs et médicaux (médecin, psychologues si suivi) avec traitement médical en cours ;
- et/ou tout autre document permettant l'évaluation la plus fine de la situation du demandeur.

b. Examen des demandes d'admission

Après décision d'orientation en MAS par la CDAPH, les demandes d'admission sont examinées.

Elles s'effectuent :

- après étude des dossiers individuels parvenus à l'établissement ;
- après entrevue avec les personnes et leurs familles sous forme de rencontres en présence du médecin psychiatre et du médecin généraliste, suivie d'une visite de l'établissement ;
- de manière concomitante, rencontre du résident, de sa famille et/ou du représentant légal avec un représentant de la direction en charge de la Maison d'Accueil Spécialisée.

Une commission d'admission, composée de membres de l'équipe pluridisciplinaire (médecins, psychologues, cadres, etc.) présidée par le directeur adjoint en charge de la Maison d'Accueil Spécialisée, émet un avis technique et motivé dans le dossier du résident.

Après une étude attentive des rapports médicaux et de comportement présentés, l'admission est prononcée par le directeur adjoint en charge de la Maison d'Accueil Spécialisée.

Une période d'essai de 3 mois est parfois nécessaire selon la nature de la demande.

En ce cas, si l'essai est satisfaisant aux yeux de chaque personne concernée, une rencontre entre la famille et/ou le représentant légal et la Direction est organisée afin de prononcer l'admission définitive.

L'intégration de la personne ne s'impose pas. Elle doit être le résultat d'un projet réaliste où convergent les vœux du résident, des familles, du personnel d'encadrement et des intervenants spécialisés. Pour y parvenir, la personne admise doit correspondre à la spécificité du lieu de vie et aux critères retenus pour la catégorie de bénéficiaires.

En attente de place disponible, la candidature est mise en liste d'attente.

A noter que les patients non pris en charge jusqu'alors par l'Etablissement Public de Santé Barthélemy Durand, doivent, afin de bénéficier d'un suivi psychiatrique de secteur, avoir pris au préalable contact avec un médecin psychiatre référent.

II- ACCOMPAGNEMENT

A) Projet Qualité-Gestion des risques

Ce projet s'inscrit dans la continuité de la politique qualité de la prise en charge et de la gestion des risques associés aux soins établis par l'EPS Barthélemy Durand. En ce sens, dès l'ouverture de la MAS, l'organisation intègre une démarche continue d'amélioration de la prise en charge. La direction des Relations avec les usagers (DRU) et le Service Qualité Gestion des Risques accompagnent et assurent le suivi des objectifs fixés par le directeur et l'équipe pluriprofessionnelle de la MAS.

1. Axes prioritaires

a. Axes prioritaires initiaux : choix réalisés, évaluation et poursuite du travail engagé

Lors de l'ouverture de la MAS, trois dimensions ont été investies en priorité en raison de leur impact sur la qualité de vie des résidents.

- Expression, la communication, la participation et la citoyenneté

Pour garantir le respect des droits et des libertés individuelles, un livret d'accueil intégrant la charte des droits et libertés des personnes accueillies et le règlement de fonctionnement a été rédigé et mis en place.

Ce livret d'accueil continuera d'être alimenté, mis à jour et rénové afin d'être facile à lire et à comprendre.

Afin de soutenir la communication, l'information et l'expression des résidents, un travail spécifique sur la compréhension de l'expression non verbale des résidents (regard, mimique, occupation de l'espace, gestualité, variation de l'état physique ou d'attitude...) a été réalisé.

Ce travail sera intensifié par le développement de stratégies de communication dont l'impact sera évalué (tablettes Auticiel ou pictogrammes par exemple). La mise en place d'équipe référente sur chaque unité améliorera encore la connaissance des publics.

Plus spécifiquement sur les membres du conseil de vie sociale, il sera développé les démarches visant à augmenter leur connaissance du fonctionnement institutionnel de la MAS.

- Vie quotidienne et les activités

La MAS s'est attachée à personnaliser *a maxima* l'accompagnement de chaque résident.

La rédaction de projets individualisés, construits sur une subjectivité partagée des professionnels, garantit l'accompagnement individualisé. Cet engagement fait l'objet d'une évaluation annuelle.

Pour associer davantage les aidants et les familles à la définition et à l'évaluation de ces projets, une réflexion sera conduite. Elle pourra passer par des simulations de restitution aux familles par les professionnels afin d'identifier ce qui peut susciter des incompréhensions avec les familles (exemple du jargon, des abréviations et des raccourcis très présents au sein d'un même milieu). Le but est que les familles et les professionnels puissent échanger ensemble, particulièrement dans ces moments, sans quiproquo et implicite.

Il est attendu, à travers l'activité quotidienne et les activités thérapeutiques proposées, l'amélioration de l'autonomie des résidents accueillis. La cohérence des intervenants est assurée par l'élaboration d'un plan institutionnel de lutte contre la perte d'autonomie et de plans individualisés d'aide à la vie quotidienne.



Figure 10 : Terrasses de la MAS

- Protection des personnes et la prévention des facteurs de risques

Une cartographie des risques de la MAS a été réalisée et est régulièrement actualisée afin de repérer, dans ses processus de prise en charge spécifiques, les points critiques qui nécessitent la mise en œuvre des mesures préventives et curatives. Cette démarche cible particulièrement les risques iatrogènes sachant que la proximité de la MAS et du site Etampois de l'EPS Barthélemy Durand permet une gestion commune des risques environnementaux.

b. Axes prioritaires complémentaires

L'équipe et la direction se sont définies comme axes prioritaires complémentaires :

- Promotion de la bientraitance

Les professionnels de la MAS sont attachés aux démarches collectives visant à identifier le meilleur accompagnement possible pour l'usager, dans le respect de ses choix et dans l'adaptation la plus juste à ses besoins.

Pour garantir que cette attention soit constante et que l'expérience accumulée par les équipes vienne réinterroger constamment les pratiques, l'encadrement encourage au quotidien la réflexion collective.

La bientraitance passe également par l'importance des liens entre intérieur et extérieur. En effet, pour bien accueillir la personne, il faut à la fois pouvoir connaître ses habitudes de vie, son environnement, ses souhaits mais aussi tous les outils lui permettant d'évoluer avec le plus d'autonomie possible dans la structure (pictogrammes par exemple). De même, lors de ses retours auprès de sa famille, le travail quotidien de lien avec celle-ci et les aidants est particulièrement marqué. Il s'agit de communiquer les stratégies d'apaisement repérées, les angoisses verbalisées, etc. La création de l'URAT sera l'occasion de renforcer ces aspects. En effet, l'URAT étant un lieu de transition entre domicile, structure médicosociale et structure hospitalière (USIDATU de la Pitié Salpêtrière), et le résident n'étant présent dans la structure que pour une durée maximale de 9 mois, le lien intérieur et extérieur sera particulièrement mobilisé pour que le parcours du résident soit un succès.

Par ailleurs, le travail sur la personnalisation de l'accueil, sur l'intégration, sur la liberté de participer ou non à des activités sera ainsi renforcé.

Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de la HAS seront particulièrement sollicitées pour cet axe.



Figure 11 : Mur d'une des résidences - détail graphique

- Attention sur la fin de vie

Le vieillissement d'une partie de la population accueillie associé aux nombreuses comorbidités liées à leurs handicaps expose les résidents, les familles et les professionnels à un nombre croissant de décès dans la structure.

Ces moments étant particulièrement éprouvants du fait du lien constitué entre tous (y compris les résidents entre eux), un travail a déjà été amorcé, soutenu par la psychologue de la MAS et la psychiatre de coordination.

Le renforcement de l'offre culturelle, prévu sur 2020, associé au souhait des équipes de se mobiliser sur cette problématique permettra un travail de réflexion, avec les familles, sur cette thématique.

- Question de la vie affective et sexuelle

La MAS souhaite poursuivre sa réflexion sur la santé sexuelle, qui passe notamment par les moyens de contraception et par l'ouverture d'espaces de dialogue avec les résidents sur cette thématique, tout en respectant leur intimité et leur choix.

2. Dimensions spécifiques

a. Hygiène au quotidien

La prévention du risque infectieux s'inscrit dans une démarche continue d'amélioration de la qualité, dont le principe est prévu au premier alinéa de l'article L. 312-8 du Code de l'action sociale et des familles.

La lutte contre les infections nosocomiales associées aux soins est une préoccupation constante de l'Etablissement. Dans le cadre du PROPIAS (cartographie des risques infectieux), la MAS Le Ponant se mobilise sur la prévention et la maîtrise du risque infectieux.

La vie en collectivité et les contacts rapprochés entre les résidents et les personnels à l'occasion des tâches d'aide à la vie quotidienne et des soins, favorisent la transmission croisée des germes.

En ce sens, l'équipe opérationnelle d'hygiène avec le cadre hygiéniste comme interlocuteur privilégié, assurera la mise à disposition des procédures d'hygiène des soins et de l'environnement et veillera à leur bonne application.

La prévention des IAS sera développée en associant les usagers, en renforçant la prévention et la maîtrise de l'antibiorésistance et en réduisant les risques infectieux associés aux actes invasifs.

b. Evaluation des pratiques

L'évaluation est un outil de gestion intégré dans la politique qualité de l'Etablissement. Inscrite au cœur du management, elle garantit la démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. Outre la réponse aux obligations des évaluations externes, l'EPS Barthélemy Durand assure un suivi de la conformité des processus mis en œuvre. Ainsi, il réalise :

- des autoévaluations sur la base ;
 - du référentiel de la Haute Autorité de la Santé pour ses unités sanitaires ;
 - d'un référentiel crée et adapté (selon les recommandations en vigueur) pour son unité médico-sociale ;
- des évaluations de pratiques professionnelles (analyse de pratiques professionnelles, revue morbidité mortalité, comité de retour d'expérience, etc.) ;
- des audits internes sur la demande des responsables de processus, par des personnels de l'Etablissement formés, si besoin, à cette démarche pour s'assurer du niveau de qualité des organisations ;
- des analyses des événements indésirables.

L'Etablissement s'engage à la création d'un référentiel spécifique pour la MAS du Ponant. Ce référentiel prendra en compte les exigences qualité et sécurité (chapitre qualité sécurité) sur lesquelles il s'est engagé. Ce référentiel permettra la réalisation de l'évaluation interne et alimentera un plan d'action qui sera suivi par le responsable qualité gestion des risques.

c. Outils de la qualité des soins mis en œuvre

La Maison d'Accueil Spécialisée « Le Ponant » bénéficie de la démarche qualité-gestion des risques de l'EPS Barthélemy Durand auquel elle est rattachée. De fait, une grande partie des préventions et des conduites à tenir y sont applicables.

Compte tenu des caractéristiques de fonctionnement propres à une MAS, il est indispensable, au regard des différents processus, d'y adjoindre des mesures spécifiques, établies sur une cartographie des risques inhérents à ses activités, parmi lesquelles :

- L'implication de tous les personnels dans l'amélioration de la prise en charge des résidents (fausse route, chute, etc.) attestée par les évaluations interne et externe. Celles-ci garantissent la robustesse de leur engagement ;
- Le maintien du bon niveau de connaissance par les personnels des recommandations de bonnes pratiques (travail, écoute, projet de vie individualisé) ;
- L'hygiène et sécurité alimentaire : les repas sont préparés à la cuisine centrale de l'EPS Barthélemy Durand selon la méthode HACCP, système qui identifie, évalue et maîtrise les dangers significatifs de la sécurité des aliments ;

Le transport et la livraison sont soumis à des règles formalisées qui garantissent le maintien à température des aliments (liaison froide). Les personnels de chaque unité de la MAS sont formés aux règles de contrôle et d'hygiène qui garantissent la qualité et la sécurité des repas servis aux résidents ;

- La lutte contre les infections nosocomiales est effectuée selon les règles de bonnes pratiques applicables aux établissements médico-sociaux. En ce sens, l'ensemble des protocoles existants au sein de L'EPS est révisé et adapté pour garantir une bonne pratique de l'hygiène au quotidien ;
- La gestion des maladies contagieuses : la déclaration s'effectue selon la procédure "*Signalement des infections nosocomiales et événements épidémiques*". Elle permet l'intervention rapide de l'équipe d'hygiène et de sécurité afin d'accompagner la mise en œuvre des mesures évitant la propagation de l'infection. L'établissement dispose d'un plan de crise qui permet de détecter une épidémie, prévenir l'ARS et mettre en place les premières mesures de gestion en attendant l'aide éventuelle des experts régionaux (La Cire pour l'aide à l'investigation, en complémentarité avec l'ARLIN pour la gestion de l'épisode et l'aide à la mise en place des mesures à prendre) avec un renforcement des mesures d'hygiène standard.

Les résidents nécessitant des soins sont orientés par le médecin référent vers un centre hospitalier ;

- Pharmacovigilance et Matéiovigilance : les déclarations d'événements indésirables dans ce domaine se réalisent selon les procédures :
 - "*Gestion d'alerte médicament (pharmacovigilance)*" ;
 - "*Gestion d'alerte Dispositifs médicaux (matéiovigilance)*" ;
- Les évènements indésirables, erreurs médicamenteuses, évaluation des pratiques professionnelles, retour d'expérience, etc. : les personnels ont connaissance du processus de déclaration des évènements indésirables et des erreurs médicamenteuses. A réception, le service qualité gestion des risques en garantit l'analyse et accompagne si besoin, la mise en œuvre des mesures d'amélioration, en lien si possible avec les équipes et l'encadrement de la MAS. Des actions de sensibilisation à destination de l'ensemble du personnel ont eu lieu ;
- Plans d'urgence :

Les plans d'urgence climatique sont déclinés dans l'établissement par une veille météorologique assurée par le service qualité gestion des risques. La mise en œuvre des préventions est contrôlée chaque année et les actions à mettre en œuvre en cas d'alerte sont indiquées dans une procédure.

Le plan blanc/bleu et la future intégration au plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles : une cellule de crise est mobilisable 24h/24h en cas d'évènements de gravité exceptionnelle.

Le plan de sécurisation de l'établissement est élaboré. Il fixe la stratégie de sécurisation de l'établissement ;
- L'urgence somatique est prise en compte par la formation initiale des professionnels de santé de la MAS et par la formation continue aux gestes d'urgence organisées par l'établissement Barthélemy Durand. Un chariot d'urgence est mis à disposition et les numéros d'urgence (procédure MSO-MAS-DOC-007) sont affichés dans toutes les unités ;
- Les décès sont pris en charge selon les procédures en place au sein de l'établissement qui déclinent aux personnels l'ensemble des démarches et actions à réaliser.

B) Projet médical

1. Politique de recrutement

a. MAS

La MAS de l'EPS Barthélemy Durand a été créée en réponse au besoin d'un lieu de vie adapté à des patients hospitalisés au long cours dans les services de psychiatrie de l'Etablissement Public de Santé Barthélemy Durand ou en fin de prise en charge dans des structures alternatives d'hébergement (Unité d'Accueil Familial Thérapeutique).

La prise en charge dans cette MAS s'adresse à des patients dont la gravité et l'incidence des troubles sur le quotidien ne leur permettent plus l'indépendance et l'autonomie d'action dans l'environnement habituel.

La MAS a vocation d'héberger des résidents stabilisés.

Cette MAS propose un type de prise en charge adapté à des résidents ayant pour la grande majorité d'entre eux des handicaps psychiques acquis. Ainsi le recrutement s'adresse à des patients souffrant des troubles suivants :

- psychoses: troubles schizophréniques, troubles schizo-affectifs et autres formes de psychoses chroniques ayant échoué dans les autres modes de prise en charge proposés ;
- troubles du spectre de l'autisme ;
- pathologies organiques neurologiques associées aux handicaps précédents : syndrome de Korsakoff, chorée de Huntington, séquelles d'encéphalopathie, démence fronto-temporale (DFT) et autre forme de démence n'ayant pas obtenu de dérogation du fait de leur âge ou de la gravité de leur handicap pour une prise en charge en EHPAD.

La collaboration entre les services de psychiatrie et la MAS semble essentielle, dans le cas où les besoins du résident indiqueraient un bénéfice à réaliser des séjours de rupture à l'hôpital pour les patients ou des réévaluations de traitement.

C'est aussi dans ce sens que chaque secteur signe un engagement de reprise pour chaque résident au cas où il s'avèrerait que celui-ci ne serait pas en capacité de s'adapter à la prise en charge en MAS.

L'expérience a démontré qu'une bonne majorité des résidents accueillis a passé plusieurs années de leur vie au sein d'un hôpital, auprès d'une famille d'accueil ou dans une autre structure et que l'accès à la MAS représente alors un grand changement dans leur vie.

L'articulation entre le lieu de vie/d'hospitalisation d'origine avec la MAS apparaît ainsi comme essentielle pour garantir la qualité du parcours à la MAS

Ce constat a amené les équipes à proposer des accueils temporaires à tout nouvel arrivant avant d'envisager un accueil à temps plein.

Par la suite, la MAS a vocation à prendre en charge des résidents jusqu'en fin de vie, l'encadrement et l'équipe médicale se réservant cependant la possibilité d'étudier la compatibilité du handicap de chacun avec la structure, en fonction de son évolution et des besoins qui en découlent.

b. URAT

L'URAT s'adresse à un public distinct, s'agissant d'une proposition d'accompagnement transitoire.

En effet, cette structure s'adresse uniquement aux personnes avec troubles du spectre de l'autisme avec comportements problèmes majeurs nécessitant un accompagnement renforcé. Ces personnes doivent, en outre, relever de la desserte de l'unité mobile d'intervention (UMI) Ouest – c'est-à-dire les départements de l'Essonne, des Yvelines et du Val d'Oise – et être orientées par la MDPH et par l'UMI ou l'USIDATU.

L'accompagnement en amont d'une hospitalisation au sein de l'USIDATU est de 3 mois (renouvelables une fois) et de 6 mois (renouvelables pour 3 mois) en aval de l'USIDATU.

Le lien entre amont et aval étant primordial pour le succès de la prise en charge, celui-ci sera particulièrement investi dans le cadre de l'ouverture de cette unité.

2. Organisation du recrutement

Hormis pour l'URAT qui obéira à une organisation du recrutement propre, l'admission des résidents au seul regard de leurs pathologies et des handicaps et leur affectation par unité n'est pas pertinente :

- au regard des futurs résidents : la grande majorité des publics pris en charge sont habitués à côtoyer toutes sortes de personnes. Ils ne seront donc a priori pas troublés d'être dans une unité qui va héberger un ou deux patients plus handicapés qu'eux-mêmes. Si l'on crée des unités spécifiques, le danger est de stigmatiser certaines unités comme plus « difficiles » ou « plus intéressantes » que d'autres en fonction de critères propres à chacun ;
- au regard du personnel : la charge de travail dans des unités où seraient regroupées des handicaps similaires, serait extrêmement variable d'une unité à l'autre (plus de nursing, plus d'accompagnements...), risquant alors de faire naître chez chaque

professionnel un sentiment de frustration à l'origine de dissensions ou d'une mauvaise ambiance, préjudiciable au bien-être du personnel et des résidents.

Aussi, l'affectation sur les différentes unités se fait dans le respect des équilibres et des affinités entre les différents résidents. Les résidents se connaissant par ailleurs et qui s'entendent peuvent être accueillis dans la même unité de vie.

Dans tous les cas, l'intégration de chaque résident à la MAS se fait en trois temps à adapter en fonction des capacités de chacun :

- un temps de préparation et de découverte : lors de l'admission, il revient au secteur sollicitant l'intégration du résident à la MAS de lui présenter la structure afin de recueillir son adhésion à son modèle. Des visites pour les professionnels, comme pour les familles voire les résidents peuvent ainsi être organisées ;
- un temps dit à l'essai : ce temps peut se matérialiser soit par une admission séquentielle (faite d'accueil temporaire), soit par une admission en temps complet pour trois mois avec à terme l'admission définitive. Cette gradation est fonction de l'itinéraire de vie du futur résident, de ses difficultés repérées à appréhender ce nouveau cadre de vie ou de celles des proches à construire avec lui cette nouvelle autonomie. L'objectif fondamental est d'éviter les ruptures, facteurs d'angoisse ;
- enfin le temps de prise en charge à la MAS avec la mise au point d'un projet de vie individualisé pour chaque résident et une réévaluation annuelle de la prise en charge en collaboration avec les services.

3. Organisation de la structure

La MAS est une structure médico-sociale s'adressant à des personnes présentant des handicaps psychiques. La population concernée comprend des patients de tout âge dont certains présentent des comorbidités concomitantes. Les recommandations récentes sur les comportements problèmes ainsi que la charte Romain Jacob insistent sur l'importance pour la qualité de vie des résidents de détecter et de prendre en charge les pathologies somatiques le plus en amont possible.

Le fonctionnement de la MAS requiert donc la présence de 2 médecins :

- un médecin généraliste présent sur 0.4 Equivalent Temps Plein (ETP) ;
- un médecin psychiatre présent sur 0.2 ETP dont le rôle principal est de coordonner le projet de prise en charge de chaque résident en collaboration avec la totalité de l'équipe pluridisciplinaire.

La difficulté de recrutement de ressources médicales somatiques a amené à investir davantage le lien avec le service de soins somatiques de l'EPS Barthélemy Durand. En cas de nécessité, les résidents sont orientés au Centre Hospitalier Sud-Essonne dont les urgences et un certain nombre de consultations sont situées à Etampes.

L'ouverture de l'URAT sera l'occasion de compléter ces effectifs et de contribuer au dynamisme du recrutement grâce aux ambitions portées par cette structure interdépartementale.

a. Rôle du médecin coordonnateur

Les attributions du médecin coordonnateur sont les suivantes :

- Conseiller le directeur sur les admissions, notamment lors de la commission d'admission ;
- Valider les projets de vie individualisés de chaque résident qui auront été préalablement établis par l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire en concertation avec les familles ;
- Prescrire les prises en charges thérapeutiques (psychomotricité, prise en charge en salle Snoezelen...) ;
- S'assurer que chaque résident en ayant la nécessité, puisse bénéficier d'une consultation régulière avec son psychiatre référent. On rappelle à ce sujet que les résidents qui poseront un problème de déséquilibre de traitement seront ré-adressés à leur secteur d'origine s'il s'avère que leur état est provisoirement incompatible avec un accompagnement en MAS ;
- Etablir le lien avec les secteurs, en s'assurant que tous les engagements de reprise ont bien été validés, rester dans un esprit de collaboration en conviant les secteurs à une réunion de synthèse annuelle ;
- Animer les réunions de synthèse avec l'équipe une fois par semaine ;
- Proposer une réunion institutionnelle une fois par mois ;
- Rester à l'écoute du personnel en cas de difficultés liées à la gestion des patients ou à l'organisation du travail, en collaboration avec le cadre de santé et le coordonnateur socio-éducatif ;
- Participer à l'élaboration du règlement de fonctionnement ;
- Recevoir les familles qui en feraient la demande.

La désignation du médecin coordonnateur se fait par la Commission Médicale d'Etablissement de l'EPS Barthélemy Durand.

b. Rôle du médecin généraliste

Parmi les résidents, une forte proportion d'entre eux souffre de pathologies somatiques chroniques (HTA, diabète...) justifiant la présence sur 0.4 ETP d'un médecin généraliste dont les attributions sont les suivantes :

- Participer à la commission d'admission ;
- Participer à la réunion de synthèse une fois par semaine ;
- Valider la partie « prise en charge somatique » dans le projet de vie des résidents (si nécessaire) ;
- Veiller à ce que les résidents l'aient déclaré comme médecin traitant ;
- Veiller à ce que les demandes d'exonération du ticket modérateur soient à jour ;
- Veiller à ce que les vaccinations soient à jour ;
- Assurer le suivi des résidents et en l'occurrence des pathologies chroniques ;
- Assurer la prévention des pathologies liées aux neuroleptiques (constipation, maux dentaires...) ;
- Organiser les suivis spécialisés en lien soit avec d'autres hôpitaux, soit avec le service de soins somatiques et la consultation douleur de l'EPS Barthélemy Durand, soit avec les spécialistes libéraux qui prendraient déjà en charge certains résidents ;
- Assurer la prise en charge de la douleur, en lien si nécessaire avec la consultation douleur de l'EPS Barthélemy Durand ;
- Mettre en place des protocoles de suivi des pathologies chroniques pour les infirmiers (prise de constantes, protocoles d'ajustement de l'insuline etc.) ;
- Etablir un contact avec le médecin traitant des résidents s'il s'avère que ceux-ci souhaitent garder un médecin traitant extérieur à l'établissement.

La désignation du médecin généraliste se fait par le médecin en responsabilité du service soins somatiques.

C) Projet de soins

Le projet de soins est un document consensuel auquel adhèrent tous les acteurs évoluant au sein de la structure.

Il sert de référence à l'équipe soignante (médecins, psychomotricien(ne)s, IDE, AS et AMP). Le projet de soins permet une réflexion de l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire. Il est étroitement lié au projet médical.

Il permet de mettre en œuvre les méthodes et les conceptions de prises en charge adaptées à chaque résident (projet de soins individualisé).

Il nécessite l'adhésion de l'ensemble des personnels médicaux et paramédicaux.

Le projet de soins inclut une prise en charge somatique adaptée à chaque résident. La qualité et l'efficacité de cette prise en charge ont une incidence directe sur le comportement et le bien-être du résident.

De ce fait, l'équipe soignante travaille en étroite collaboration avec l'équipe éducative. Le personnel est partie prenante, impliqué dans le projet de soins individualisé mis en place dans la structure.

En effet, la population accueillie dans la structure nécessite des soins constants.

Les changements de comportement constatés par les équipes paramédicales et éducatives peuvent être évocateurs de mal être ou de problèmes somatiques (comportements dits problèmes).

L'observation et une attention soutenue de tous sont indispensables.

Le projet de soins doit être adapté à l'évolution de chaque résident.

Il prend en compte :

- les besoins relatifs à l'état de santé ;
- les besoins relatifs à l'état de dépendance (physique, mentale et sociale).

La dignité des soins, leur confidentialité, l'information du résident et de sa famille ainsi que le consentement éclairé aux thérapeutiques sont au cœur de la réflexion soignante.

Les axes du projet de soins tiennent compte de la globalité des soins dispensés au sein de la MAS. Ils sont adaptés à la typologie de la population accueillie au sein de la structure.

Les grands thèmes du projet de soins sont :

- la prévention
- l'accès aux soins, continuité des soins et urgences médicales
- la coordination et l'organisation des soins
- les outils de la qualité des soins
- les domaines d'accompagnement

1. Prévention

Les axes de prévention du projet de soin sont multiples, afin de dépister les facteurs de risque liés à la vulnérabilité des personnes accueillies dans notre établissement, qui vont aller doucement vers le vieillissement.

a. Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance

Cette prévention fait partie de la culture de la MAS, pour promouvoir à chaque instant le bien-être de l'usager.

Elle se compose de différentes actions :

- Promouvoir et développer une démarche de bientraitance dans le cadre du projet de vie du résident ;
- Garantir le respect et les libertés individuelles des usagers ;
- Prévenir les risques de maltraitance avec le psychologue de la structure :
 - Proposer des formations sur la bientraitance en s'appuyant sur les recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM (HAS)
 - Développer des groupes de parole, sous forme d'analyses de pratiques professionnelles (APP) et d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP)
- Prévenir les risques psycho-sociaux du personnel ;
- Utiliser la procédure de signalement des faits de maltraitance (événements indésirables).

b. Prévention et prise en charge de la douleur

La prévention et la prise en charge de la douleur est une priorité de notre structure auprès de chacun des résidents, dans un souci d'éthique.

Elle se compose de différentes actions :

- Identifier et évaluer la douleur de manière systématique et tout au long du séjour ;
- Renforcer la prise en charge médicamenteuse de la douleur ;
- Proposer des thérapies non médicamenteuses, grâce à des soins en psychomotricité, de bien-être, de confort, etc. ;
- Renforcer le partenariat avec le Centre Régional Douleur et Soins Somatiques en Santé Mentale et Autisme, polyhandicap et handicap génétique rare de l'EPS Barthélemy Durand ;
- Former les équipes sur l'évaluation de la douleur.

c. Prévention et la prise en charge des plaies et escarres

La prévention et la prise en charge des plaies et escarres est une des préoccupations essentielles du personnel soignant de la MAS, car l'apparition d'escarre est le témoin d'une dégradation de l'état général d'un résident. L'EPS a participé à un groupe de travail par l'ARS à ce sujet.

Elle se compose de différentes actions :

- Proposer des soins d'hygiène de qualité ;
- Mettre en place du matériel adapté (matelas à air, coussin de positionnement, etc.) ;
- Adapter les besoins nutritionnels pour les résidents à risque ;
- Evaluer les risques d'escarre ;
- Dépister rapidement les stades les plus précoces des problèmes cutanés ;
- Assurer la mise en place des protocoles individuels « Plaie et cicatrisation » pour le traitement curatif de problèmes cutanés ;
- Développer l'appui pour les plaies complexes par l'équipe du Centre Régional Douleur et Soins Somatiques en Santé Mentale, Autisme, Polyhandicap et Handicap génétique rare ;
- Développer l'usage de la télédermatologie.

d. Prévention et la prise en charge des troubles nutritionnels, particulièrement les troubles liés à la dénutrition et à l'obésité

Cette prévention est essentielle car elle permet le maintien de l'état de santé satisfaisant des résidents.

Elle se compose de différentes actions :

- Prévenir les troubles nutritionnels (ex : risques de dénutrition / déshydratation) ;
 - Mise en place d'une aide individualisée à la prise des repas ;
 - Dépistage et mise en place de soins bucco-dentaires ;
 - Repérage des résidents à risques de dénutrition ou d'obésité (outils sur CARIATIDES – mesure du périmètre abdominal, IMC) ;
- Intégrer la dimension « Activité Physique » dans la prise en charge des troubles nutritionnels ;
- Evaluer les risques de dénutrition et/ou d'obésité (pesée mensuelle, suivi de l'I.M.C, etc.) ;
- Solliciter l'intervention d'une diététicienne ;
- Etre particulièrement attentif aux personnes ayant des troubles nutritionnels ;
- Former le personnel sur la nutrition, sur les troubles de la déglutition et sur les soins bucco-dentaires.

e. Axes secondaires de prévention

Il est également porté attention à :

- La prévention et la prise en charge des troubles de l'humeur et du comportement
 - Proposer des formations en santé mentale, en psychiatrie, communication augmentée et alternative
 - Partenariat avec les secteurs de l'EPS Barthélemy Durand
- La prévention et prise en charge des chutes
- La prévention de l'incontinence et du risque iatrogénique
- La prévention et maîtrise du risque infectieux avec l'appui du service qualité et de l'infirmière hygiéniste.

2. Accès aux soins, continuité des soins et urgences médicales

Le projet de soins garantit à chaque résident et de façon équitable, l'accès à des soins de qualité. Il tient compte de façon prégnante de l'état de dépendance de la personne.

Les soins médicaux sont assurés par un médecin somaticien (0,4 ETP) et par un médecin psychiatre (0,2 ETP).

Les urgences médicales sont assurées par l'équipe des urgences du centre hospitalier sud-Essonne (site d'Etampes) ou par le SAMU (15), mais il peut être fait appel au médecin somaticien de l'EPS Barthélemy Durand pendant ses heures de présence pour des problèmes somatiques ne nécessitant pas l'intervention du SAMU ou n'ayant pas un caractère d'urgence.

Les premiers soins d'urgence sont dispensés au sein de la structure par les soignants présents. Un chariot d'urgence est disponible dans la salle de soins.

Les urgences dites psychiatriques sont assurées par le médecin psychiatre de garde de l'EPS Barthélemy Durand sur simple appel de l'équipe paramédicale.

La continuité des soins est assurée par l'équipe soignante de la MAS : médecins, cadre de santé, IDE et aides-soignants.

3. Organisation des soins

a. Equipe médicale

Comme mentionné précédemment, l'équipe médicale est composée d'un médecin somaticien et d'un médecin psychiatre. Le médecin somaticien assure les soins médicaux, en étroite collaboration avec les intervenants extérieurs (spécialistes, biologistes, radiologues, kinésithérapeutes, etc...). Ils prescrivent les traitements liés aux troubles et infections somatiques.

Le médecin psychiatre est responsable de la coordination des soins et assure la responsabilité de la prescription des traitements psychotropes.

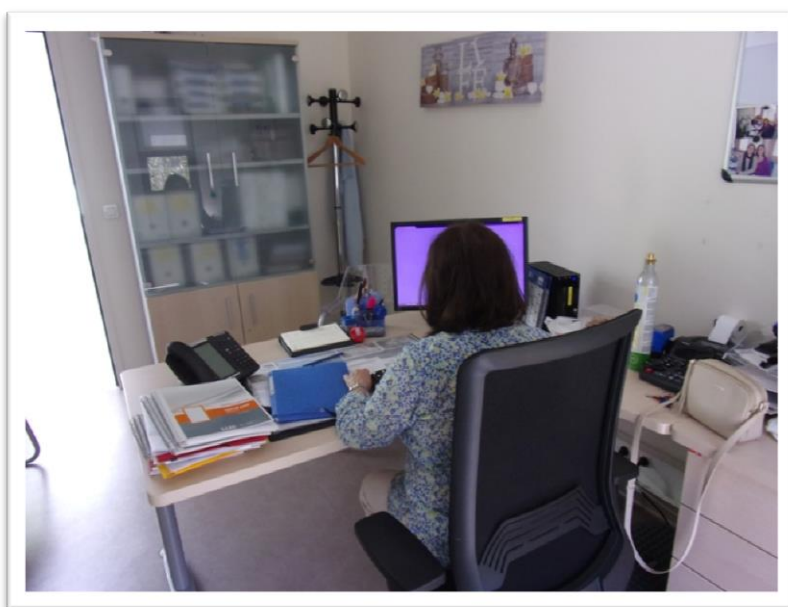


Figure 12 : Bureau du médecin

b. Equipe soignante

L'équipe soignante est composée d'infirmiers (IDE) et d'aides-soignants.

Les IDE dispensent les soins sur prescription médicale et ils travaillent en collaboration avec les aides-soignants.

Les infirmiers sont présents sur 2 amplitudes de travail :

- 1 IDE le matin : 7 h 00 - 14 h 36
- 1 IDE l'après-midi : 14 h 00 - 21 h 36

Les aides-soignants sont présents 24H/24H sur 3 amplitudes de travail :

- 1 AS le matin par unité de vie : 7 h 00 - 14 h 36
- 1 AS l'après-midi par unité de vie : 14 h 00 - 21 h 36
- 1 AS la nuit pour l'ensemble des 5 unités de vie : 21 h 15 - 7 h 15

Il s'agit de l'effectif minimum nécessaire dans les unités de vie, pour assurer la sécurité et la prise en charge des résidents.

L'équipe soignante travaille en collaboration avec une équipe éducative (Educateurs spécialisés et aide médico-psychologique (AMP) et ces derniers complètent un binôme en charge des résidents dans chaque unité).

c. Dispensation médicamenteuse

Les prescriptions médicamenteuses sont effectuées par le médecin somaticien et par le médecin psychiatre de l'établissement ou par tout autre médecin-spécialiste dans le cadre de consultations externes.

Les prescriptions sont transmises par voie informatique à la pharmacie de l'EPS Barthélemy Durand. La dispensation est individuelle et nominative.

L'informatisation du circuit du médicament permet la prise de connaissance en temps réel par les pharmaciens de toutes les modifications ou des changements de traitement. La délivrance des traitements est assurée par la pharmacie de l'EPS Barthélemy Durand.

Des préparateurs en pharmacie spécifiquement affectés pour la MAS au sein de la pharmacie centrale sont chargés d'approvisionner la MAS en cas de changement de

traitement. Les préparateurs son également chargés de préparer les traitements des résidents du Lundi au vendredi.

L'administration des traitements est effectuée par les IDE, mais les aides-soignants et AMP peuvent effectuer une aide à la prise des traitements.

La circulaire DGS/PS3/DAS 99-320 du 4 juin 1999 relative à la distribution des médicaments autorise les aides-soignants à aider à la prise de médicaments lorsque :

- il s'agit d'un « *acte de la vie courante lorsque la prise du médicament est laissé par le médecin prescripteur à l'initiative d'une personne malade capable d'accomplir seule et lorsque le mode de prise, compte tenu de la nature du médicament, ne présente pas de difficultés particulières ni ne nécessite un apprentissage* » ;
- il s'agit de médicaments « *dûment prescrits à des personnes empêchées temporairement ou durablement d'accomplir ce geste* ».

La loi HPST du 21 juillet 2009 précisait, par l'ancien article L313-26 du code de l'action sociale et des familles que « *lorsque les personnes ne disposent pas d'une autonomie suffisante pour prendre seules le traitement prescrit par un médecin à l'exclusion de tout autre, l'aide à la prise de ce traitement constitue une modalité d'accompagnement de la personne dans les actes de sa vie courante. [Elle] peut, à ce titre, être assurée par toute personne chargée de l'aide aux actes de la vie courante dès lors que, compte tenu de la nature du médicament, le mode de prise ne présente ni difficulté d'administration ni d'apprentissage particulier.*

Le libellé de la prescription médicale permet, selon qu'il est fait ou non référence à la nécessité de l'intervention d'auxiliaires médicaux, de distinguer s'il s'agit ou non d'un acte de la vie courante ».

Afin d'améliorer le circuit de la dispensation médicamenteuse, un travail de fond a été engagé.

4. Coordination des soins

La coordination des soins est essentielle à une prise en charge de qualité.

Elle permet une meilleure transmission des informations entre les différents acteurs de cette prise en charge. Les moyens mis en place sont des réunions hebdomadaires (médecins, IDE, AMP, AS etc.), ainsi que les transmissions quotidiennes interdisciplinaires

La coordination des soins permet d'organiser l'échange d'informations entre les médecins et l'équipe soignante.

Les IDE et les AS assurent la traçabilité des actes infirmiers sur le dossier du résident et ils participent, quand cela est nécessaire, aux transmissions inter-équipes (matin et après-midi) dans les unités de vie en collaboration avec l'équipe éducative.

Ces transmissions entre membres de l'équipe soignante et éducative relèvent du secret médical (vers l'extérieur) et du secret partagé en interne.

5. Outils de la qualité des soins

Le dossier médical est accessible au résident, ou à son représentant légal.

A l'ouverture, le dossier médical était tenu sous forme « papier ». Il est actuellement tenu sous forme électronique. Une migration de l'ensemble des documents « papier » en dossier informatisé est en cours.

Le dossier contient les volets suivants :

- volet médical ;
- volet paramédical ;
- volet social ;
- volet éducatif.

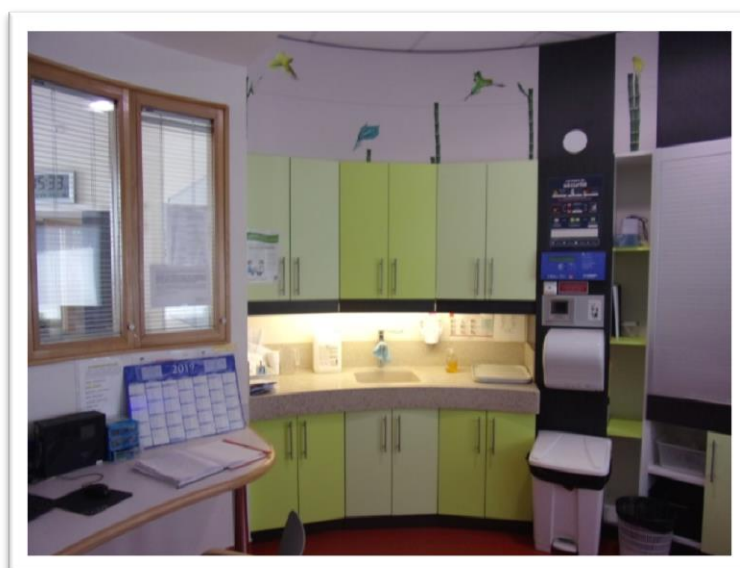


Figure 13 :Le poste d'équipe, présent dans chaque résidence

Le dossier doit pouvoir renseigner rapidement les différents professionnels (médecins, urgences, équipe pluridisciplinaire), intervenant dans la prise en charge du résident, conformément à l'article D344-5-8 du Code de l'Action sociale et des familles. Selon le volet, son élaboration s'établit, soit par le médecin coordinateur, soit par le cadre en lien avec l'équipe pluridisciplinaire.

La MAS « le Ponant » a réalisé le choix d'expérimenter le déploiement du Dossier Médical Partagé auprès des résidents, avec l'appui de la Caisse primaire d'assurance maladie.

La mise en place du Règlement Général relatif à la Protection des Données depuis le 25 mai 2018 incombe d'informer les résidents sur l'utilisation des données à caractère personnel : services qui y ont accès, droits des résidents (accès, portabilité, rectification, opposition, effacement) ainsi que durée de conservation. Le livret d'accueil sera modifié en ce sens.

6. Domaines d'accompagnement

a. Nursing

Ce terme médical d'origine anglaise qui signifie à l'origine « infirmière », rassemble la prise en charge des actes de la vie quotidienne. Ces actes, qui pour une personne autonome, semblent simples à exécuter, nécessitent pour une grande majorité de nos résidents l'aide d'un personnel qualifié à ce type de prise en charge.

Cette mission est confiée aux aides-soignants (AS) et aux aides médico-psychologiques (AMP).

Le nursing est adapté au degré d'autonomie des résidents. Pour certains d'entre eux, il nécessite une prise en charge importante, la présence d'au moins 2 agents est indispensable.

Pour d'autres résidents, le nursing se résume à la présence d'un agent dont le rôle est de stimuler, d'encourager, de motiver.

b. Réveil

Les résidents se réveillent progressivement, ils sont levés en douceur par un membre du personnel en laissant à ceux qui dorment encore le temps de se réveiller. Ce fonctionnement permet de respecter le rythme de chacun. Le résident sera accompagné par le personnel présent dans l'unité le matin, vers la salle de restauration où sera servi le petit déjeuner.

c. Distribution des médicaments

La distribution des médicaments est effectuée dans le bureau soignant de chaque unité ou dans le réfectoire. Cette distribution se déroule donc unité par unité en tenant compte du degré d'autonomie de chaque résident. Certains traitements spécifiques qui nécessitent d'être pris pendant le repas, sont distribués à table par les IDE voire bénéficient d'une aide à la prise par les AS des différentes unités.

d. Temps des toilettes

Les toilettes ou l'accompagnement à la toilette est un moment privilégié, pour les résidents les plus dépendants.

Il s'instaure entre le résident et le personnel chargé de cet acte une relation privilégiée ; cette relation est de l'ordre sensoriel pour les résidents n'ayant pas accès à la parole.

Le toucher devient un mode de communication privilégié dans certaines pathologies, ce qui implique de la part du personnel une attention toute particulière et de tous les instants.

Le plus souvent, il se déroule dans la propre salle de bains du résident. Mais il peut, à la demande du résident ou si cela le nécessite, avoir lieu dans la salle de bain centrale (disponible dans chaque unité) disposant d'une baignoire médicalisée. Chaque baignoire est équipée de jets d'eau ou d'air et est accessible à tous types de handicaps. Il sera proposé un bain minimum par résident et par semaine.

L'intimité des résidents reste une priorité pour les personnels. Mais la toilette demeure un moment où il est possible de repérer toute altération de son état de santé, et ainsi pratiquer des soins préventifs et curatifs en lien avec cette dernière. Ces soins sont obligatoirement pratiqués par les personnels compétents (AS et IDE) et à la suite de consultations externes (dermatologie, podologie, etc ...) et uniquement sur prescriptions médicales.

e. Entretien de l'espace du résident

Ce temps qui suit généralement la toilette et le petit déjeuner, est un moment de partage entre le résident et le personnel. Il faut prendre en considération que la chambre est l'espace privé du résident, ce qui implique son respect total de la part des agents. La plupart des résidents sont dans l'incapacité de pouvoir assurer de façon autonome, l'entretien de leur chambre. Un accompagnement est donc nécessaire. Il peut être mis en place dans le cadre d'activités éducatives. Cet accompagnement tient compte du degré d'autonomie de la personne. Il consiste, le plus souvent à la réfection du lit, au rangement de la chambre et de la salle de bain, tout en respectant le rythme du résident.

f. Repas

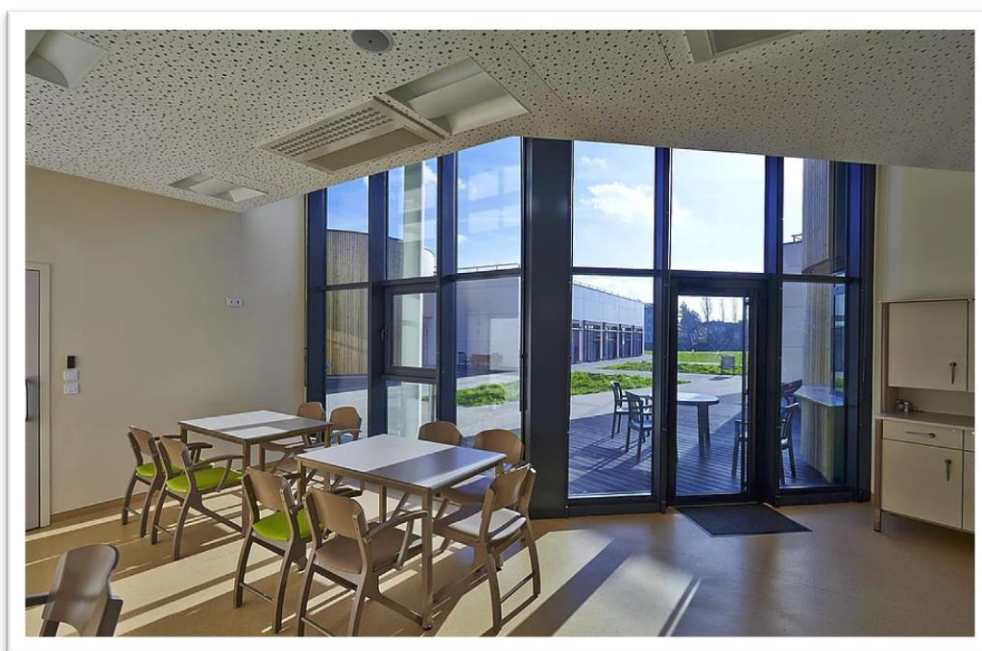


Figure 5 : Une des salles de repas de la MAS

Les repas rythment la journée, ils restent un moment de convivialité et doivent rester un plaisir fondamental où les goûts de chacun peuvent s'exprimer. Les repas peuvent être dans certains cas une source d'angoisse. Il est donc nécessaire d'offrir aux résidents un cadre rassurant et serein. Le degré d'autonomie est respecté ; certains résidents nécessitent une aide complète aux repas ; pour d'autres, il s'agit d'un accompagnement et d'une surveillance afin d'éviter les accidents inhérents à la prise de repas.

Les résidents bénéficient d'une alimentation adaptée à leur handicap et/ou à leurs régime et allergies. Ils sont accompagnés pendant les repas et sont aidés selon leurs difficultés particulières.

Dans le cadre ponctuel de certaines activités, certains résidents peuvent participer à la préparation de leur repas. De même, les familles ont la possibilité prendre leur repas avec les résidents dans la structure, si cette demande est exprimée suffisamment tôt pour pouvoir être prise en compte.

- Petit déjeuner

Il est mis à disposition des résidents dès 8h00 et ce jusqu'à 9h00.

Pour certains résidents qui nécessitent une aide au repas, ou qui ne peuvent se servir eux-mêmes, les petits déjeuners sont préparés par les agents de service hospitalier. Dans la mesure du possible, les goûts et désirs des résidents sont respectés (ceux-ci sont présents dans chaque résidence afin de préserver la continuité de la prise en charge). L'aide au repas est assurée par les AMP et les AS. Les personnels maintiennent au maximum l'autonomie de la personne prise en charge.

Un plan de surveillance de la nutrition, de la sous-alimentation, des surcharges pondérales, est réalisé sous forme de bilans individuels en collaboration avec la diététicienne.

- Déjeuner et le dîner

Le déjeuner débute dès 12h et ce jusqu'à 13h, et le dîner à partir de 19h et ce jusqu'à 20h. Les résidents prennent leur repas dans les salles à manger attenantes aux unités de vie. Ils peuvent, s'ils le souhaitent, et dans le cadre d'une activité éducative, participer au dressage des tables en compagnie du personnel. Une présence des différentes catégories de personnel (AS, AMP) est obligatoire pendant les heures de repas. Elle a pour but d'assurer la sécurité des résidents (prévention des risques inhérents à la prise des repas : troubles de la déglutition, fausse-route, etc...) et pour fournir, une aide aux repas pour les résidents les moins autonomes.

L'équipe veille à respecter le rythme d'alimentation de chaque résident, en fonction de ses capacités et de ses besoins.

Les résidents peuvent, après le repas, s'ils le souhaitent, bénéficier d'un moment de détente (sieste) dans leur chambre ou dans toute une autre pièce destinée à cet effet.

Les résidents qui le désirent, peuvent bénéficier d'activités dites « calmes » adaptées à ce moment de la journée.

- Collation

Le résident bénéficie d'une collation vers 16h30.

g. Début de soirée

Ce temps qui suit les activités et qui s'étale jusqu'au dîner, est réservé à différents types d'activités. Elles sont généralement plus « calmes » afin de permettre au résident de s'apaiser avant de se rendre au dîner. Elles ont lieu le plus souvent dans les unités de vie mais elles peuvent également être orientées sur l'extérieur.

h. Soirée

Elle débute dès la fin du dîner. L'équipe accompagne les résidents, pour ceux qui le nécessitent, afin de les préparer à passer la nuit (changes, tenues de nuit). Cet accompagnement tient évidemment compte du rythme de la personne prise en charge. Les résidents plus autonomes peuvent regarder la télévision dans le séjour de l'unité.

i. Coucher

Les résidents sont couchés ou vont se coucher à leur demande. L'accompagnement au coucher est également un moment clé de leur vie, il peut être un repère dans le temps mais également source d'angoisse.

Les heures de coucher sont prévues entre 20 h 30 et 23 h.

La surveillance de nuit est assurée par 4 agents. Ces personnels assurent la sécurité des résidents et veillent à leur confort durant cette période. Ils assurent également les changes pour les résidents qui le nécessitent.

L'aide-soignant réalise l'aide à la prise des traitements pour la nuit.

j. Week-end

Le rythme de vie et les horaires du week-end se calquent sur le fonctionnement de tout un chacun. Il est donc privilégié le repos, la détente et le calme. Mais il peut être organisé et mis en place certaines activités pour des circonstances particulières (fêtes, anniversaires, etc.).

Le retour en famille pour le week-end, est favorisé. Il est décidé en collaboration avec les familles. Il est mis en place un planning qui précise les fréquences ainsi que les dates de retour. Le choix et le respect du résident restent la priorité ; ils tiennent également compte des contraintes des familles.

D) Projet éducatif

L'objectif premier de la Maison d'Accueil Spécialisée est d'offrir aux résidents un lieu de vie à dimension « humaine » qui conserve un climat « convivial et familial », tout en garantissant à chacun son intimité.

Le quotidien à la Maison d'Accueil Spécialisée doit permettre, selon un rythme adapté à chaque personne, de répondre aux besoins fondamentaux. Ces moments sont riches de stimulations et doivent donner à chacun la possibilité d'avoir une emprise sur la quotidienneté de son existence, tout en offrant un appui éducatif ou rééducatif, pour maintenir ou améliorer ses potentialités.

Il ne faut pas oublier que les résidents sont des citoyens adultes, et même si certains troubles ou pathologies peuvent leur donner certaines attitudes atypiques, ils ne doivent pas pour autant être infantilisés et doivent être considérés comme des personnes à part entière.

Les résidents ont besoin d'être soutenus, motivés, stimulés et avoir une vie sociale.

Pour permettre une vie sociale collective et pour le respect de l'autre et la construction de soi, les résidents doivent avoir des limites : un cadre doit donc être posé et verbalisé.

C'est dans ce cadre-là que s'inscrit le projet éducatif de la Maison d'Accueil Spécialisée avec pour objectifs de :

- permettre le bien-être, l'éveil et l'épanouissement de chaque résident ;
- maintenir et développer les potentialités de chacun ;
- favoriser les relations avec autrui ;
- garantir le lien social et une ouverture sur l'extérieur.

Pour atteindre ces objectifs, il est primordial que soient mis en place :

- un projet individualisé pour chacun des résidents ;
- des activités éducatives variées et adaptées ;
- un rythme de vie individuel s'inscrivant dans un collectif ;
- une réflexion professionnelle régulière.



Figure 14 : Quelques outils de communication utilisés à la MAS

1. Projet individualisé

Pour que chaque résident puisse bénéficier pleinement de ce projet éducatif et s'inscrire dans la vie institutionnelle de la Maison d'Accueil Spécialisée, il est nécessaire de mettre en place pour chacun un projet individualisé répondant, au plus près, à ses besoins spécifiques.

Ce document est l'action conjuguée, réfléchi et continue d'une équipe pluridisciplinaire, permettant d'apporter la meilleure qualité de vie possible à la personne accueillie. Cela suppose une capacité de l'équipe à réajuster, de façon continue, l'accompagnement proposé à chacune des personnes accueillies.

Ce document est défini à partir des demandes du résident et des observations faites par l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire. Il est établi et réajusté lors de la réunion de synthèse du résident par l'équipe référente (infirmier, éducateur spécialisé, aide-soignant, aide-médecin psychologique, psychologue, psychomotriciens...) et en partenariat avec le résident et/ou son représentant légal, et les référents.

Suite à ce projet, l'équipe éducative établit et met en place un planning hebdomadaire pour chacun des résidents. Ce planning est un des outils permettant d'atteindre les objectifs fixés dans le projet individualisé du résident.

Ces plannings indiquent les activités qui lui sont proposées, que ce soient celles qui ont lieu au sein de la MAS comme à l'extérieur ou sur d'autres structures de l'établissement (Centre Social de l'EPS Barthélemy Durand, etc.).

Chacun des plannings individuels est repris et affiché dans un planning collectif par unité vie.

Pour veiller à la bonne mise en place et au respect du projet individualisé et du planning, chaque résident dispose d'équipe de référents désignés parmi l'équipe pluridisciplinaire de la Maison d'Accueil Spécialisée.

L'équipe référente est porteuse du projet individuel de la personne et il en assure la cohérence. Aucune décision importante concernant un résident n'est prise sans avoir engagé une concertation avec sa famille ou le représentant légal. Un programme d'activités régulières est planifié et affiché sous la responsabilité du cadre de proximité. Il est mis en œuvre par l'équipe soignante, d'accompagnement et d'animation, au regard des besoins et des attentes de chaque personne accueillie, définies dans le cadre des projets individualisés.

Par ailleurs la Maison d'Accueil Spécialisée ne doit pas être vue comme une finalité au projet individualisé des résidents. Il faut donc pouvoir réajuster le projet de chacun et tendre vers une préparation sur d'autres structures (Foyer de vie, Lieux de séjours, EHPAD, Foyer d'Accueil Médicalisé, d'autres MAS...).



Figure 15 : Promenade dans le parc de l'EPS Barthélemy Durand pour les résidents de la MAS

2. Activités éducatives

Des activités variées sont mises en place afin d'animer la vie institutionnelle mais aussi d'assurer des temps de stimulation, de loisirs et de détente, visant le bien être, l'éveil, l'autonomie, et l'intégration sociale.

Ces activités, qui peuvent se faire en individuel ou en groupe, sont initiées et portées par les éducateurs spécialisés, les aides médico-psychologiques et/ou les aides-soignants, toujours en lien avec le projet individuel du résident.

Ces activités regrouperont des résidents des différentes unités de vie favorisant ainsi l'ouverture et le lien social.

Certaines de ces activités ou des séances spécifiques sont proposées au sein de la MAS :

- ateliers autour de la musique (écoute ou éveil musical, percussions...) ;
- bien-être, massage, esthétique ;
- salle Snoezelen ;
- atelier créatif ;
- jeux de société ;
- lecture, contes ;
- cuisine et pâtisserie ;
- ateliers multimédias (informatique, vidéo, photo...) ;
- jardinage ;
- autres.

D'autres activités peuvent être proposées à l'extérieur, pour des raisons d'intégration sociale et d'ouverture sur ce qui nous entoure. Cela permet de proposer :

- piscine ;
- équitation ;
- marche / randonnée ;
- sorties en lien avec la vie de la commune.

Comme les projets individualisés, le contenu et le rythme de ces activités sont réactualisés autant que nécessaire, en fonction des capacités et des besoins de chacun des résidents.

Des « séjours de vacances » peuvent également être organisés afin de rompre avec le quotidien de la Maison d'Accueil Spécialisée. Il existe deux types de séjours : ceux organisés par la MAS qui concernent un groupe de résidents et qui sont gérés et encadrés par l'équipe de la MAS et ceux qui sont proposés de manière individuelle à des résidents par des organismes extérieurs.

La MAS Le Ponant s'efforce de communiquer de manière individuelle et collective aux familles la programmation des activités éducatives proposées à leur proche.

3. Activités culturelles

Les pratiques culturelles sont abordées sous l'angle du plaisir et de l'épanouissement personnel. Elles participent de l'expression de la citoyenneté des résidents et contribuent à la qualité de vie, comme le souligne la HAS dans ses recommandations de bonnes pratiques.

Aussi, depuis plusieurs années, la MAS s'appuie sur le partenariat culturel développé par l'EPS Barthélemy Durand pour proposer des animations culturelles auprès des résidents.

Ces activités peuvent se dérouler en ouverture sur la ville, en présence de patients de l'EPS Barthélemy Durand ou spécifiquement sur la MAS

Elles permettent de révéler des sensibilités et des compétences complémentaires à celles observées et travaillées avec les équipes de la MAS et sont souvent le point de départ pour s'ouvrir à l'autre ou pour évoquer des événements marquants de l'histoire du résident.

La MAS Le Ponant vise à construire, avec l'EPS Barthélemy Durand, une programmation culturelle annuelle pour les résidents.

4. Rythme de vie collectif

Il est donc proposé à chacun des résidents un planning individualisé qui s'inscrit dans le rythme collectif de la Maison d'Accueil Spécialisée.

Tranche horaire	Descriptif
7H à 9H	Réveil Aide à la toilette Habillage Petit-déjeuner Traitements
9H à 12H	Activités éducatives Soins infirmiers Accompagnement aux différents rendez-vous (médecin, extérieur...)
12H à 13H	Repas Traitements
13H à 14H	Repos si besoin Animations calmes sur les unités de vie
14H à 17H	Activités éducatives Accompagnement aux différents rendez-vous (médecin, extérieur...) ou sorties en lien avec le projet de socialisation Goûter
17H à 19H	Animations et activités « calmes » sur les unités de vie Temps libre également
A partir de 19H	Dîner Traitements Temps individuel ou collectif (télévision, lecture, autres...) Coucher

Figure 16 : Rythme de vie collectif type

Ce rythme de vie peut être enrichi d'évènements particuliers tels les anniversaires des résidents, des fêtes annuelles (Nouvel An, fête de la musique, halloween, Noël...) et des moments de partage avec les familles.

Les week-ends sont privilégiés pour les séjours en famille ou les visites de celles-ci, avec un rythme convenu au préalable. Cela permet de conserver les liens familiaux.

Les week-ends sont essentiellement gérés par les Aides Médico Psychologiques et les Aides-soignants. De ce fait, le rythme est différent et les activités moins nombreuses, mais les animations particulières et la participation aux évènements proposées par la commune y sont privilégiées. En fonction des projets, la présence de membres de l'équipe éducative peut être envisagée.

5. Participation des familles

Tout en étant résident à la Maison d'Accueil Spécialisée, chaque personne entretient ses relations affectives avec autrui (amis, famille, représentant légal...). Il est donc naturel et nécessaire de favoriser ces relations et donc de permettre :

- des rencontres régulières avec la mise à disposition d'une salle, respectant l'intimité des visites familiales, amicales ou autres ;
- un travail en partenariat entre l'équipe pluridisciplinaire et la famille et/ou le représentant légal (projet individualisé, gestion des besoins du résident,...) ;
- aux familles de participer à des évènements de la vie institutionnelle (fêtes, réunions...) ;
- la mise en place d'actions visant à soutenir les familles par rapport au handicap et à l'évolution du résident.

La MAS le Ponant associe autant que possible les familles à la vie du résident.

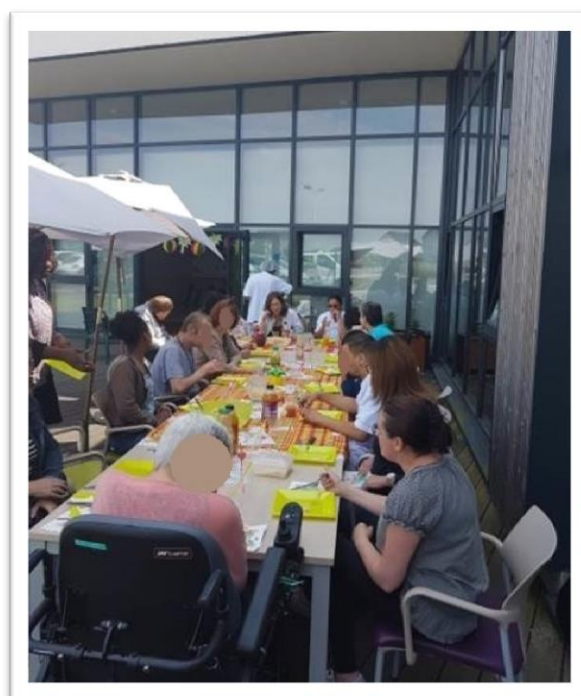


Figure 17 : Fête d'été des familles

E) Aspects spécifiques de l'accompagnement

1. Respect de l'intimité et de celui de la vie affective

Les lois de 2002 et 2005 offrent des droits nouveaux aux personnes handicapées, notamment dans le domaine de la vie affective et sexuelle.

En effet, la loi de février 2002 invite au « *respect de la dignité, de sa vie privée, de son intimité* ».

La loi du 11 février 2005 précise « (...) *permettre que la personne vive une pleine citoyenneté, avec les mêmes droits et les mêmes devoirs* » que n'importe quel individu, quel que soit le registre y compris la vie affective et sexuelle.

La prise en compte de la vie affective des personnes handicapées est indispensable à leur bien-être car elle participe à la construction et à l'épanouissement de la personne.

Dans cet objectif, la discussion doit être engagée entre les professionnels avec l'appui du psychologue et l'entourage des résidents.

Les sujets importants que sont le respect de l'intimité et le respect de la vie affective doivent être portés par l'institution et l'ensemble des professionnels. Il est essentiel qu'il n'y ait ni peur ni tabou pour pouvoir communiquer entre professionnels et échanger avec le résident sans difficulté.

Au-delà de l'accompagnement, le professionnel aide les résidents dans la prise en compte et l'acceptation de leur corps, de la sensorialité, lors de toilettes notamment.

L'intimité des résidents est prise en compte et respectée. Afin que la notion d'intimité soit éventuellement comprise par les résidents, le personnel doit les traduire par des actes concrets.

Dans le cadre d'activités, thérapeutiques ou non, l'activité fait médiation dans la relation. Ces temps contribuent au bien-être de la personne dans la connaissance de ses limites corporelles et traduisent également l'attention qui est portée à son égard.

Les séances Snoezelen constituent des moments privilégiés permettant au résident de ressentir physiquement des sensations différentes de celles du quotidien (vue, toucher, ouïe, odorat) sans glisser dans l'affectivité.

Les résidents ont besoin d'affection, mais il n'appartient pas aux professionnels d'y répondre. Ces derniers aident à l'acceptation de la prise en compte de l'autre. Des questions se posent : comment combler leur manque affectif ? Quels sont leurs besoins individuels et

quelles réponses y apporter ? Toutes ces interrogations sont exploitées autour d'un travail institutionnel en présence du psychologue.



Figure 18 : Espace Snoezelen

2. Fin de vie

Une des évolutions caractéristiques des établissements pour personnes handicapées, est la durée de la prise en charge des résidents. La qualité des soins prodigués en France permet une longévité qui va, pour la plupart, au-delà de 60 ans.

Il se pose alors de manière inévitable la question de la fin de vie. Cet accompagnement doit se faire à plusieurs niveaux.

■ au niveau de la personne :

L'adaptation du projet de vie du résident est nécessaire avec des pratiques d'accompagnement individualisées telles que : des soins de confort, des aides techniques (matériel ergonomique), des d'activités adaptées (écoute musicale, séances Snoezelen, bains détente, ...) et une prise en charge de la douleur.

Nous collaborons avec les équipes mobiles de soins palliatifs ou d'hospitalisation, qui viennent en renfort des soins proposés par les membres de l'équipe pluridisciplinaire de la structure.

La psychologue de la structure, qui est présente dans les grandes étapes de la vie des résidents, peut mettre en place un accompagnement individualisé de la personne concernée. Elle lui propose alors une écoute de la souffrance psychologique.

Une réflexion régulière, coordonnée par notre médecin référent et par l'équipe d'encadrement est proposée au décours de la fin de vie du résident.

Un accompagnement spirituel peut être proposé en accord avec la personne si elle le souhaite ou sa famille.

- au niveau de la famille :

Faciliter la participation et la présence ponctuelle ou durable (en offrant la possibilité d'avoir un lit d'appoint ou un fauteuil permettant de se reposer) des proches si le résident le souhaite, sur les temps de la vie quotidienne, au moment des repas, pour le coucher, ... en respectant le plus possible leur intimité.

Accompagner leur souffrance psychique par toute l'équipe pluridisciplinaire.

- au niveau des résidents de la Maison d'Accueil Spécialisée :

Le personnel doit aider les résidents à exprimer leurs inquiétudes face à une telle situation. L'équipe pluridisciplinaire porte une écoute attentive aux résidents proches de la personne concernée.

- au niveau du personnel :

La MAS propose une formation aux soins de confort dans le cadre de soins palliatifs et aussi pour la prise en charge de la douleur, en particulier pour les personnes dyscommunicantes.

L'accompagnement psychologique du personnel est assuré conjointement par la psychologue du travail et celle de la structure au travers de groupes de parole et/ou des supervisions.

Par ailleurs, les cas complexes de fin de vie peuvent trouver leur place dans les échanges du comité éthique de l'EPS Barthélemy Durand.

Dans la mesure du possible, en cas de décès, la MAS « Le Ponant » respecte les rites et rituels du défunt et ses dernières volontés (directives anticipées, lorsque celles-ci ont été formalisées).

Partie III : Les moyens

I- PARTENARIATS

Afin de répondre au mieux aux demandes et besoins des personnes accueillies, un réseau et des partenaires de travail autour des résidents se sont développés. De plus, établir un partenariat permet d'enrichir les propositions faites aux résidents en les adaptant à chacun.

Il est à noter qu'outre les partenariats présentés ci-dessous, la MAS « Le Ponant » bénéficie de toutes les conventions de l'EPS Barthélemy Durand, quel qu'en soit l'objet.

A) Partenariats internes

1. Travail avec les équipes de secteur

Des liens réguliers avec les équipes de secteur autour de la prise en charge du résident sont indispensables :

- avant l'admission : l'équipe référente du patient pose l'indication et l'équipe de l'unité de vie participe à la décision d'admission ;
- pendant le séjour : l'équipe de secteur reste référente, elle assure le suivi, participe à des bilans cliniques réguliers, prend en charge l'hospitalisation lorsque celle-ci est nécessaire ;
- l'équipe de secteur référente participe à un éventuel projet de réorientation.

2. Partenariat avec le service soins somatiques

La prise en charge somatique des patients s'effectue grâce à des rendez-vous programmés chez des médecins généralistes et par l'intermédiaire du médecin de la structure.

Ce partenariat permet aux résidents de bénéficier de la présence d'un médecin généraliste en cas de besoin et d'indisponibilité de son généraliste.

Il intervient deux demi-journées par semaine et en cas de besoin.

En son absence et en cas d'urgence, un relais est toujours possible par le médecin de garde de l'EPS Barthélemy Durand.

Cette présence médicale constante assure ainsi aux résidents un suivi optimal et de qualité.

La MAS bénéficie des consultations des praticiens et personnels paramédicaux du service soins somatiques, même si les consultations de spécialistes privés sont privilégiées.

Les consultations et soins sont variés :

- ophtalmologie ;
- dentaires (soins conservateurs et d'urgence) ;
- podologie ;
- ostéopathie ;
- gynécologie (une sage-femme réalise les suivis gynécologiques, les frottis et les besoins en contraception....) ;
- soins infirmiers (prélèvements sanguins, réfections de pansements...) ;
- diététique ;
- musicothérapie.

Certains actes peuvent être réalisés sous Meopa pour diminuer l'anxiété du résident et limiter la douleur.

3. Partenariat avec le centre régional douleur et soins somatiques en santé mentale, autisme, polyhandicap et handicap génétique rare

a. Présentation

Le Centre régional douleur et soins somatiques en santé mentale et autisme, polyhandicap et handicap génétique rare de l'EPS Barthélemy Durand est le centre de référence national s'adressant à des populations vulnérables en errance médicale.

Depuis 2012, sa forte expertise couvre le champ de la douleur et des soins somatiques pour les patients avec autisme, handicap, ou maladie mentale. Les patients avec handicap ont en effet des comorbidités organiques associées importantes. Leur espérance de vie est réduite de 20 % par rapport à la population générale et les maladies cardiovasculaires sont les premières causes de décès dans cette population. Le centre assure des missions de :

1. De prise en charge de recours de niveau interrégional, cette prise en charge complexe de recours étant pluridisciplinaire et globale.
2. De coordination : le centre de référence est la tête de pont d'un réseau national de centres de consultation dédiée en cours de déclinaison par les agences régionales de santé. Il déploie une ingénierie de coordination et d'intégration des parcours de santé pour les patients et dispose de liens forts avec les acteurs stratégiques de cette prise en charge et les structures médico-sociales, structures sanitaires, réseaux de santé et les médecins libéraux.

Il concourt activement à la diffusion d'information et de sensibilisation partout en France, participant également à de nombreux congrès scientifiques ;

3. D'expertise : Il participe à l'élaboration des politiques gouvernementales, à la rédaction des recommandations de bonnes pratiques et à l'évaluation des politiques publiques. Il développe également des outils spécifiques, à l'instar de protocoles ou d'échelles d'évaluation de la douleur facilitant les stratégies de prise en charge et d'évaluation standardisées, respectant la particularité de chaque patient. Grâce à la télémédecine, le Centre conduit des projets ambitieux avec des répercussions pour l'ensemble des personnes avec TSA. Elle favorise l'accès à l'expertise du Centre au niveau national. Le dispositif TELMA, coordonné par le centre, regroupe ainsi des partenaires sanitaires et médico-sociaux tout en étant accessible à tout médecin français. ;

4. D'enseignement : L'équipe du centre coordonne des enseignements universitaires et enseigne au sein de diplômes universitaires ou inter-universitaire. Le chapitre du manuel de référence national universitaire de psychiatrie a également été rédigé par le centre de référence ;

5. Et de recherche : L'amélioration de la prise en charge de ces patients repose en partie sur le développement des actions de recherche autour des spécificités du suivi somatique de ces populations. L'affiliation au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (Canada), le travail en réseau avec d'autres institutions et l'implication forte dans une dizaine de sociétés et structures savantes (INSERM, ANP3SM etc.) favorisent ce travail qui s'exprime jusqu'au sein de groupes de travail nationaux. Le Centre est également très présent à l'échelle mondiale, avec des contributions pour l'OMS, les États-Unis, l'Allemagne, le Maroc, la Belgique, l'Inde, le Canada et la Suisse par exemple.



Figure 19 : Le Centre Régional Douleur et Soins Somatiques

b. Liens avec la MAS Le Ponant

Le centre régional propose son expertise aux équipes de la MAS Le Ponant dans l'ensemble des dimensions de ses missions. Ainsi sont possibles :

- Pour les cas les plus complexes de douleur, une orientation sur le centre régional des résidents de la MAS ;
- L'appui sur le centre régional pour bénéficier de ses conseils sur la coordination des parcours somatiques des résidents ;
- L'appui sur les outils du centre régional pour assurer la promotion des soins somatiques des résidents (grille d'hétéro-évaluation de la douleur, plaquettes de prophylaxie en matière d'alimentation, etc.) ou pour faciliter leur mise en œuvre (télémédecine) ;
- La participation de la MAS Le Ponant dans les recherches du centre régional.

Il est prévu de formaliser ces échanges, sous forme d'une réunion annuelle, qui permettra d'effectuer un bilan de l'année écoulée.

4. Partenariat avec l'unité de recherche clinique

La MAS Le Ponant ambitionne de porter des recherches ou d'y contribuer dans le champ de l'accompagnement des résidents (prise en charge somatique, détection des douleurs, diversification des moyens de communication, etc.). La plus-value de démarches innovantes peut ainsi être évaluée d'une manière objective afin d'en connaître les conditions de succès, les limites et d'autoriser leur mise en place pérenne au sein de la MAS

Trois projets de recherche sont en cours, appuyés notamment par l'unité de recherche clinique :

1. Le projet de communication augmentée par tablette tactile (avec la possibilité d'optimiser par ce biais l'évaluation de la douleur).
2. Le projet « music care » (qui permet par l'utilisation de fréquences modulables d'agir sur les comportements et sur l'apaisement des personnes bénéficiaires avec pour effet la diminution du recours aux traitements hypnotiques).
3. Le projet d'utilisation d'huiles essentielles proposé par un médecin pharmacien de l'EPS (dans le but d'étudier les effets d'un enveloppement olfactif dans une dynamique d'approche sensorielle différente).

Afin d'optimiser ce partenariat, une rencontre annuelle avec l'unité de recherche clinique sera réalisée.

5. Partenariat avec le service culturel

La MAS Le Ponant est une structure rattachée à l'EPS Barthélemy Durand. À ce titre, elle bénéficie pleinement de la politique culturelle artistique et culturelle de l'établissement qui se destine à l'ensemble de la communauté, fédératrice et ouverte sur la cité. En tant que lieu de vie et établissement médico-social, la MAS bénéficie également de projets artistiques et culturels dédiés.

Depuis une quinzaine d'années, l'EPS Barthélemy Durand n'a eu de cesse de développer une politique culturelle ambitieuse, composante à part entière du projet d'établissement.

Les engagements de l'établissement en matière de politique culturelle sont :

- de s'engager pour l'accessibilité à l'art et la culture pour tous, pour que le milieu hospitalier et médico-social ne soit plus considéré comme un lieu de « publics empêchés » ;
- de contribuer à la dignité des usagers ;
- de déstigmatiser la maladie mentale et le handicap en offrant des opportunités d'échange et d'ouverture ;
- d'offrir un terreau favorisant les liens entre le personnel, les usagers, des artistes, la population et les partenaires du territoire ;
- de contribuer à un cadre de travail agréable.

a. Une politique culturelle reconnue, ambitieuse et ouverte sur le territoire



Figure 20 : Label Culture & Santé

En 2013, l'EPS Barthélemy Durand s'est vu attribuer, pour une durée de trois ans le label « Culture & Santé » en Île-de-France. Cette labellisation a été renouvelée pour la période 2019-2021. Décernée par l'agence régionale de santé (ARS) et la direction régionale des affaires culturelles (DRAC) d'Île-de-France, cette distinction vient reconnaître l'investissement de l'EPS Barthélemy Durand dans la mise en œuvre d'une politique artistique et culturelle innovante et de qualité. L'établissement souhaite poursuivre et développer une politique culturelle ambitieuse, reconnue par les renouvellements de labellisation dans les années à venir.

En complément, l'EPS Barthélemy Durand a été doublement récompensé par la Fédération hospitalière de France (FHF) et le programme national Culture & Hôpital, qui ont créé le trophée Culture & Hôpital/FHF. Celui-ci vise à reconnaître l'engagement des établissements

dans les pratiques artistiques et culturelles en valorisant les réalisations les plus innovantes. En 2013, l'EPS Barthélemy Durand a été distingué pour l'implication de ses équipes dans la chorale de l'établissement, Les Chœurs battants, et plus récemment, en 2017, il s'est vu attribuer un prix spécial pour son projet « Un lieu culturel à Barthélemy Durand : habiter pour créer ».

L'année 2015 a été marquée par l'arrivée d'une responsable de la culture, des arts et du mécénat issue du monde de la culture, spécifiquement investie pour permettre une meilleure professionnalisation et une meilleure visibilité du projet artistique et culturel de l'établissement, passant notamment par un ancrage fort et une ouverture dynamique de l'établissement sur son territoire. Ces missions participent activement à la politique de déstigmatisation.

Le projet culturel de l'EPS Barthélemy Durand est riche et s'appuie sur des partenariats tissés avec les lieux culturels clés du territoire. Il comprend une programmation pluridisciplinaire *in* et *ex situ* de spectacles, des résidences d'artistes, une valorisation des pratiques artistiques amateurs et un lieu dédié à l'art et la culture. L'établissement porte la volonté de favoriser la diversité artistique à travers la circulation et les échanges entre les artistes et le public. Ouverte à la population du territoire et aux riverains, la programmation de l'EPS Barthélemy Durand vient enrichir l'offre culturelle essonnienne. Elle vise à être itinérante sur les différentes structures de l'EPS Barthélemy Durand.

Les résidences d'artistes, déjà ancrées dans la politique culturelle de l'établissement, permettent de faire de l'EPS Barthélemy Durand un lieu de création artistique et culturelle et de lien entre les résidents, le personnel et des intervenants et partenaires extérieurs.

Il est à noter que les projets culturels promus par l'établissement favorisent l'implication des résidents et des patients, mais aussi du personnel dans le processus de création artistique.

Par ailleurs, ces projets artistiques sont sélectionnés afin de travailler et de donner du sens à une problématique collective déterminée (exemples : identité et patrimoine, habiter...), au lieu de se centrer sur la population visée (enfants...) ou sur une pratique artistique particulière (danse, peinture...).

Le territoire de l'Essonne regorge de lieux culturels structurants, qui ont fait l'objet de partenariats permettant aux résidents et au personnel de l'établissement de participer à des expériences et événements culturels inédits, hors et dans les murs de l'hôpital. Ces partenaires culturels sont, notamment, l'Opéra de Massy, le théâtre de l'Agora (scène nationale d'Évry et de l'Essonne), le Théâtre Brétigny (scène conventionnée), le Domaine départemental de Chamarande, les salles de musiques actuelles (le Plan à Ris-Orangis, Paul-Baillard à Massy), le festival « Au sud du Nord ». Par ailleurs, de nombreux artistes locaux et nationaux se sont engagés à l'EPS Barthélemy Durand sur tout type de propositions artistiques (théâtre, danse contemporaine, musique, conte, art de la rue...).

L'EPS Barthélemy Durand travaille en synergie avec les politiques culturelles locales. Les collectivités sont largement impliquées dans le projet. Chaque année, des aides et subventions sont allouées, dans le cadre d'appels à projets sélectionnés ou d'un partenariat, par la communauté d'agglomération de l'Étampois Sud-Essonne (CAESE), par le département et par la région. Devenu un acteur culturel incontournable, l'EPS Barthélemy Durand intervient à de nombreuses commissions pour des projets territoriaux.

En plus de sa démarche culturelle, volontariste et exigeante, l'établissement encourage le développement des pratiques artistiques amateurs des résidents et patients et des personnels. De nombreuses créations partagées protéiformes (livres, films-spectacles, expositions, performances...) font l'objet d'une rencontre et d'une collaboration étroite entre des artistes professionnels reconnus, des résidents, des patients et du personnel de l'établissement. Des expositions, des « cartes blanches » ouvertes aux productions « talents » de l'EPS Barthélemy Durand valorisent le travail d'agents, de résidents et de patients. Une multitude de pratiques artistiques sont proposées tout au long de l'année à tous les services (ateliers, théâtre, qi-gong, peinture, danse...).

En 2015, grâce à un travail de sensibilisation dans les services, l'établissement a mis en place un réseau d'une cinquantaine d'ambassadeurs culturels. Ces derniers sont les référents officiels et les relais du projet culturel dans les services de l'établissement. Ils facilitent la mobilité des artistes et du projet culturel entre les sites et les services. Ils permettent de promouvoir les actions et sont force de proposition afin de construire la programmation culturelle de l'EPS Barthélemy Durand. Ce réseau d'ambassadeurs culturels participe au décloisonnement des secteurs et services et permet à l'établissement de disposer d'un projet culturel fédérateur, avec une programmation et des créations transversales. La MAS est représentée au sein du réseau des ambassadeurs culturels.

b. Un projet innovant de lieu fédérateur, créateur de passerelles

L'établissement identifie aujourd'hui la nécessité de bénéficier d'un lieu dédié à la culture afin de fédérer tout l'établissement, dont les sites sont disséminés dans toute l'Essonne. Avec la relocalisation d'une unité d'hospitalisation, l'opportunité de réhabiliter en Cité culturelle un ancien pavillon de soins, situé au cœur du site historique de l'EPS Barthélemy Durand, s'est présentée.

Entre 2016 et 2017, la conception architecturale du lieu a été réalisée selon la démarche originale et co-construite du collectif d'architectes Notre Atelier Commun (NAC), de Patrick Bouchain et Loïc Julienne, via une permanence architecturale. Elle a consisté à « habiter » le lieu à réhabiliter et à interroger toute la communauté hospitalière ainsi que les partenaires du territoire via une commission culturelle (communauté d'agglomération, ville, département, région, ARS, acteurs culturels et artistes...), sur leurs attentes vis-à-vis de ce projet.

La permanence architecturale a ainsi servi de cadre à cette recherche peu commune : Comment faire culture dans un établissement de santé ? Comment rendre perméable la frontière entre l'établissement et la ville ? Comment établir un dialogue fructueux entre une structure pouvant être perçue comme semi-fermée et son environnement proche ou lointain (ville, agglomération, département, région) ? Au total, 431 personnes ont activement collaboré à cette permanence.

Dans l'attente de travaux de grande ampleur, la Cité culturelle est active depuis 2016 et est devenue le théâtre de nouveaux usages : ateliers de peinture, lectures, concerts, spectacles, expositions, studio d'enregistrement. Si ces nouvelles activités préfigurent indéniablement le futur lieu culturel, l'objectif est d'adapter le bâtiment à sa nouvelle vocation, de le transformer en lieu culturel ouvert à tous les habitants de l'établissement ainsi qu'aux habitants et acteurs du territoire. La Cité culturelle disposera d'espaces de création et de résidence pour les artistes travaillant in-situ ou chez nos partenaires. En complément de l'espace de résidence, le lieu disposera également a priori d'un espace de représentation artistique qui servira les besoins de l'hôpital et du territoire. En effet, face au besoin constaté sur le Sud Essonne, le Conseil départemental de l'Essonne et la Communauté d'agglomération de l'étampois Sud Essonne soutiennent ce projet pour permettre aux habitants de bénéficier d'une telle structure culturelle. En faisant entrer les artistes dans l'EPS Barthélemy Durand, en faisant de ce lieu de résidence un espace ouvert et accueillant, en favorisant les échanges et les rencontres, en faisant l'expérience de créer et de montrer dans un site hors du commun, en créant un nouveau lieu de diffusion ouvert à tous, la Cité culturelle favorisera le décroisement entre l'établissement et la ville, et les regards croisés.



Figure 21 : Maquette de la future cité culturelle de l'EPS Barthélemy Durand

c. La MAS Le Ponant, partie prenante de la Cité culturelle

La culture revêt pour la MAS Le Ponant une importance stratégique en termes d'apports pour les résidents et leurs proches, les professionnels, mais aussi en termes d'ouverture sur la cité. La MAS Le Ponant, ses résidents et ses professionnels, en tant que structure de l'EPS Barthélemy Durand, bénéficie du projet et des actions artistiques et culturels de l'établissement, ainsi que de projets dédiés.

Ainsi, la MAS Le Ponant accueille notamment des résidences d'artistes en son sein. Le personnel de la MAS et le service culturel de l'EPS Barthélemy Durand définissent avec les artistes des projets et des actions culturelles répondant aux besoins des résidents, des proches et des personnels ainsi qu'au projet d'établissement de la MAS Le Ponant.

Lors de la saison culturelle 2017/2018 pour le projet « Etre et habiter » (appel à projets Culture à l'hôpital 2017 DRAC/ARS dans le cadre du programme Culture et Santé en Île-de-France), l'artiste chorégraphe Sophie Bocquet fût en résidence à la MAS Le Ponant. Cette présence artistique a permis aux résidents de s'ouvrir sur la danse dans une approche corporelle et collective. Le projet « Etre et habiter » avait pour but de rassembler cinq danseurs venant de cultures et esthétiques différentes au sein d'un projet commun. Tout au long de la saison 2017-2018, Johan Amselem, Clint Lutes, Sophie Bocquet (danseurs contemporains), Meech de France (danseur Hip-Hop) et Coco (danseuse Krump) ont offert l'occasion de rencontrer cinq esthétiques singulières par le biais de Flashmob, de créations partagées en trio professionnel de la santé/soigné/danseur professionnel, des spectacles chorégraphiques in-situ et dans les lieux culturels partenaires. Une création partagée a impliqué un résident et une professionnelle de la MAS Le Ponant, et a donné lieu à plusieurs représentations, dont une à Micadanse à Paris, devant 200 spectateurs.

Depuis 2018, le programme Culture et Santé en Île-de-France propose désormais un appel à projets dédiés aux projets artistiques et culturels en établissement médico-social.

En 2018, les résidents de la MAS Le Ponant ont ainsi pu bénéficier d'un parcours d'initiation aux arts plastiques et visuels « Aube sur le Ponant » en partenariat avec le Centre d'art contemporain de Brétigny et l'artiste sculptrice en résidence Hélène Bertin.



Figure 22 : Une installation artistique à la MAS "L'ermitage"

De concert avec les résidents, l'artiste a choisi de sublimer l'environnement quotidien en réalisant l'œuvre « ermitage » regroupant toute une collection de pièces en céramiques façonnées par les résidents eux-mêmes.

« L'ermitage » se définit à la fois comme une sculpture et une cabane en forme de lettre A.

Cette lettre, première de l'alphabet, choisit de commencer une nouvelle histoire et d'habiter la MAS Le Ponant car elle offre la possibilité d'être seul. Réaliser les céramiques déployées sur les murs sont les fruits d'une réflexion menée autour des vœux exprimés par les habitants de la MAS Le Ponant, de février 2018 à juin 2019. L'envie d'une « maison individuelle » a été le souhait le plus désiré, j'ai donc décidé, avec ces céramiques, de construire une sculpture utile pour chacun. » Hélène Bertin, artiste.

Ce projet a permis aux soignants ainsi qu'aux résidents d'appréhender différemment la prise en charge holistique grâce à une collaboration autour d'un projet commun.

Désireux de mettre en lumière les relations résidents-soignants, la MAS Le Ponant a choisi pour la saison 2018/2019 de faire perdurer un partenariat déjà mené, sur l'établissement, avec le réalisateur Atisso Médessou et la cité culturelle dans le cadre du CLEA de la CAESE à l'occasion d'une nouvelle réalisation documentaire « À la lumière du jour ». Cette immersion dans le quotidien de la structure a permis à chacun de collaborer autour d'un travail commun. À l'image d'une histoire chorale, le film révèle les rituels et tâches de la vie quotidienne si importants dans la prise en charge des résidents.

À noter que les résidences d'artistes, qu'elles aient lieu sur le versant sanitaire ou médico-social de l'EPS Barthélemy Durand, sont perméables et sont l'occasion de temps de rencontres, d'échanges et de créations au sein de la communauté de l'EPS Barthélemy Durand.



Figure 23 : Un résident à la caméra pour le projet artistique "A la lumière du jour"

Autre fruit de ce partenariat : le « Psynéclub ». Né d'une collaboration avec Atisso Médessou, enseignant à l'école des Cours Florent, et le Prix Florent Image, ce cycle de projections a redonné vie à l'ancienne salle de cinéma de l'EPS Barthélemy Durand devenue aujourd'hui la salle des conférences.

En alternance tous les mois avec le CINÉtampes, le Psynéclub propose notamment aux résidents de la MAS une programmation variée entre documentaires, fictions, courts-métrages ou encore comédies musicales. Les projections sont ouvertes à toute la communauté de l'EPS Barthélemy Durand ainsi qu'au public extérieur. Chaque projection est ponctuée par un temps d'échange et de débat avec les spectateurs en compagnie d'un réalisateur, comédien ou encore intervenant spécialisé.

Ces temps de rencontres dedans-dehors, permettent de favoriser l'ouverture vers l'extérieur, développer un esprit critique pour les usagers, mais également de soutenir la communauté des artistes et réalisateurs émergents.



Figure 24 : Représentation artistique pour les résidents de la MAS dans la salle des conférences de l'EPS Barthélemy Durand



Figure 25 : Concert en plein air dans le jardin de la MAS

6. Partenariat avec les autres services

L'EPS Barthélemy Durand est l'établissement support de la MAS. Aussi, ses services administratifs, techniques et médicotechniques concourent au fonctionnement de la structure.

Sans exhaustivité, ce support s'opère pour :

- Les admissions, ressources humaines, services financiers et économiques ;
- La restauration :
 - Livraison quotidienne des différents repas (liaison froide) ;
 - Régimes établis par la diététicienne de l'établissement, évaluation en commission de restauration ou par le Comité de Liaison Alimentation et Nutrition (CLAN) ;
- Le service blanchisserie : partenariat avec le prestataire blanchisserie (lavage et livraison du linge plat ainsi que le linge résidents) ;
- Le service technique : partenariat avec ce service dans le cadre d'interventions spécifiques et l'astreinte technique ;
- Le service transport : partenariat avec ce service dans le cadre de prêts de véhicules (sorties...) ainsi que la logistique (essence...) ;
- Le service pharmacie : partenariat avec ce service dans le cadre de l'utilisation de la pharmacie à usage interne (préparation et livraison des médicaments) ;
- Le « centre social » de l'EPS Barthélemy Durand qui offre à tous : le gymnase et ses différentes installations sportives, une bibliothèque, une boutique et un bar thérapeutiques et une salle d'art créatif (peinture, sculpture). Ce complexe est un lieu où le résident peut se rendre seul et/ou accompagné de personnels soignants. Ceci permet de créer du lien avec les différents interlocuteurs qui interviennent dans le processus d'accompagnement de ce dernier ;
- La chapelle et l'offre d'assistance spirituelle.

B) Partenariat en externe

1. Travail avec les aidants et les familles

a. Individuellement

La relation aidants-familles/institution passe par l'instauration d'échanges, d'expériences, de rencontres régulières afin d'arriver à mieux comprendre les besoins propres de la personne accueillie. Les familles doivent pouvoir faire reconnaître leur culture familiale, leurs spécificités.

Au-delà du soutien individualisé, le rôle des équipes de la MAS consiste aussi à accorder aux familles et aux associations de parents un rôle de partenaires dans un souci dynamique d'échange et de compréhension de chacun, à partir de :

- la logique d'accompagnement avec l'alliance avec les parents pour la réalisation du projet ;
- la prise en compte des incapacités et des désavantages ;
- le travail sur leur sentiment éventuel de culpabilité, d'abandon ;
- l'apaisement de leur angoisse devant des situations nouvelles ;
- les conseils et orientations vers des associations de parents où ils peuvent partager leur expérience avec d'autres qui vivent des situations proches.

Il est essentiel de préserver, lorsque cela est possible, les liens familiaux. Le lieu de vie est, dès lors, identifié par l'entourage familial du résident et il permet de nouer ou de renouer des contacts avec ses proches.

L'équipe se rend disponible pour répondre aux demandes de rencontres et n'hésite pas à proposer des rendez-vous aux familles.

Par ailleurs, la MAS organise deux temps de rencontre avec les familles, tous les ans, sous la forme de repas festifs. Un en début d'année autour de la galette des rois et un autre pour la fête de la musique dans une ambiance conviviale.

La MAS souhaite enfin s'équiper d'un dispositif permettant aux familles d'échanger à distance avec leur proche résidant à la MAS.

b. Institutionnellement

Conformément à la volonté du pouvoir réglementaire, une large place est laissée aux familles et aux aidants au sein du conseil de vie sociale. En effet, en raison de leur handicap

psychique, les résidents de la MAS ne parviennent pas forcément à s'exprimer dans cette instance. Les représentants des familles et des aidants permettent d'apporter leur vision et celle de tous les résidents, sans filtre.

L'ambition de ce projet d'établissement est de renforcer plus encore la place des familles et des aidants au sein du conseil de vie sociale en leur fournissant le plus d'information possible sur le fonctionnement de la MAS, ses activités et ses projets.

A cet égard, le conseil de vie sociale examine à chaque session les travaux en cours et réalise des points de suivi sur les engagements pris par la direction.

c. Les associations de parents

La MAS est également ouverte aux échanges avec les associations de parents, qu'elles soient formalisées ou non.

d. Rencontres familles et soignants

Les familles des résidents peuvent bénéficier d'une modalité complémentaire de dialogue avec les équipes médicales et paramédicales en les rencontres familles et soignants de l'EPS Barthélemy Durand.

Ces rencontres, labellisées droit des usagers par la CRSA Ile-de-France, permettent, à raison de trois réunions par année, d'échanger librement et anonymement sur les problématiques intéressant les familles de résident. Par exemple, la programmation 2019 a été consacrée à la place des aidants.

2. Relations avec les mandataires judiciaires à la protection des majeurs (MJPM)

Le rôle du mandataire judiciaire à la protection des majeurs est défini légalement.

Il doit être informé et consulté par la Direction de l'Etablissement de toute décision concernant le résident dont il a la charge. Lorsqu'il y a nécessité, le personnel de la Maison d'Accueil Spécialisée doit se rendre disponible. De même, le mandataire judiciaire à la protection des majeurs sera sollicité dans le cadre de la mise en place du projet individualisé du résident. Le mandataire est également en lien avec les infirmières de la MAS et les éducateurs spécialisés pour toute demande particulière concernant les résidents.

3. Travail avec les pairs

La MAS le Ponant recherche également les échanges avec des personnes avec handicap, non résidentes de la structure, pour apporter un point de vue souvent original sur l'accompagnement, ce qui contribue à le faire progresser.

Les travaux autour de l'URAT, mais également l'écosystème dans lequel la MAS évolue grâce aux liens de l'EPS Barthélemy Durand avec des partenaires du monde du handicap, permettent de renouveler les approches autour des résidents et de réinterroger constamment les pratiques.

4. Participation à la vie de la cité

L'ouverture vers l'extérieur permet :

- de ne pas rester isolé géographiquement en créant ainsi la notion d'appartenance à un groupe. De ce fait, il est indispensable de prendre appui sur le contexte local en créant des liens « dedans-dehors » et par voie de conséquence, inscrire nos résidents dans un réseau relationnel ;
- de par sa volonté d'intégration dans la commune, la Maison d'Accueil Spécialisée participe autant que possible à la vie communale :
 - relations avec les associations, inscriptions dans les différentes infrastructures sportives et culturelles et de services à la personne (piscine municipale, Espace Jean Carmet, le GEM...) ;
 - participations aux différentes manifestations liées à la vie de la cité sont autant de moments signes de notre volonté d'insertion dans la commune et de prolongement de ce « lien social ».

5. Coopération Sanitaire et Médico-Sociale

a. Partenariat sanitaire

La MAS dispose, par l'intermédiaire de l'EPS Barthélemy Durand, de liens privilégiés avec le centre hospitalier Sud Essonne, que ce soit pour l'accueil de ses résidents ou de ses professionnels.

b. Partenariat avec d'autres structures médico-sociales

S'il s'avère que certains résidents paraissent avoir des capacités leur permettant logiquement d'accéder à un foyer de vie ou foyer d'accueil médicalisé, une démarche d'accompagnement peut se mettre en place afin qu'ils puissent éventuellement être réorientés vers ces structures.

De même, il est important d'établir des relations d'échange de bonnes pratiques vers les établissements médico-sociaux environnants, sous forme d'échanges d'informations, mises en commun de savoirs et de savoir-faire, actions conjointes de formation, etc.

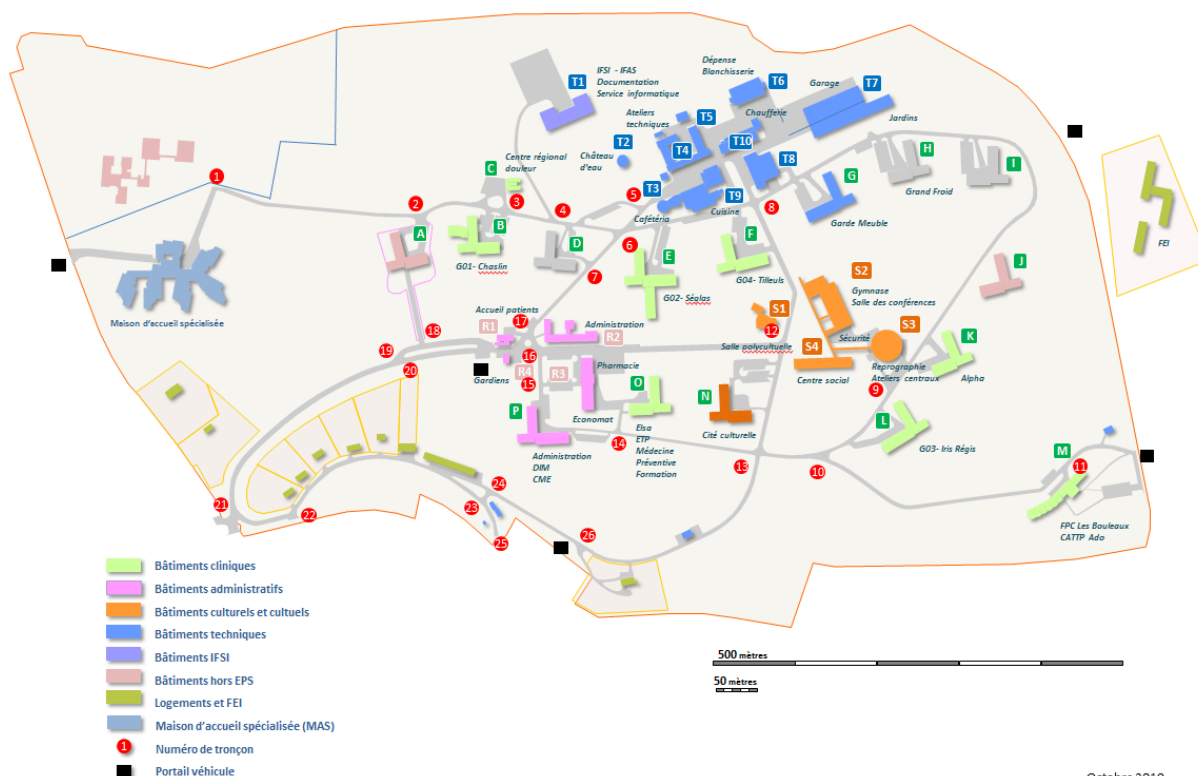
c. Partenariats à venir

L'URAT nécessitera la mobilisation de nombreux acteurs au sein de la MAS, de l'EPS Barthélemy Durand mais aussi du territoire. Des liens avec l'USIDATU des Hôpitaux Universitaires de la Pitié Salpêtrière et les UMI devront être formalisés et régulièrement réévalués pour qu'ils soient en adéquation avec les besoins recensés.

II- LOCAUX

A) Situation géographique

Le terrain d'implantation du bâtiment mis à disposition par l'EPS Barthélemy Durand, est une zone partiellement bâtie, située dans la partie nord-ouest du site de l'établissement.



Octobre 2019

Figure 26 : Localisation de la MAS Le Ponant

B) Organisation fonctionnelle

Le bâtiment est implanté de plain-pied.

Il est constitué de 5 résidences de 12 places, groupées autour de jardins partagés sur un site entièrement clos. Elles sont regroupées par 2 et 3 autour d'offices partagés.

Elles s'organisent autour d'une agora qui est au cœur de la MAS, abritant les fonctions communes de soins, de plateau médico-technique, d'animations, de tertiaires liés aux soins.

L'agora assure le lien avec l'espace administratif, logistique et les vestiaires. Les locaux de l'administration constituent l'accès principal de la MAS

Les vestiaires du personnel sont sur un circuit court entre l'entrée principale (parking) et les lieux de travail (agora et résidences)

La logistique bénéficie d'un accès unique dédié.

La MAS s'efforce de présenter la meilleure réponse aux exigences suivantes :

- Agora constituant une entité fonctionnelle à part entière avec une identité propre.
- Agora très proche des 5 résidences, centrale (équilibre des distances)
- Orientation des locaux respectueuse de l'ensoleillement, avec une exposition est-ouest pour les chambres dont aucune n'est privée de soleil et une exposition majoritairement sud pour les pièces d'activités, avec casquette de protection pour l'été. Les jardins sont également majoritairement exposés au sud.
- Meilleur compromis possible entre les distances à parcourir dans le bâtiment et le plain-pied.
- Intégration de l'aire logistique qui ne nuit pas à l'aspect du bâtiment sur les façades habituellement visibles, aussi discrète que possible, depuis l'entrée principale et depuis les résidences.

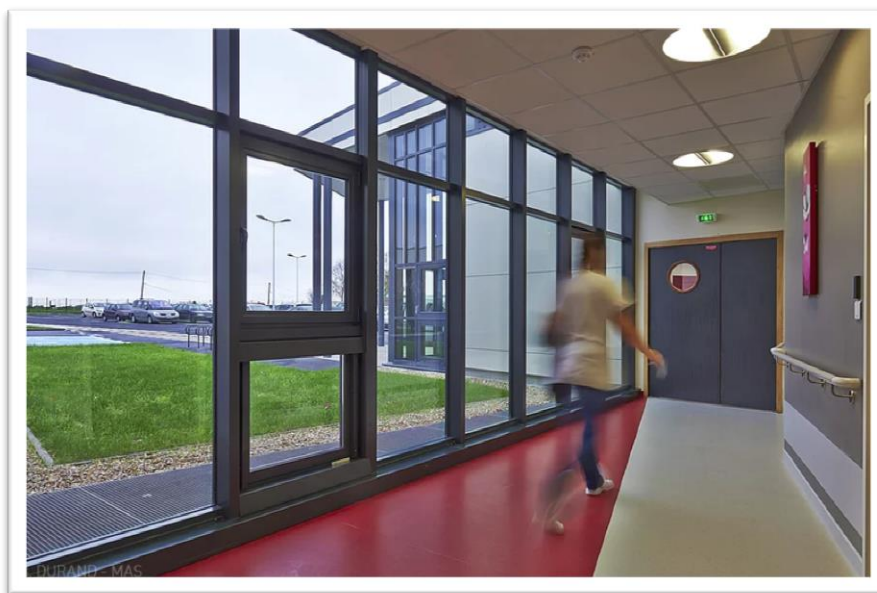


Figure 27 : Un couloir de la MAS

1. Accès, espaces communs et communication

La conception architecturale répond aux contraintes et aux attentes des résidents en facilitant une prise en charge à la fois globale et individualisée : bâtiments en simple rez-de-chaussée largement éclairés et insonorisés, divisés en cinq résidences de même conception et comprenant des équipements adaptés.

L'accès du public et des résidents se fait par l'entrée principale qui est dotée d'un visiophone relié au secrétariat ainsi qu'à la résidence la plus proche. Cette dernière prend ainsi le relais de l'accueil-secrétariat en dehors de ses heures d'ouverture.

Un autre accès est prévu pour le personnel, lui permettant de se rendre directement aux vestiaires. Donnant sur le même couloir, une porte à enroulement correspond aux fonctions exclusivement logistiques (livraison des repas, linge, etc.)

Les résidences sont reliées entre elles, autour d'une agora centrale qui permet les échanges et les rencontres.

Cette agora, carrefour des circulations, est le lieu d'organisation de réunions festives, de regroupements et de manifestations culturelles. Elle accueille également la partie technique, la vie sociale et les lieux d'animation.

Chaque résidence a son entrée indépendante à partir de l'agora, ainsi que sa terrasse avec un jardin partagé.

2. Résidences



Figure 28 : Vue d'une des résidences

Elles se situent entièrement en rez-de-chaussée et sont ouvertes sur l'Agora, les portes coupe-feu qui y donnent accès ne se ferment qu'en cas d'incendie. Il n'existe qu'un seul point d'entrée dans chaque résidence pour le personnel, les visiteurs, la logistique.

Chaque résidence accueille 12 personnes. Les chambres s'articulent de part et d'autre, avec de larges surfaces vitrées vers l'extérieur, et une porte-fenêtre permettant un accès direct au jardin.

Toutes les chambres sont individuelles, avec accès à une salle de bains complète (WC + lavabo + douche), satisfaisant en tous points aux normes d'hébergement des personnes handicapées. 6 chambres sur 12 ont une salle de bains partagée à deux. 2 chambres parmi celles-ci sont communicantes (porte entre les deux chambres).

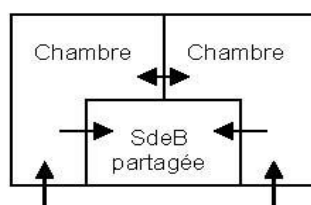


Figure 29 : Croquis de chambre avec salle de bains partagée

Les chambres sont équipées de lits à hauteur variable, d'un fauteuil, d'une table de chevet, d'une console et d'une chaise. Elles peuvent être personnalisées par chaque résident (télé, chaîne hi-fi, tableaux).

Vers l'entrée de chaque résidence un couloir élargi et meublé fait hall. Le séjour, lieu de rencontre et de convivialité, s'ouvre sur ce hall, et donne accès également sur la terrasse et le jardin. Il est équipé de mobilier de salon, d'un espace bibliothèque et jeux.

Le poste d'équipe situé à côté du séjour donne également sur le hall. Il dispose d'une vue directe tant sur ce hall que sur l'extérieur. La forme ronde de ces deux pièces permet de rompre avec la linéarité du reste de l'architecture sans nuire à la fonctionnalité.

Chaque résidence dispose également d'une salle à manger avec ouverture et accès sur la terrasse par de larges baies vitrées. Une fontaine réfrigérée eau froide et eau chaude est à la disposition des résidents.

Un petit salon avec télévision est un lieu de rencontre lors des visites des familles.

Les offices partagés donnent sur les salles à manger. Ils sont fonctionnels et équipés pour la préparation et la distribution de repas préparés en amont par la cuisine centrale de l'EPS Barthélemy Durand. Ils sont livrés chaque jour en liaison froide.

Chaque résidence a accès directement au jardin partagé depuis son séjour, avec une terrasse ombragée en prolongement. Les jardins sont ensoleillés, majoritairement exposés au sud.

Chaque résidence comprend également :

- un WC aux normes PMR avec lave-mains ;
- une salle de bains équipée d'une baignoire hydraulique avec matériel adapté et ergonomique (lève-malade). La salle de bains commune se situe en zone centrale dans une zone préservant l'intimité des résidents.

Les locaux de service sont constitués:

- d'un local linge propre ;
- d'un local ménage (chariot, produits d'entretien) ;
- d'un local de transit sale ;
- d'un local de rangement.

Deux des résidences disposent par ailleurs d'une buanderie utilisable pour l'ensemble des résidents.

Le local linge propre est au cœur de la zone des chambres. Le local ménage et le local rangement sont également centraux dans la résidence. Le local de transit sale est situé à chaque entrée de résidence afin de limiter les déplacements mais aussi les nuisances olfactives.

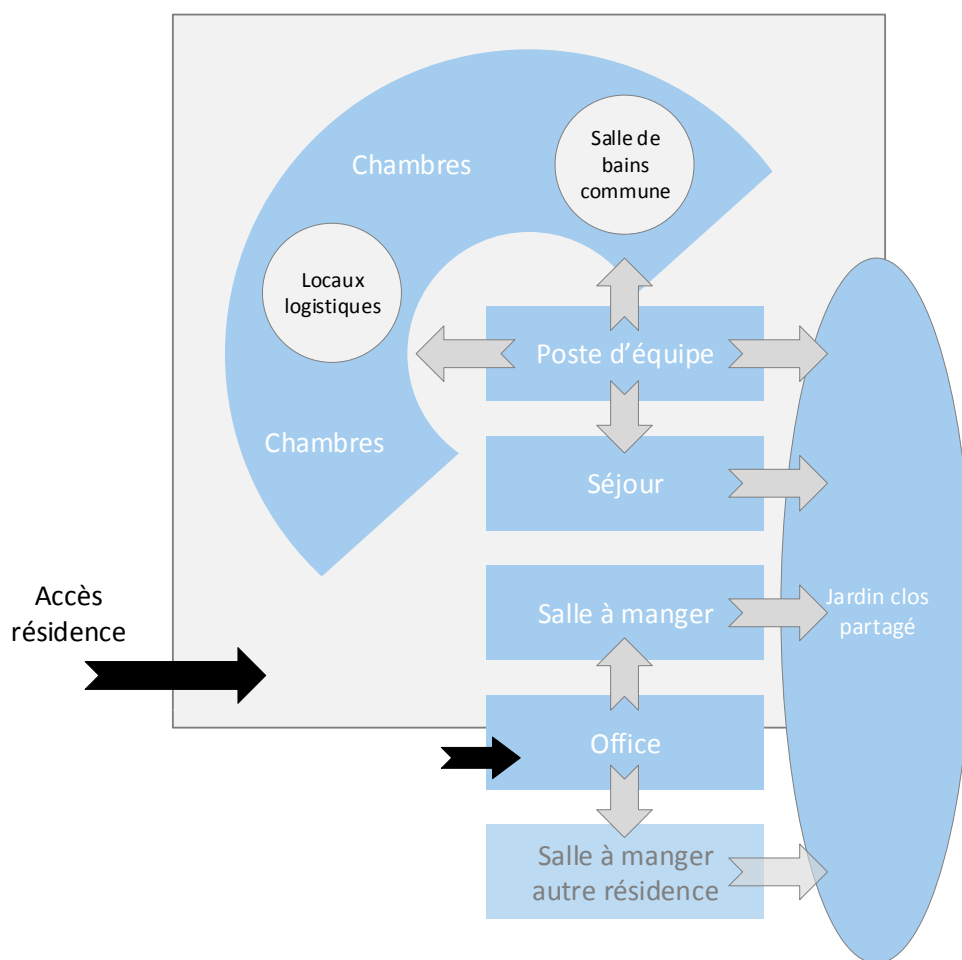


Figure 30 : Articulation au sein d'une résidence

3. Agora

C'est un espace dédié au personnel et aux résidents. Il est identifiable comme entité fonctionnelle. Il est chaleureux et attractif.

Cœur de la Maison d'Accueil Spécialisée, accessible directement aux résidents, il s'articule autour d'une grande pièce polyvalente. Il est composé de deux pôles bien différenciés et repérés.

a. Plateau médico-technique

- Poste infirmier avec salle de soins et pharmacie
- Bureaux polyvalents (personnel éducatif, paramédical, psychologue)
- Un espace d'apaisement (attendant à la salle de soins)
- Une salle de psychomotricité modulable.

- Un espace multi-sensoriel "Snoezelen"
- Un sanitaire PMR, accessible directement depuis la salle de psychomotricité
- Un local de rangements
- Bureaux médecins et cadres

b. Vie sociale et l'animation

- Quatre salles d'activités culturelles, manuelles et artistiques, dont deux d'entre elles équipées d'un point d'eau, d'un plan de travail et de placards muraux.
- Un sanitaire PMR
- La salle polyvalente, lieu de rencontres, de manifestations (événements culturels, artistiques, festifs, etc.). Elle bénéficie également d'une installation permettant une activité cuisine thérapeutique. Largement vitrée, elle donne sur une terrasse extérieure. A son niveau, le couloir est élargi et meublé créant un espace qui ne se réduit pas à une simple circulation.

4. Administration

L'administration est notamment en charge des admissions et des relations avec les familles. Elle est identifiable comme entité fonctionnelle. Sa fonction d'entrée principale et d'accueil est perceptible, aussi bien depuis l'extérieur avec son porche et ses larges surfaces vitrées, qu'à l'intérieur, avec son hall et son salon d'attente.

Outre ce hall-salon d'attente, elle comprend :

- L'accueil – secrétariat
- Deux bureaux : direction et agent administratif
- Un local archives
- Une salle de réunion
- Un sanitaire PMR

L'accès aux résidences à partir du pôle administratif est limité par une porte avec un accès badgé.

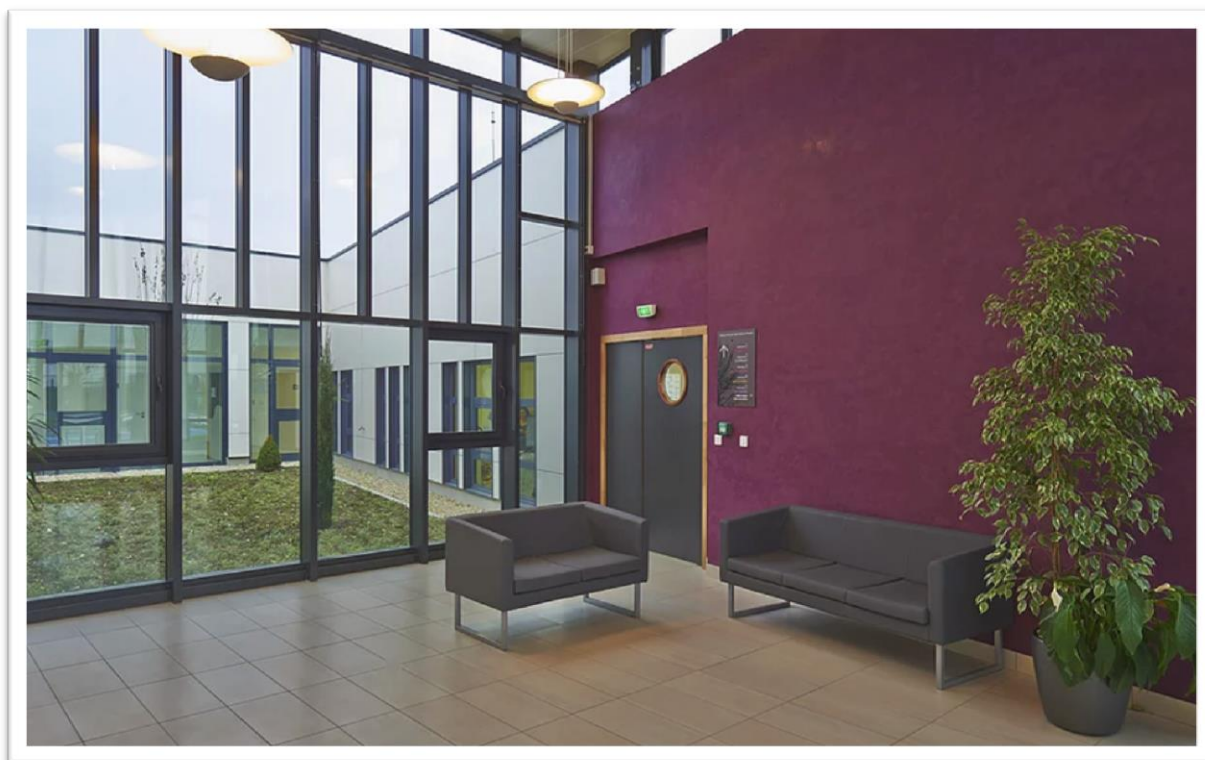


Figure 31 : Hall d'accueil de la MAS

5. Locaux du personnel

Deux vestiaires pour le personnel, hommes et femmes, sont situés à proximité de l'entrée du personnel avec des sanitaires (WC, douche, lavabo) pour chacun. Les agents accèdent ensuite aux résidences par un couloir distinct de celui des visiteurs.

Une salle de détente/restauration pour le personnel avec coin cuisine se situe dans l'agora. De même, le personnel peut également prendre ses repas à la Cafeteria de l'EPS Barthélemy Durand selon les nécessités de service.

Il n'existe pas de local syndical dédié à la MAS, les locaux syndicaux étant situés sur le site de l'EPS Barthélemy Durand. Mais un panneau d'affichage est organisé dans le couloir à proximité des vestiaires.

C) Confort au sein de la MAS

Le bâtiment est conçu en relation avec son environnement immédiat afin d'assurer la qualité d'ambiance des espaces intérieurs et extérieurs pour les résidents.

A l'extérieur, les résidents sont protégés contre les effets indésirables du vent (effet de coin, de pyramide, effet Venturi, etc...) ou des précipitations avec des zones d'accueil et des cheminements abrités. Des zones extérieures ensoleillées et ombragées répondent aux

besoins des usagers selon les saisons, avec des espaces de convivialité, de repos, accessibles facilement à tous, quels que soient leurs handicaps.

L'aménagement de la parcelle et les plantations extérieures toujours sur le site de l'EPS Barthélemy Durand, sont étudiés pour protéger des sources de bruits avoisinantes.

Les plantations sont conçues pour limiter le risque d'aspergillus et font appel à des végétaux non toxiques.

L'implantation d'une zone résidentielle dense et proche de la MAS et la hauteur de ces maisons (deux niveaux) a créé un vis-à-vis important, pouvant nuire à l'intimité des résidents. Dès lors, après avoir étudié l'ensemble des solutions techniques correctrices (film sur le vitrage, haie végétale, brise-vue), la MAS a choisi une solution écologique et durable : la création d'un merlon, butte de terre de 3.5 mètres, protégeant la MAS des nuisances extérieures.

Par ailleurs la conception architecturale assure un éclairage optimal des entrées du bâtiment, des zones de circulation extérieures, des zones déchets et de livraison et limite les effets de masque sur les bâtiments entre eux. Les surfaces vitrées assurent un éclairage naturel des locaux et valorisent le soleil d'hiver tout en évitant l'éblouissement. Celles des espaces à occupation prolongée ou à forte densité d'occupation sont équipées de protections solaires pour les orientations est, sud et ouest.



Figure 32 : Qualité de lumière - Une résidence

A l'usage, ces espaces sont devenus de véritables outils de prise en charge d'un certain type de publics, tout en suscitant quelques difficultés pour d'autres (populations avec TSA). Les professionnels ont mis en place des stratégies pour que ces derniers puissent apprivoiser la structure. Lors de la construction de nouveaux espaces (unité répit) ou l'aménagement de ceux existants, la MAS sera particulièrement attentive à respecter les préconisations émanant du groupe de travail interne à la structure, dont la pertinence a été relevée par une

société spécialisée dans l'aménagement des espaces pour les personnes avec autisme (Andibo).

Toujours à l'usage, la qualité de la lumière a eu pour corollaire des difficultés thermiques en été (surchauffe de certains locaux) et en hiver (sensation de froid dans d'autres locaux). La MAS étudie les solutions pour remédier à ces difficultés.

Les locaux recevant des résidents et du personnel sont étudiés pour éviter les phénomènes de résonance, avec notamment les plafonds acoustiques.

Le chauffage au sol propose une moyenne de 15-16°C. Le complément est assuré par une ventilation à double flux avec récupération de chaleur sur air extrait et régulation du taux de renouvellement d'air par zone. Cela assure ainsi le confort thermique et la qualité de l'air des résidents. Les zones sont étudiées en fonction de leur usage et de leur exposition.

Dans le cadre d'un projet structuré, une ambiance musicale peut être diffusée dans les circulations et les pièces de vie.

L'ensemble des espaces est accessible aux personnes présentant différents handicaps, pas seulement à mobilité réduite, mais également handicap sensoriel, cognitif...

Au-delà du confort des usagers, le bâtiment est également conçu pour assurer des conditions de travail optimales des personnels.

En sus des aspects liés à l'éclairage, le chauffage, la ventilation ou le traitement d'ambiance qui bénéficient autant aux résidents qu'au personnel, un effort particulier est porté sur la fonctionnalité des espaces et la facilité d'entretien. Les dispositions constructives, un choix pertinent des matériaux, l'accessibilité et l'équipement des locaux (plinthes à gorge, siphons de sol, etc.) facilitent le nettoyage et l'entretien.

Le bâtiment est conçu pour que son exploitation reste possible avec un minimum de gêne en cas de défaillance temporaire d'un équipement. Ceci est réalisé en cohérence avec une analyse de risque détaillant pour chaque type de local desservi, en cas de dysfonctionnement des installations techniques.

Les locaux techniques sont faciles d'accès, permettant un remplacement aisé des gros éléments (chaudière, etc...), dimensionnés en prévoyant des zones d'exécution de travail suffisantes. Ils sont pourvus de prises de courant en quantité suffisante ainsi que d'un éclairage adéquat. Un soin particulier a été apporté aux locaux techniques dès la conception pour limiter la gêne occasionnée aux résidents lors des opérations de maintenance préventive ou curative, la plupart des locaux étant situés dans le sous-sol accessible par une porte dédiée, ou proche de l'entrée logistique.

D) Sécurité

L'accès au site se fait par un portail électrique manipulé à distance, muni d'un visiophone relié à l'accueil-sécrétariat, et, en seconde intention, au poste d'équipe situé le plus près de l'entrée. L'entrée principale, vitrée, est également commandée à distance et bénéficie d'un interphone. Une vidéosurveillance des accès et espaces extérieurs est installée.

Les portes d'accès extérieur, la porte située entre l'agora et les espaces administratifs ou logistiques, l'accès aux pièces d'activités, ou aux bureaux, sont commandées par badge. Les châssis extérieurs sont limités dans leur ouverture pour éviter le passage d'homme, mais cette sécurité peut être débloquée par le personnel pour une meilleure aération.

Les chambres peuvent être fermées à clé par les résidents, mais les serrures sont débrayables de l'extérieur afin de permettre les interventions d'urgence. A l'usage, il est apparu que certains résidents ne disposaient pas d'une motricité suffisamment fine pour actionner les serrures. Aussi, une réflexion est en cours pour les remplacer progressivement par des lecteurs de badges, que les résidents pourraient porter sous forme de bracelet (à l'instar de ce qui a été réalisé dans le service d'hospitalisation du G02 à l'EPS Barthélemy Durand).

Un appel malade existe dans toutes les chambres et toilettes, avec renvoi sur le DECT du personnel, mais peut être débrayé par l'équipe en cas d'appels compulsifs injustifiés.

L'ensemble du bâtiment est équipé d'un réseau DECT, pour assurer une transmission optimale des appels.

Le réseau électrique est commun avec celui de l'EPS Barthélemy Durand et bénéficie donc de son groupe électrogène.

Un rafraîchissement est présent dans les salles à manger de chaque résidence ainsi que dans la salle polyvalente de l'Agora, tant pour le confort des résidents que pour leur sécurité en cas de chaleur. En cas de canicule, des climatiseurs peuvent renforcer le rafraîchissement de certains locaux.

Le réseau de distribution d'eau est conçu sans bras mort pour limiter les risques de légionellose. Conformément à la réglementation actuelle, l'échangeur de chaleur est programmé pour effectuer des chocs thermiques réguliers.

Le bâtiment est classé en type U, 4e catégorie, et toutes les prescriptions du règlement de sécurité contre l'incendie dans les établissements recevant du public sont respectées.

E) Organisation logistique et technique

La Maison d'Accueil Spécialisée bénéficie du soutien logistique apporté par l'EPS Barthélemy Durand notamment en ce qui concerne l'organisation des livraisons (pharmacie, restauration, linge, fournitures hôtelières ou à usage unique).

F) Logistique

La logistique dispose d'une entrée distincte avec un portail motorisé donnant directement sur l'EPS Barthélemy Durand, toutes les livraisons s'effectuant via le site de l'hôpital. Une aire de circulation et de déchargement pour véhicules de transport a été réalisée. Les livraisons s'effectuent dans le bâtiment par une porte électrique à enroulement dédiée, et sont entreposées dans un sas.

A proximité se situe le local linge-sale-déchets centralisé qui dispose d'une porte donnant directement accès vers l'extérieur, accessible pour les véhicules de transport. Ce local dispose d'un compartiment dédié à la désinfection des chariots et containers.

Des couloirs directs distribuent les unités d'hébergement. Chaque unité dispose de locaux de rangement propre et d'un local de transit sale. Dans ce dernier sont rangés les chariots porte-sacs servant à la collecte ainsi qu'un container mobile spécifique, étanche et fermé, destiné à acheminer les sacs de déchets et de linge sale jusqu'au local centralisé. Ils ne séjourneront pas dans cet espace mais seront transférés dans le container pour acheminement au local centralisé.

1. Pharmacie

La pharmacie de l'EPS Barthélemy Durand, site d'Etampes, prépare 2 armoires sécurisées de médicaments et 1 petite armoire de pansements, livrées hebdomadairement dans le poste de soins. Un 0,6 équivalent temps plein de préparateur supplémentaire a été prévu à cet effet. La distribution est assurée par un infirmier au poste de soins.

2. Restauration

Les repas sont préparés par la cuisine centrale, livrés en liaison froide 7/7 jours par l'équipe transport, en barquettes dans des rolls, jusqu'à la porte de chaque office. Une réception avec contrôle de température est effectuée par l'ASH qui range ensuite les barquettes dans une armoire réfrigérée, puis reconduit les rolls vides dans le local linge sale-déchets. Les rolls sont récupérés après la tournée de livraison par l'équipe transport, puis désinfectés en cuisine. La livraison du pain est effectuée tôt le matin. Les aliments dits secs (biscuits, eau, etc.) sont livrés une fois par semaine.

3. Traitement du linge

Un prestataire différent traite le linge plat et celui du personnel d'une part, le linge des résidents d'autre part. La fréquence des livraisons s'effectue pour le linge plat et personnel 5 jours sur 7, pour le linge résidents 2 fois par semaine. Les rolls sont individualisés par résidence.

Les rolls de linge propre, plat et résidents, sont déposés dans le sas de l'espace livraison pendant la nuit. Au matin une ASH de chaque résidence amène le roll dédié au local linge propre et dispose le linge sur des étagères. Le linge résident est disposé sur un chariot mobile permettant ensuite le rangement dans les armoires des chambres.

Les rolls vides sont conduits dans l'espace linge sale-déchets centralisé afin d'y installer les sacs de linge souillé. Ils sont récupérés de nuit par chaque prestataire au moment de la livraison du linge propre, les camions utilisés bénéficiant de compartiments séparés.

Dans chaque résidence, au moment du change, le linge souillé est disposé dans des sacs, mis ensuite dans des containers spécifiques se trouvant dans le local de transit adapté et immédiatement véhiculé vers le local centralisé.

Le linge du personnel est livré directement dans l'espace vestiaires, rangé dans des casiers spécifiques nominatifs (à ouverture centralisée).

4. Déchets

La fréquence de ramassage des déchets pour les déchets assimilés aux ordures ménagères (DAOM) s'effectue 3 fois par semaine, pour les DASRI une fois par semaine.

Pour les DAOM, le ramassage se fait à l'aide de chariot porte-sacs, le circuit est identique à celui du linge sale. Les sacs sont déposés dans les containers DAOM, qui sont nettoyés et désinfectés avant leur retour dans chaque résidence. Les containers DAOM sont régulièrement désinfectés par le prestataire extérieur.

Pour les déchets d'activités de soins à risques infectieux (DASRI), la box DASRI située dans le poste de soins est évacuée chaque semaine vers le local centralisé (production inférieure à 100 kg par semaine). Le lieu d'entreposage des boxs DASRI est clairement identifié.

5. Maintenance

La maintenance simple est assurée par les services techniques de l'EPS Barthélemy Durand.

G) Accès

Le plan de circulation, routes et allées, est conçu en fonction des deux accès pour la MAS :

- Un accès principal, depuis le Chemin du Larris, desservant un parking de 50 places destiné au personnel, aux visiteurs dont trois places réservées aux véhicules de service, ainsi qu'une zone de dépose devant l'entrée principale (cas de personnes allongées) ;
- Un accès logistique depuis le site de l'EPS Barthélemy Durand avec une aire de manœuvre correspondante, desservant les locaux centralisés.

Une signalétique extérieure et intérieure renseigne les visiteurs.

H) Extérieurs et environnement

Le site de la Maison d'Accueil Spécialisée est entièrement clôturé, paysagé, et les jardins partagés sont équipés pour des activités de plein air. Un jardin potager accessible aux personnes à mobilité réduite est prévu à l'est de la structure.

Chaque unité bénéficie, côté terrasse, de l'accès au jardin avec du mobilier extérieur spécifique.

Toutes les plantations sont non toxiques.



Figure 33 : Une des cours en été

I) Synthèse des surfaces théoriques

Hébergement 60 places	Surface utile
Unité 1 - 12 places	392 m ²
Unité 2 - 12 places	376 m ²
Unité 3 - 12 places	401 m ²
Unité 4 - 12 places	375 m ²
Unité 5 - 12 places	373 m ²
Total	1 917 m ²

Tableau 1 : Surface d'hébergement (hors URAT)

Locaux communs	Surface utile
Administration	130 m ²
Agora	404 m ²
Vestiaires du personnel	93 m ²
Logistique centralisée	99 m ²
Total	726 m ²

Tableau 2 : Surface de locaux communs

La SHON totale du bâtiment s'établit à 4 172 m²

Espaces extérieurs	Surface utile
Parking principal – 50 places	1 250 m ²
Aire logistique	500 m ²
Jardin clos (400m ² /résidence)	2 000 m ²
Total	3 750 m ²

Tableau 3 : Surface des espaces extérieurs

A la date de rédaction du projet d'établissement, l'unité de répit n'est pas encore construite. L'ensemble de ces éléments n'en tient donc pas compte.

III- RESSOURCES HUMAINES

Les implications socio-professionnelles de la création d'une structure médico-sociale au sein d'un ensemble jusqu'ici exclusivement sanitaire, ont eu diverses conséquences : introduction de nouveaux métiers, modification et ajustement des pratiques professionnelles, etc.

L'appui sur l'EPS Barthélemy Durand, sur ses praticiens hospitaliers et sur ses recherches médicales et paramédicales, garantit aux agents de la MAS l'accès au dernier état de la médecine pour les handicaps et pathologies représentés parmi les résidents. Cet appui facilite également l'expérimentation de nouvelles techniques (par exemple de communication) renforçant l'arsenal de compétences des agents. Ces rapports quotidiens favorisent le développement de synergies entre les équipes, notamment par la mutualisation des savoirs et des savoir-faire.

Ces synergies sont encouragées par des plans de formation ambitieux dans l'ensemble de l'EPS Barthélemy Durand ; chaque année, les agents de la MAS disposent d'un catalogue de modules de formation important (et non exhaustif, un besoin de formation pouvant entraîner la création de programmes) pour un coût moyen par agent et par année sur l'établissement de 900 euros en moyenne.

Par ailleurs, les parcours de carrière mixte se trouvent facilités. Ainsi, si la majeure partie des effectifs à l'ouverture provenait de l'EPS Barthélemy Durand par mobilité interne, actuellement lors des renouvellements ou lors d'ouverture de postes, les mobilités internes continuent d'être des vecteurs d'arrivée de personnels. Des professionnels de la MAS peuvent également choisir d'évoluer vers le secteur hospitalier. Cette mixité qui décroïsonne les parcours tend également à ouvrir les représentations que peuvent se faire les agents de l'un ou l'autre des univers et des métiers (sanitaire et médicosocial). Elle contribue aux parcours de carrière, aux évolutions professionnelles, à l'épanouissement des professionnels et favorise leur qualité de vie au travail.

Par conséquent, l'attractivité de la MAS capitalise sur l'existence et le développement de ces synergies, aux côtés de la dynamique de ses projets, de la qualité de sa structure et de l'expertise de ses professionnels. La création de l'URAT en son sein offre une opportunité de renforcer son positionnement et sa connaissance auprès du monde du handicap dans le territoire de référence.



Figure 34 : Equipe de la MAS lors de l'inauguration de la MAS « Le Ponant »

A) Tableau des effectifs

Grades	ETP 2019
Adjoint administratif	2.0
Aide médicopsychologique	21.8
Aide soignant	41.8
Agent de service hospitalier	16.6
Cadre de santé	2
Cadre supérieur de santé	1
Directeur d'hôpital	0.4
Educateur spécialisé	3.8
Infirmier	8
Ingénieur Hospitalier	0.1
Préparateur en pharmacie	0.25
Psychologue	0.5
Psychomotricien	1.4
Total	99.65

Tableau 4 : Personnel non médical

Grades	ETP 2019
Psychiatre	0.2
Médecin généraliste	0.4
Total	0.6

Tableau 5 : Personnel médical

B) Organisation du travail et fonction

1. Direction

La Direction de la Maison d'Accueil Spécialisée est assurée par un Directeur adjoint, membre de l'équipe de direction de l'EPS Barthélemy Durand, et ce, par délégation du Directeur de l'EPS Barthélemy Durand.

Sur le plan stratégique, ce directeur a pour mission de :

- positionner l'établissement comme acteur d'une démarche de santé publique visant à une prise en charge globale des bénéficiaires ;
- initier le projet d'établissement, participer à sa conception et à son pilotage ;
- conduire une politique efficiente de développement continu de la qualité des prestations au bénéfice des usagers.

Sur le plan managérial, le directeur a pour mission de

- développer des pratiques de management facilitant l'adaptation de l'établissement au changement, dans un contexte réglementaire en constante évolution et dans un cadre budgétaire contraint ;
- veiller à la bonne organisation de tous les services de l'établissement ;
- assurer la gestion des ressources humaines, la gestion administrative, financière et logistique de l'établissement en lien avec les directions compétentes ;
- développer des politiques de communication ainsi qu'un système d'information utiles à la dynamique générale de l'établissement.

Sur le plan éthique, le Directeur a pour mission de :

- garantir le respect et la promotion des droits fondamentaux des usagers, définis par le Code de l'Action Sociale et des Familles ;
- développer toute action susceptible d'accompagner ces personnes vers l'exercice d'une pleine citoyenneté ;
- garantir aux agents le respect et la promotion de leurs droits.

2. Equipe administrative

Elle est composée d'un binôme d'administratifs qui assurent :

- l'accueil physique et téléphonique de toute personne, société ou organisme désireux d'entrer en relation avec l'Etablissement ;
- le secrétariat global (courrier, compte rendu de réunion, classements divers, standard téléphonique, gestion des fichiers sur informatique) ;
- le suivi des dossiers : administratifs, résidents ;
- le suivi de la facturation ;
- le calcul des indicateurs ;
- la tenue de la régie.

3. Equipe médicale et paramédicale

a. Médecin psychiatre

Son rôle consiste à assurer un travail de suivi auprès des familles et des secteurs, en validant les projets de vie individualisés de chaque résident, tout en adaptant les prescriptions thérapeutiques. Il participe activement à la commission d'admission et anime les réunions hebdomadaires avec les équipes pluridisciplinaires.

b. Médecin généraliste

Il valide la partie « prise en charge somatique » dans le projet de vie des résidents, organise le suivi en lien avec d'autres hôpitaux tout en définissant des protocoles de suivi des pathologies chroniques. De même, il participe à la commission d'admission de l'établissement.

c. Cadre supérieur de santé

Responsable hiérarchique de l'équipe pluridisciplinaire, il met en œuvre le projet d'établissement, est en lien direct avec le corps médical tout en définissant les orientations stratégiques des unités. Il prépare et assure les différentes réunions institutionnelles.

Il constitue l'interface avec l'EPS Barthélemy Durand dans la bonne régulation des différents dossiers. Il est chargé d'assurer la bonne transmission des informations auprès de la direction.

Il assure les tâches liées à la gestion administrative, technique, économique de la structure.

d. Cadre de santé

Il assure le management de proximité de l'équipe pluridisciplinaire.

Il participe à la mise en place et au respect du projet d'établissement. Pour cela il travaille en collaboration avec le cadre de santé et co-anime les différentes réunions d'équipe, il travaille à la rédaction du rapport d'activités de la structure.

Il est le garant du projet éducatif de la Maison d'Accueil Spécialisée, et dans cette optique, il gère les équipes éducatives et la mise en place des plannings d'activités.

e. Infirmier

Il a la responsabilité de la prise en charge globale des résidents et assure des soins préventifs, curatifs, palliatifs, éducatifs, d'hygiène, de confort, de réhabilitation.

Il planifie et assure le suivi du dossier patient ainsi que la bonne gestion des protocoles de soins.

f. Aide-soignant

Il exerce son activité sous la responsabilité directe de l'infirmier dans le cadre de son rôle propre. Il contribue à une prise en charge globale des résidents avec une dimension relationnelle importante tant en prenant en considération leurs habitudes de vie, leur culture, leurs valeurs, leur personnalité et leur dignité.

Dans certaines conditions, il peut être amené à effectuer de l'aide à la prise de traitement, sous le contrôle de l'infirmier.

g. Psychomotricien

Son activité en tant qu'acte de soin, s'adresse au sujet dans son organisation psychomotrice. Il réalise des actes de stimulations sensorimotrices dans le cadre de la relation thérapeutique avec le résident. Il peut aussi avoir un rôle de conseil et d'expert auprès des différents secteurs professionnels.

h. Psychologue

Il réalise au quotidien l'accompagnement des équipes afin de favoriser la communication et les échanges, de verbaliser les difficultés rencontrées dans la prise en charge des résidents et de soutenir les évaluations des résidents notamment dyscommunicants.

4. Equipe éducative

a. Educateur Spécialisé

Par le soutien qu'il apporte et par les projets qu'il élabore, il aide les résidents à restaurer ou à préserver leur autonomie, à développer leurs capacités de socialisation et d'intégration.

L'éducateur spécialisé est également l'élément moteur et porteur du projet d'établissement. Il organise l'élaboration, le suivi, la mise en œuvre et l'évaluation des projets individualisés des résidents dont il est référent. Il planifie les activités quotidiennes (qu'elles soient individuelles ou en groupe). Il est le référent des projets individualisés de 15 résidents. Il est également le référent des différents ateliers qu'il met en place et anime en partenariat avec les aides médico-psychologiques et les aides-soignants.

Il participe à la procédure d'admission, mais aussi assurer et favoriser le lien avec les familles.

b. Aide Médico-Psychologique / Accompagnant éducatif et social

Il accompagne au quotidien les résidents et réalise à leurs côtés les gestes de la vie quotidienne. Il est à la base des soins de la vie quotidienne et de la relation de chaque instant. C'est une personne rassurante et attentive au confort et au bien-être des résidents. Il dispense les soins de nursing et de maintien de l'environnement. Il anime les lieux de vie et contribue à la dynamique institutionnelle. Il propose et anime des projets d'activité en lien avec les éducateurs.

c) Gestion du personnel

1. Entretien d'évaluation

Chaque agent de la Maison d'accueil Spécialisée bénéficie, conformément à la réglementation, une fois par an, d'un entretien individuel d'évaluation avec son supérieur hiérarchique direct.

C'est un moment privilégié entre l'agent et son évaluateur, permettant de faire le point sur l'année écoulée, de faire part de ses souhaits en matière de formation et ses perspectives pour l'année à venir, se fixant aussi de nouveaux objectifs.

2. Formation

Tous les agents bénéficient d'un plan de formation allant dans le sens de la démarche qualité et de l'évaluation.

La MAS est attentive à ce que le personnel dispose de formation de :

- premiers secours
- conduites à tenir en cas d'alerte incendie
- protocoles d'hygiène (alimentation, linge)
- portage et manutention des personnes
- connaissance des pathologies et handicap rencontrés en interne
- bientraitance, etc....

Enfin la MAS sera un lieu de formation pratique pour des stagiaires et des étudiants, ce qui permet au personnel de l'établissement de maintenir et de restituer ses savoirs et savoir-faire.

L'URAT est l'opportunité de diversifier l'offre de formation pour renforcer tout à la fois les professionnels qui intégreront cette unité que les autres personnels de la MAS.

IV- ORGANISATION DE L'ACTIVITE

A) Instances d'élaboration, de discussion et d'organisation

1. Conseil de Vie Sociale

Spécifiquement à la MAS existe, conformément à la législation en vigueur, un Conseil de la Vie Sociale, qui se réunit au moins 3 fois par an. Cette instance est un lieu d'information, d'échanges, rassemblant des représentants :

- des familles et représentants légaux ;
- des personnes accueillies ou prises en charge ;
- du personnel ;
- de l'organisme gestionnaire dont le directeur.

Le Conseil a compétence pour solliciter le concours de toute personne pouvant éclairer ses réflexions et travaux. Le Conseil, en réunissant tous les acteurs impliqués dans la vie de l'établissement, permet d'être au plus près des besoins, des demandes et des intérêts des résidents et de leurs familles, d'être ouvert à toute proposition destinée à améliorer le fonctionnement de l'établissement et de communiquer sur des évolutions ou des réflexions en cours à la MAS

2. Conseil de direction

Le conseil de direction se tient, a minima, quatre fois par an. Il s'agit d'un lieu de pilotage et de définition de la stratégie de la MAS

Il est présidé par le directeur en charge de la MAS et associe, a minima, le médecin coordonnateur, le médecin généraliste, le cadre supérieur de santé ainsi que le directeur des soins de l'EPS Barthélemy Durand.

3. Personnalités qualifiées

Toute personne prise en charge par un établissement ou un service social ou médico-social ou son représentant légal peut faire appel à une personne qualifiée pour l'aider à faire valoir ses droits Cette dernière est désignée par le préfet, le conseil départemental et l'agence régionale de santé. L'arrêté 15-1548 du 10 mars 2016 concernant les personnalités qualifiées en Essonne est accessible dans les locaux.

4. Instances de l'EPS Barthélemy Durand

Les instances, définies réglementairement, siègent régulièrement au sein de l'Etablissement Public de Santé Barthélemy Durand, en y incluant en son sein la Maison d'Accueil Spécialisée. Elles favorisent la participation des usagers et du personnel à l'organisation du travail, au fonctionnement et à l'évolution du projet d'établissement.

- Le Conseil de Surveillance
- La Commission Médicale d'Etablissement
- Le Comité Technique d'Etablissement
- La Commission de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques
- Le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des conditions de travail
- La Commission des Usagers
- Les Commissions Administratives Paritaires Locales.

5. Commissions de l'EPS Barthélemy Durand

La MAS est également représentée au sein de certaines sous-commissions de la CME ou commissions spécifiques de l'établissement : Comité de Liaison Alimentation et Nutrition (CLAN), Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD) et commission de restauration notamment.

La commission restauration est un moment particulièrement important de notre rythme de vie et de la satisfaction d'un des besoins fondamentaux, celui de la restauration. Les échanges avec les services de la restauration sont quotidiens ; néanmoins, il reste important de réunir une fois par an une Commission Restauration, instance de régulation, d'émission de critiques positives ou négatives, de projets communs. Chaque unité de vie est représentée par un agent de l'établissement, deux résidents renforcent la représentation des personnes accueillies.

B) Organisation du quotidien

Pour accompagner au mieux chaque résident de la Maison d'Accueil Spécialisée, il est nécessaire que chaque professionnel soit informé de l'évolution de la santé, du comportement et du projet de chacune des personnes accueillies. Il est également important que chaque professionnel puisse évaluer et réajuster son attitude et sa communication envers les résidents. Pour cela, différentes réunions seront mises en place

afin de permettre les différentes transmissions d'information, d'évaluer et de réajuster les projets individualisés et de travailler sur les pratiques professionnelles de chacun.

Les différents professionnels de la Maison d'Accueil Spécialisée participent à :

- ◆ Des réunions de transmission : elles ont lieu tous les jours sur chaque unité de vie lors des changements d'équipe. Elles permettent la transmission des informations des événements du jour concernant les résidents, l'unité et l'ensemble de la Maison d'Accueil Spécialisée.

- ◆ Des réunions hebdomadaires par unités de vie : animées par le Cadre de santé et l'Educatrice Coordinatrice, elles regroupent l'ensemble du personnel concerné (Aides Médico-Psychologiques, Aides Soignants, Moniteur Educateur, Infirmier et Educateur Spécialisé) de l'unité de vie. Ces réunions permettent de faire le point sur chacun des résidents et sur l'organisation de l'unité de vie.

- ◆ Des réunions de synthèse : au moins une par an et par résident, elles permettent de faire le point sur la prise en charge proposée au résident et de réajuster le projet individualisé mis en place. Ces réunions, animées par le médecin psychiatre et le psychologue, regroupent le cadre de santé, le médecin somaticien, l'éducatrice coordinatrice et les référents et co-référents du résident.

Dans la mesure du possible, d'autres équipes travaillant auprès du résident dans le cadre de la « Prise en charge extérieure » peuvent être conviées.

A l'issue de cette réunion, un avenant au projet individualisé est établi et présenté au résident et/ou à son représentant.

- ◆ Des réunions éducatives animées par le cadre de santé. Ces réunions permettent de vérifier la mise en œuvre des projets individualisés et du projet éducatif. Elles permettent que chacun puisse travailler et réfléchir sur sa pratique professionnelle. En fonction des besoins et des sujets abordés, le psychologue peut être sollicité.

De plus les éducateurs de la Maison d'Accueil Spécialisée peuvent participer aux rencontres de l'ensemble des Educateurs Spécialisés de l'EPS afin d'échanger sur leurs pratiques.

- ◆ Des réunions de cadres et direction : concernent le Directeur, le Médecin coordonateur, le Coordonateur Général des Soins, le Cadre de santé et l'Educatrice Coordinatrice, l'ingénieur Qualité et Gestion des Risques. Elles permettent les échanges d'informations sur la législation, l'évolution du projet de l'EPS, la veille réglementaire, l'organisation administrative de l'établissement.

Il est possible d'inviter à ces réunions toute personne pouvant apporter des informations et explications complémentaires, mais aussi un regard extérieur.

♦ Des groupes de paroles : animés par le psychologue, ces réunions sont un espace d'expression pour chaque membre du personnel. Lors de ces réunions, peuvent être abordés différents points en lien avec la pratique et la vie institutionnelle.

♦ Des réunions institutionnelles : regroupent l'ensemble du personnel de la Maison d'Accueil Spécialisée. Elles permettent de faire le point sur la situation globale de l'établissement et de traiter l'organisation de travail.

A l'issue de ces réunions mais aussi dans un souci de bonne communication, il est nécessaire que chaque membre du personnel participe aux écrits. Il faut transmettre, informer et communiquer constamment.

Il est donc nécessaire d'avoir des écrits de « transmission » au niveau de chaque unité de vie, et des notes devront être prises, de manière régulière, par rapport aux ateliers (individuels ou de groupe) afin de garder le fil conducteur de l'évolution de chacun mais aussi de la médiation proposée.



Figure 35 : Vue de deux résidences par le jardin

