Association
ANNE
BOIVENT
MAS GAIFLEURY

Projet d'établissement

MAS GAIFLEURY

2024 - 2028

SOMMAIRE DU PROJET D'ETABLISSEMENT

1. INTRODUCTION 6
1.1. Finalité du projet d'établissement 6
1.2. Méthodologie 6
2. LE POSITIONNEMENT DE L'ORGANISME GESTIONNAIRE 9
2.1. Historique de l'Association 9
2.2. Les valeurs de l'Association 12
2.3. Organisation du siège de l'Association 12
2.3.1. Conseil d'administration, missions du siège 12
2.3.2. Organigramme du siège 12
2.4. Les orientations stratégiques 14
3. LE POSITIONNEMMENT DE L'ETABLISSEMENT 14
3.1. La situation de l'Etablissement 14
3.1.1. L'historique de l'établissement 14
3.1.2. L'identification 15
3.1.3. La capacité d'accueil 15
3.1.4. L'implantation géographique, l'accessibilité 16
3.1.5. Les modes de financement 16
3.1.6. La mission 16
3.1.7. Le service rendu (prestations) 17
3.2. Les valeurs de l'établissement 17
3.3. Les recommandations et textes de référence 18
3.3.1. Les chartes 18
3.3.2. Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'HAS 18
3.3.3. Les autres recommandations utilisées par l'établissement 18
3.4. Le contexte règlementaire 19
3.4.1. Le cadre réglementaire 19
3.4.2. Les obligations règlementaires 20
3.5. L'inscription de l'établissement dans l'environnement 22
3.5.1. Les orientations régionales et départementales 22
3.5.2. L'inscription dans le réseau handicap et sanitaire 23
3.6. La population accueillie 23
3.6.1. L'origine et attente 23
3.6.2. Les départements et communes d'origine au 01 janvier 2023 24

24
3.6.3. Les caractéristiques de la population de l'établissement 25
4. L'ACCOMPAGNEMENT 26
4.1. Un accueil adapté, individualisé et de qualité 26
4.1. Le projet personnalisé d'accompagnement 28
4.1.1. Le recueil et l'observation des besoins et habitudes 28
4.1.2. L'élaboration et l'évaluation du projet avec le résident et la famille 28
4.1.3. La coordination et le travail pluridisciplinaire autour du résident 29
4.2. L'expression et la participation de la personne accompagnée 30
4.3. L'accompagnement à l'autonomie 31
4.4. La participation des familles à la vie de l'établissement, le soutien aux aidants, la pair-aidance 31
4.5. La continuité et fluidité des parcours 32
5. UNE CULTURE DE L'ETHIQUE ET DE LA BIENTRAITANCE 34
5.1. Un questionnement éthique 34
5.2. Une culture de la bientraitance 34
6. LE PROJET DE SOINS 35
6.1. La prévention et la gestion des risques liés à la santé 36
6.2. L'accès aux soins, la continuité des soins et l'urgence médicale 38
6.3. L'organisation des soins 38
6.3.1. Le dossier de soins et le dossier médical 38
6.3.2. La prise en charge médicamenteuse 39
6.3.3. L'accompagnement en santé mentale 39
6.3.4. L'accompagnement paramédical 40
6.4. Le projet des unités spécialisées 40
6.4.1. Unités spécialisées « personnes fragiles et/ou vieillissantes » 41
6.4.2. Unité spécialisée « autisme » 41
7. PROJET D'ANIMATION 42
7.1. Les activités proposées à la MAS Gaifleury 42
7.1.1. Les activités proposées 43
7.1.2. Communication des activités 44
8. PROJET ARCHITECTURAL 44
8.1. L'organisation architecturale 44
8.2. La sécurité au sein de l'établissement 44

8.3. Les projets en cours 44
9. LE PROJET SOCIAL 45
9.1. Les fonctions et les responsabilités 45
9.1.1. L'organigramme 45
9.1.2. La répartition des postes 46
9.1.3. La définition des métiers, compétences et responsabilités 47
9.1.4. L'identification du personnel 47
9.2. L'organisation de l'activité et des transmissions entre les équipes 47
9.3. Le recrutement et l'intégration des nouveaux personnels 47
9.4. La gestion des remplacements 47
9.5. L'accueil des stagiaires 48
9.6. La formation 48
9.7. La prévention des risques professionnels 49
9.8. La communication en interne 49
10. LA DEMARCHE QUALITE ET LA GESTION DES RISQUES 50
10.1. La démarche associative 50
10.2. La démarche qualité de l'établissement 51
10.2.1. La mise en place de protocoles et procédures 51
10.2.2. L'évaluation de l'établissement 51
10.2.3. Les enquêtes de satisfaction des résidents et des familles 52
10.3. La gestion des risques 52
10.3.1. La gestion des évènements indésirables 52
10.3.2. La gestion des plaintes et réclamations 53
10.3.3. La gestion de crise 53
11. LA RESPONSABILITE SOCIETALE DE L'ASSOCIATION 53
11.1. Le Développement durable 53
11.1.1. Au niveau associatif 53
11.1.2 Au niveau de l'établissement 54
11.2. La Stratégie numérique 55
12. L'ANALYSE DES RESULTATS ET LES ACTIONS A ENTREPRENDRE 56
12.1. L'analyse des résultats 56
12.2. Les axes de progression/piliers associatifs 57
13. LES ACTIONS A ENTREPRENDRE A 5 ANS 58

14. LES MODALITES DE COMMUNICATION, DE SUIVI ET D'EVALUATION DU PROJET D'ETABLISSEMENT 63

14.1. Les modalités de communication 63

14.2. Les modalités de suivi et d'évaluation 63

CONCLUSIONS 63

GLOSSAIRE 64

ANNEXES 66

1. INTRODUCTION

1.1. Finalité du projet d'établissement

La rédaction du projet d'établissement est une obligation règlementaire instituée par la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Elle s'impose pour les établissements sociaux et médico-sociaux tous les 5 ans avec une actualisation annuelle.

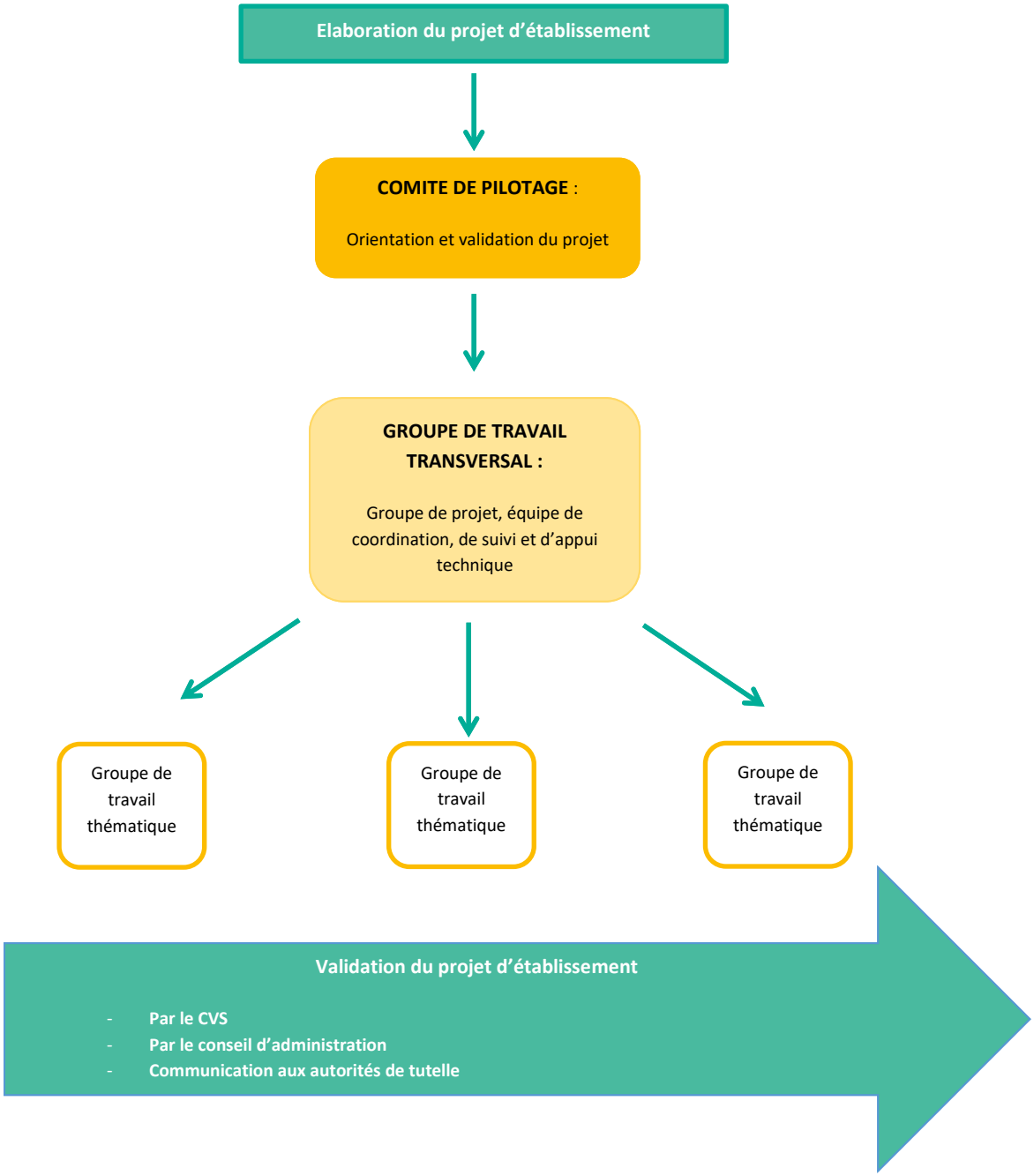
L'article L.311-8 du code de l'action sociale et des familles stipule que « pour chaque établissement ou service social ou médico-social, il est élaboré un projet d'établissement ou de service, qui définit ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement. Ce projet précise également la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance mise en œuvre par l'établissement ou le service, notamment en matière de gestion du personnel, de formation et de contrôle. »

La rédaction du projet d'établissement de la MAS GAIFLEURY s'inscrit dans une démarche globale d'établissement permettant de mobiliser les ressources de chacun. Ce projet d'établissement constitue un document de référence pour les équipes et le CVS qui contribuent à sa révision. Il définit le cadre de référence de l'action des professionnels, du projet de vie et du projet de soin. Il permet également de positionner l'établissement dans son environnement institutionnel et d'indiquer les évolutions en termes de public, de missions, de coopérations, de compétences et de pratiques professionnelles. Le projet d'établissement s'appuie sur les orientations de l'instruction du 18 Décembre 2015 relative à l'évolution de l'offre médico-sociale accueillant et accompagnant des personnes avec troubles du spectre de l'autisme.

1.2. Méthodologie

Elaborer et rédiger un projet d'établissement nécessitent de mettre en place un cadre fixant les règles de production et de validation du projet d'établissement, de répartir les tâches entre les différentes parties prenantes et de respecter les différentes phases de la démarche.

Ces tâches vont être réparties entre les différentes instances participantes à l'élaboration du projet d'établissement : le comité de pilotage, le groupe de travail transversal et les groupes de travail thématiques. Le sommaire a été défini par le COPIL associatif.



✓ Comité de pilotage : orientation et la validation du projet d'établissement

Missions du comité de pilotage :

- Décider de la méthode du travail et du calendrier.
- Garantir le bon déroulement général des travaux.
- Assurer le respect du processus mis en œuvre.
- Prioriser les thématiques à traiter.
- Recadrer les travaux si nécessaire.
- Valider les choix et les résultats du groupe de travail transversal.

Composition et calendrier de réunion du comité de pilotage :

Nom - Prénom	Fonction
Arnaud CHEMIN	Directeur
Pauline JARDIN	Directrice adjointe
Servanne RESLOU	Directrice des opérations
Vanessa SAUVE	Représentant de proximité
Frédérique LE GUENNEC	Présidente du CVS
Mme LE QUERE	Administratrice référente
Dates des réunions	
Mercredi 24 Mai 2023	Présentation du sommaire du projet d'établissement et mise en place de la démarche projet. Désignation des membres du groupe de travail transversal
Lundi 10 Juillet 2023	Réunion intermédiaire sur les avancées des différents groupes de travail
Jeudi 16 Novembre 2023	Restitution et validation du projet d'établissement

- ✓ Groupe de travail transversal :

Missions du groupe de travail transversal :

- Garantir la mise en œuvre et la cohérence du dispositif de travail.
- Définir les thématiques à travailler, l'organisation, les objectifs et résultats attendus.
- Nommer les référents-animateurs (pilotes) des sous- groupes de travail thématiques.
- Proposition sur des apports de connaissance ciblés.
- Identifier les points sensibles à traiter et proposer des axes d'amélioration.
- Réceptionner et valider les productions thématiques.
- Transmettre les synthèses écrites au comité de pilotage.

Composition et calendrier de réunions du groupe de travail transversal :

Nom - Prénom	Fonction
Cathy ANGLES	Technicienne qualité
Arnaud CHEMIN	Directeur
Pauline JARDIN	Directrice adjointe
Jessica HONORE	Référente qualité
Apolline PIGEON	Référente qualité
Marie-Noëlle MAGNIER	Cadre de santé
Virginie GOBE	Coordinatrice d'équipes
Lucille DROUIN	Psychologue
Nadia POIRET	AES
Sylvie JOSSEAUME	AMP
Véronique BOISSEL	Animatrice

Dates des réunions	
Vendredi 2 Juin 2023	Constitution des groupes de travail thématiques, nomination d'un animateur-référent pour chaque sous-groupe, répartition des thématiques pour chaque groupe thématique
Mardi 11 Juillet 2023	Réunion intermédiaire sur l'avancée des travaux de chaque groupe thématique
Vendredi 22 Septembre 2023	Réunion intermédiaire sur l'avancée des travaux de chaque groupe thématique
Lundi 30 octobre 2023	Restitution finale des travaux écrits

✓ Groupes de travail thématiques

Missions des groupes de travail :

- Garantir la participation effective des groupes de travail concernés.
- Traiter les thèmes ciblés et réflexion sur les modes d'organisation et de fonctionnement.
- Produire des écrits et les transmettre au groupe de travail transversal.

Tous les salariés de l'établissement, quelques soient leurs fonctions, ont participé à un groupe de travail.

Après la restitution des écrits et la validation du projet d'établissement par le comité de pilotage, ce dernier a été présenté et validé par :

- Le Conseil de la Vie Sociale de l'établissement le 22 novembre 2023 .
- Le Conseil d'Administration de l'association le 13 décembre 2023.

2. LE POSITIONNEMENT DE L'ORGANISME GESTIONNAIRE

2.1. Historique de l'Association

L'association Anne Boivent est une association privée à but non lucratif créée en 1998 « qui a pour but de faire vivre, d'accompagner toutes les personnes handicapées, âgées, en situation de fragilité, en tenant compte de leur histoire et de leur environnement » [1]

Constituée le 9 novembre 1998, déclarée le 18 décembre 1998 et reconnue d'intérêt général depuis février 2018, l'Association a pris le relais d'une partie des œuvres créées par la Congrégation des Sœurs du Christ Rédempteur communément nommée Congrégation des Sœurs de Rillé à Fougères.

En tant que membre de droit et représentée par trois religieuses, la Congrégation est membre du conseil d'administration de l'Association Anne Boivent afin de maintenir et de développer les principes qui fondent l'action de la Congrégation : égalité de toutes les personnes, sollicitude envers les plus démunis et fraternité.

[1] Extrait des statuts de l'Association – Adoptés le 18/12/1998 et actualisés le 16/12/2021.

L’association est implantée sur les départements d’Ille-et-Vilaine et de la Mayenne à travers 18 établissements et services médico-sociaux présents sur 10 sites. *(Cf. carte d’implantation ci-dessous).*

729 salariés en CDI sont au service de 985 personnes accompagnées (personnes âgées ou personnes en situation de handicap, dont 955 en établissements).

Depuis le 1er janvier 2018, l’Association a signé un CPOM (Contrat Pluriannuel d’Objectifs et de Moyens) regroupant les 13 établissements bretilliens de l’Association.

18 ÉTABLISSEMENTS et SERVICES
Louvigné-du-Désert
EHPAD Saint-Joseph
SSIAD de Louvigné
Saint-Georges-de-Reintembault
MAS Gaifleury
Pontmain
EHPAD de Pontmain
Laignelet
EHPAD Sainte-Anne
Fougères
EHPAD La Chesnardière
EHPAD de Paron
FOYER DE VIE d'Avenel
IME-EEAP de Paron
SIEGE social
SERVICES généraux
Saint-Sauveur-des-Landes
Maison de Chaudeboeuf
EHPAD FAM
FOYER DE VIE
Melesse
EHPAD Les Alleux
Rennes
Vitré
EHPAD La Guilmarais
Port-Brillet
EHPAD Paul Laizé

2.2. Les valeurs de l'Association

Quatre valeurs guident l'action de l'Association et ses relations avec l'ensemble de ses parties prenantes : usagers, familles, professionnels, administrateurs, bénévoles, autorités publiques et partenaires. Elles ont été définies dans le cadre d'un séminaire associatif qui s'est déroulé en février 2020 à l'occasion de l'élaboration du nouveau projet associatif 2021-2027.

L'OUVERTURE : agir au bénéfice des usagers quels qu'ils soient, en faisant appel à nos ressources et à celles de nos partenaires, tout en faisant évoluer nos pratiques.

LA SOLIDARITÉ : En tant qu'organisation privée à but non lucratif, nous devons penser et agir collectivement dans l'intérêt général tout en étant attentif à l'équilibre financier. C'est également mutualiser les forces individuelles et s'entraider.

L'ENGAGEMENT : consiste, dans le respect des responsabilités de chacun, à agir collectivement pour la qualité du service rendu ainsi que pour la pérennité de l'activité.

LE RESPECT : se base sur l'acceptation du principe d'égalité entre les personnes et de dignité pour tous. Cela implique de se conduire avec humanité, avec égard et bienveillance afin que chacun se sente bien et reconnu. Le respect c'est aussi être fidèle dans sa conduite aux engagements pris.

2.3. Organisation du siège de l'Association

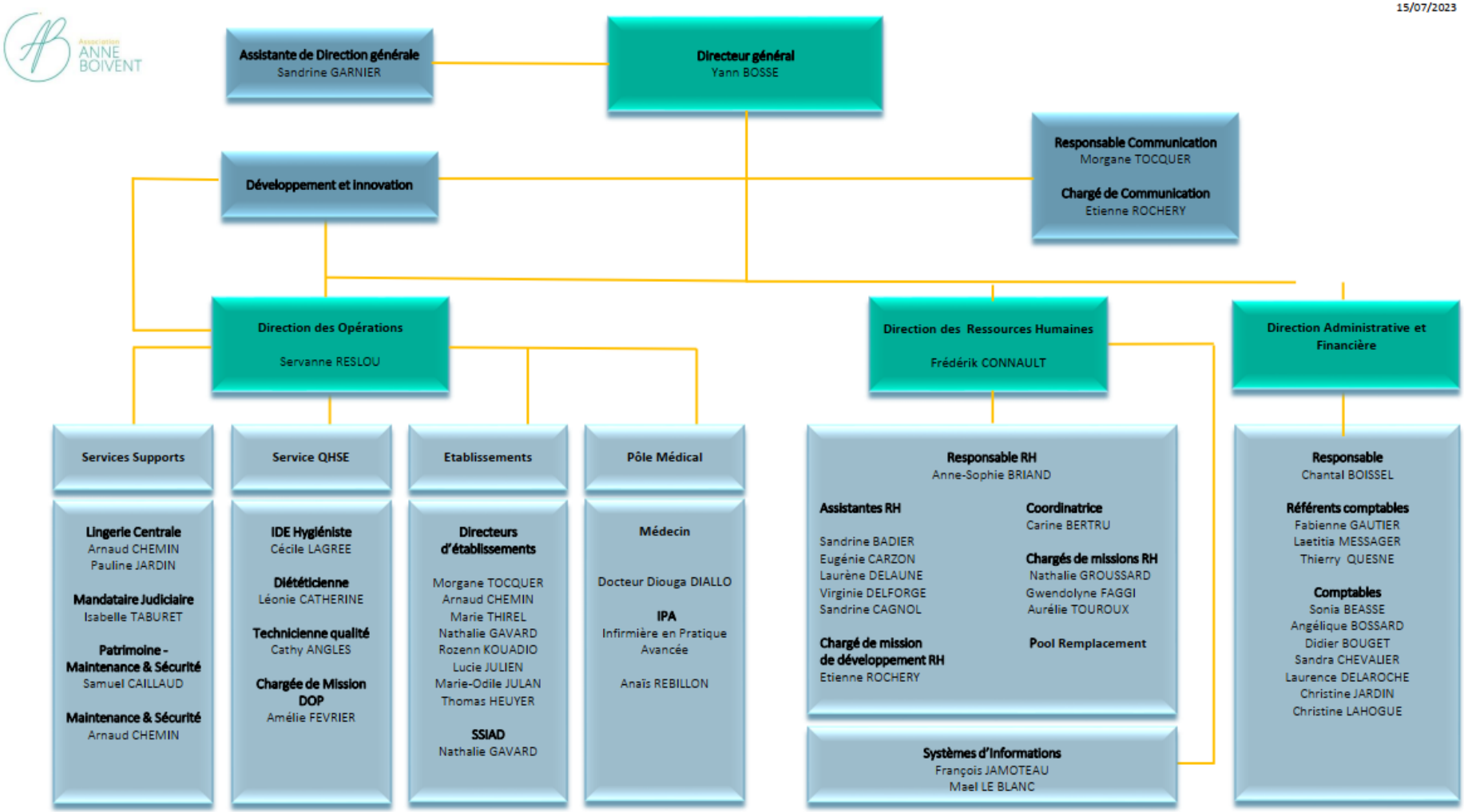
2.3.1. Conseil d'administration, missions du siège

Le Conseil d'Administration est composé de 8 à 25 membres élus par l'Assemblée générale pour une durée de 6 ans parmi les membres actifs, auxquels s'ajoutent 4 membres fondateurs. Il se réunit au moins trois fois par an et autant que nécessaire. Garant des valeurs et des principes d'action de l'Association Anne Boivent, c'est une instance de réflexion, de débats et de décisions, qui s'assure de la bonne marche de l'Association. Les administrateurs sont également référents d'un ou plusieurs établissements.

2.3.2. Organigramme du siège

Les professionnels du siège assurent des fonctions supports et apportent des services mutualisés et transversaux (ressources humaines, comptabilité, finances, qualité, travaux et immobilier, secrétariat général, service de tutelles, systèmes d'information) aux différentes structures composant l'Association

15/07/2023


Assistante de Direction générale
Sandrine GARNIER
Directeur général
Yann BOSSE
Responsable Communication
Morgane TOCQUER
Chargé de Communication
Etienne ROCHERY
Développement et Innovation
Direction des Opérations
Servanne RESLOU
Direction des Ressources Humaines
Frédérik CONNAULT
Direction Administrative et Financière
Services Supports
Service QHSE
Etablissements
Pôle Médical
Lingerie Centrale
Arnaud CHEMIN
Pauline JARDIN
Mandataire Judiciaire
Isabelle TABURET
Patrimoine - Maintenance & Sécurité
Samuel CAILLAUD
Maintenance & Sécurité
Arnaud CHEMIN
IDE Hygiéniste
Cécile LAGREE
Diététicienne
Léonie CATHERINE
Technicienne qualité
Cathy ANGLES
Chargée de Mission DOP
Amélie FEVRIER
Directeurs d'établissements
Morgane TOCQUER
Arnaud CHEMIN
Marie THIREL
Nathalie GAVARD
Rozenn KOUADIO
Lucie JULIEN
Marie-Odile JULAN
Thomas HEUYER
SSIAD
Nathalie GAVARD
Médecin
Docteur Diouga DIALLO
IPA
Infirmière en Pratique Avancée
Anaïs REBILLON
Responsable RH
Anne-Sophie BRIAND
Assistantes RH
Sandrine BADIER
Eugénie CARZON
Laurène DELAUNE
Virginie DELFORGE
Sandrine CAGNOL
Coordinatrice
Carine BERTRU
Chargés de missions RH
Nathalie GROUSSARD
Gwendolyne FAGGI
Aurélie TOUROUX
Chargé de mission de développement RH
Etienne ROCHERY
Pool Remplacement
Systèmes d'Informations
François JAMOTEAU
Mael LE BLANC
Responsable
Chantal BOISSEL
Référents comptables
Fabienne GAUTIER
Laetitia MESSAGER
Thierry QUESNE
Comptables
Sonia BEASSE
Angélique BOSSARD
Didier BOUGET
Sandra CHEVALIER
Laurence DELAROCHE
Christine JARDIN
Christine LAHOGUE

2.4. Les orientations stratégiques

Elles sont au nombre de 5 et se déclinent en 16 objectifs opérationnels.

Orientations stratégiques	Objectifs opérationnels
#01 CONTINUITÉ ET RENFORCEMENT DE NOTRE POSITIONNEMENT	1 Garantir l'efficience de la gouvernance de demain
	2 Développer l'offre et diversifier les réponses
	3 Renforcer l'implantation territoriale de l'Association
	4 Poursuivre le développement des partenariats
	5 Promouvoir l'innovation
#02 CONSOLIDATION DE LA POLITIQUE QUALITÉ AU SERVICE DES PERSONNES ACCOMPAGNÉES	6 Faire vivre un système structuré de management de la qualité et de la gestion des risques
	7 Maintenir la bientraitance au cœur de nos pratiques
	8 S'engager dans une démarche de certification
#03 ADAPTATION DE L'ORGANISATION INTERNE, AU SERVICE DE LA STRATÉGIE ET DE L'AMBITION DE L'ASSOCIATION ANNE BOIVENT	9 Mieux communiquer en interne et en externe au service de la visibilité de notre action
	10 Structurer les fonctions supports et les professionnaliser
	11 Garantir l'efficience et la performance de l'Association
#04 MISE EN ŒUVRE D'UN PROJET SOCIAL QUI CONJUGUE CULTURE COMMUNE, DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES ET QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL	12 Faciliter le partage d'une identité associative et d'une culture commune
	13 Développer et diffuser les compétences des professionnels
	14 Promouvoir la santé et la qualité de vie au travail
#05 ENGAGEMENT DANS LA RSE ET LE DÉVELOPPEMENT DURABLE	15 Renforcer notre engagement social
	16 S'inscrire dans une démarche d'éco-responsabilité

3. LE POSITIONNEMMENT DE L'ETABLISSEMENT

3.1. La situation de l'Etablissement

3.1.1. L'historique de l'établissement

En 1873, à son arrivée comme recteur dans la paroisse de Saint-Georges-de-Reintembault, le Père Pierre Brassier commence par achever la construction de l'église. Puis il rachète, en 1884, des terrains attenants, afin d'y construire une maison pour enfants abandonnés, qui deviendra « l'orphelinat Saint Joseph ».

Au fil des années, grâce à une nouvelle législation, l'établissement est habilité à recevoir des enfants, au titre de l'Assistance Educative et devient Maison d'Enfants à Caractère Social. En 1961, l'orphelinat prend alors le nom de "Maison d'Enfants Gaifleury" en raison de son activité horticole.

Le 1er septembre 1976, la Maison d'Enfants accueille 72 enfants déficients mentaux profonds et polyhandicapés de 3 à 16 ans et prend le nom de « Institut-Médico-Educatif Gaifleury » agréé pour recevoir 72 enfants de 3 à 16 ans.

En 1978, l'agrément est étendu aux enfants jusqu'à l'âge de 20 ans. Une restructuration partielle de l'établissement, en 1986, dû au vieillissement de la population accueillie, modifie l'agrément, qui passe à :

- 24 places en Institut Médico-Educatif (IME)
- 48 places en Maison d'Accueil Spécialisée (MAS).

En 2001, une nouvelle modification de l'agrément de la MAS, augmente sa capacité d'accueil de 18 lits.

Quelques dates clés :

2001 - Fusion absorption de l'Association Saint Joseph par l'Association Anne Boivent
2001 - Ouverture du pavillon TY AVEL
2005 - Ouverture du pavillon TY DOUAR
2010 - Ouverture du pavillon TY HEOL
2016 - Déménagement de l'IME sur le territoire de Fougères, qui devient l'IME EEAP Paron
2017 - Modification de l'agrément, par un passage de 66 à 70 places dont 5 places pour des résidents présentant des troubles du spectre autistique (TSA)

Réorganisation interne en trois pôles :

- Un pôle polyhandicap
- Un pôle personnes fragiles vieillissantes
- Un pôle adulte avec résidents TSA et TND

3.1.2. L'identification

Statut : Maison d'Accueil Spécialisée Gaifleury
Raison sociale : Etablissement privé à but non lucratif
Adresse postale : 18, Rue Armand REBILLON 35420 SAINT-GEORGES DE REINTEMBAULT
FINESS: 35004 3915
SIRET: 434 473 294 00099-APE 8710B
☎ 02.99.97.04.18
✉ gaifleury@anneboivent.fr

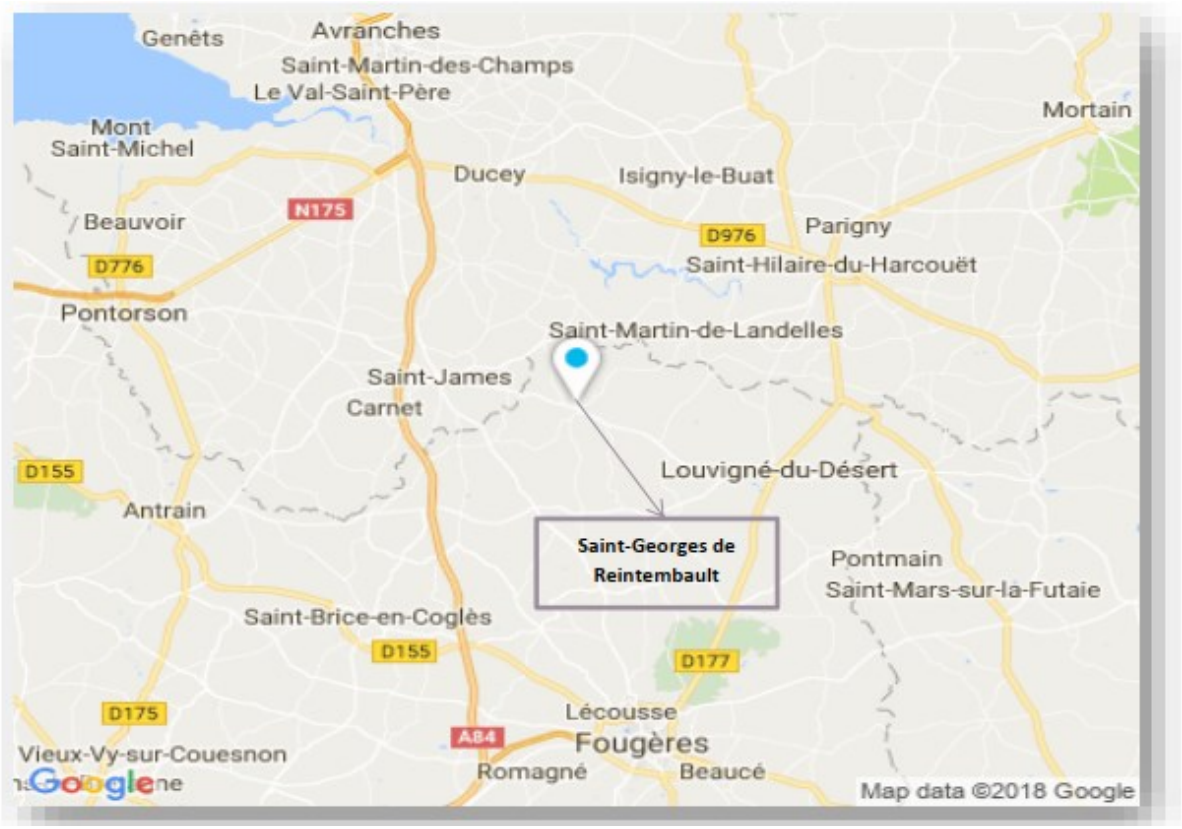
3.1.3. La capacité d'accueil

L'établissement est agréé pour l'accueil de 70 résidents adultes en hébergement permanent, répartis sur trois pavillons :

- Le pavillon TY-HEOL, accueille 29 résidents répartis sur 5 unités ;
- Le pavillon TY-DOUAR, accueille 21 résidents répartis sur 3 unités ;
- Le pavillon TY-AVEL, accueille 20 résidents répartis sur 3 unités.

3.1.4. L'implantation géographique, l'accessibilité

L'établissement est situé en Ille-et-Vilaine dans la commune de Saint-Georges de Reintembault (la population de Saint Georges de Reintembault était de 1487 habitants, au dernier recensement de l'INSEE, en 2019) à 20 kms de Fougères, 75 kms de Rennes et limitrophe du département de la Manche (Avranches à 30 kms).



Le centre bourg de Saint-Georges de Reintembault a été aménagé en partenariat avec l'établissement, afin de faciliter l'accessibilité aux personnes à mobilité réduite (en lien avec la Loi 2005).

3.1.5. Les modes de financement

L'établissement est financé par une dotation globale provenant de l'ARS Bretagne et négocié dans le cadre du CPOM associatif 2024 – 2028.

3.1.6. La mission

La MAS Gaifleury est un établissement médicalisé qui propose un lieu d'accueil à des adultes en situation de handicap afin de les accompagner individuellement tout au long de leur parcours de vie en favorisant leur autonomie, leur santé et leur bien-être.

L'établissement a également pour mission de rendre effectif le droit à la protection, à la sécurité, à la santé et aux soins ainsi qu'à un suivi adapté et personnalisé en associant les familles.

3.1.7. Le service rendu (prestations)

a) Prestation d'accompagnement éducatif et pédagogique :

- ✓ Activités éducatives adaptées aux troubles spécifiques de chacun des usagers
- ✓ Aide et surveillance nécessaires à l'accomplissement des actes essentiels de la vie quotidienne (aide au repas, toilette)

b) Prestation de soins et de rééducation :

- ✓ Distribution des médicaments
- ✓ Suivi de l'état de santé et soins courants
- ✓ Suivi individuel et personnalisé

c) Prestation d'hébergement :

- ✓ Accueil hôtelier : chambre individuelle ou double meublée aves salle de bain privative.
- ✓ Blanchisserie : fourniture et entretien du linge hôtelier avec entretien du linge personnel possible
- ✓ Restauration : 3 repas quotidiens et un goûter – Application des régimes prescrits par le médecin, textures adaptées aux spécificités des usagers, intervention d'une diététicienne pour la réalisation des menus, possibilité pour les proches de partager un repas au sein de l'établissement
- ✓ Télévision : un écran est situé dans chaque unité et chaque chambre est munie d'une prise d'antenne où un téléviseur personnel peut être installé

d) Autres prestations :

- ✓ Le culte : des célébrations chrétiennes et catholiques sont proposées en fonction des temps forts de l'année (Noël, Pâques). La visite d'un ministre d'un autre culte peut être réalisée en fonction des demandes des familles

3.2. Les valeurs de l'établissement

Les valeurs de l'établissement sont une déclinaison des valeurs associatives :

✓ L'éthique d'un accompagnement des personnes :
• dans le respect de leurs besoins, de leurs attentes, de leurs droits et de leurs capacités,
• dans le respect de leur dignité,
• dans les meilleures conditions de leur intégration sociale au regard de leurs possibilités,
• dans la sécurité nécessaire à leur développement personnel et leur autonomie.

✓ La reconnaissance et le respect des personnes :
• dans leurs différences, compétences et richesses,
• dans leur citoyenneté,
• dans leur bien-être et leur épanouissement.

3.3. Les recommandations et textes de référence

3.3.1. Les chartes

La MAS Gaifleury se réfère à 2 chartes :

- La charte des droits et des libertés de la personne accueillie[2]
- La charte de bientraitance associative[3]

3.3.2. Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'HAS

- « La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre », 2008 ;
- « L'expression et la participation des usagers dans les établissements relevant du secteur de l'inclusion sociale », avril 2008 ;
- « L'ouverture de l'établissement à et sur son environnement », 2008 ;
- « Les attentes de la personne et le projet personnalisé », 2008 ;
- « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance », 2008 ;
- « La mise en œuvre de l'évaluation interne dans les établissements et services visés par l'article L312-1 du code de l'Action sociale et des familles », 2009 ;
- « Élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service », 2009 ;
- « La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux relevant de l'article L312-1 du code de l'Action sociale et des familles », 2009 ;
- « Pour un accompagnement de qualité des personnes avec autisme ou autres troubles envahissants du développement », 2010 ;
- « Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées », 2012 ;
- « Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement », 2012 ;
- « Le questionnement éthique dans les établissements sociaux et médico-sociaux », 2010 ;
- « Accès aux droits des personnes accueillies dans les établissements et services du secteur de l'inclusion sociale relevant de l'article L312.1 du code de l'action sociale et des familles »,

3.3.3. Les autres recommandations utilisées par l'établissement

- « Les espaces calme-retrait, d'apaisement », 2013 ;
- « L'accompagnement à la santé de la personne handicapée », 2013
- « Les « comportements-problèmes » au sein des établissements et services accueillant des enfants et adultes handicapés : Prévention et réponses », 2016 ;
- « Qualité de vie : Handicap, les problèmes somatiques et les phénomènes douloureux », 2017

[2] Charte des droits et libertés de la personne prise en charge Annexe 1
[3] Charte de bientraitance Annexe 2

3.4. Le contexte règlementaire

3.4.1. Le cadre réglementaire

La MAS Gaifleury s'appuie sur différents textes législatifs et recommandations de bonnes pratiques professionnelles pour assurer une prise en charge adaptée aux besoins spécifiques des résidents accueillis.

✓ **Les lois**

- Loi n°96-1076 du 11 décembre 1996 modifiant la loi n°75-535 du 30 juin 1975 ;
- Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale ;
- Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées ;
- La « Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires », dite loi HPST ;
- LOI n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

✓ **Les décrets et instructions**

- Décret n°2004-287 du 25 mars 2004 relatif au conseil de la vie sociale et aux autres formes de participation institués à l'article L.311-6 du code de l'Action sociale et des familles ;
- Décret n°2006-1331 du 31 octobre 2006 relatif à l'observatoire national sur la formation, la recherche et l'innovation sur le handicap ;
- Instruction ministérielle n° DGCS/SD3B/DGOS/SDR4/DGESCO/CNSA/2014/52 du 13 février 2014, portant sur la mise en œuvre du plan autisme 2013-2017 ;
- Instruction N° DGCS/SD3B/CNSA/2015/369 du 18 décembre 2015 relative à l'évolution de l'offre médico-sociale accueillant et accompagnant des personnes avec troubles du spectre de l'autisme.
- Décret n°2022-688 du 25 avril 2022 portant sur une modification du conseil de la vie sociale

✓ **Les circulaires**

- Circulaire du 27 avril 1995 : relative à la prise en charge thérapeutique, pédagogique, éducative et à l'insertion sociale des personnes atteintes d'un trouble autistique
- Circulaire DGAS/DGS/DHOS/3C n°2005-124 du 8 mars 2005 : relative à la politique de prise en charge des personnes atteintes d'autisme et de troubles envahissants du développement (TED)
- Circulaire DGAS/3C/2010/05 du 5 janvier 2010 relative à la mise en œuvre de la mesure 29 du plan autisme 2008-2010 « Promouvoir une expérimentation encadrée et évaluée de nouveaux modèles d'accompagnement.

3.4.2. Les obligations règlementaires

Ces obligations qui sont destinées à améliorer la mise en œuvre de l'accueil et de l'accompagnement de ces adultes handicapés, concernent :

- La qualité et la continuité de l'accompagnement ;
- Le contrat de séjour ;
- L'organisation et le fonctionnement des établissements et services.

✓ Le livret d'accueil

Il est remis à l'usager lors de son admission. Celui-ci comporte :

- Une présentation succincte de l'association et de l'établissement ;
- Les différents espaces de vie ;
- Les prestations ;
- Le personnel ;
- Les modalités d'accueil et d'accompagnement ;
- Les droits de l'usager et le Conseil de Vie Sociale (CVS).

✓ La diffusion et l'affichage des chartes

La charte des droits et des libertés de la personne accueillie et la charte associative de bientraitance sont annexées au livret d'accueil et remises à la famille lors de la signature du contrat de séjour.

✓ Le contrat de séjour

Le contrat de séjour est associatif. Il est systématiquement établi entre l'établissement et le résident ou son représentant légal. Il détermine la durée du séjour, les objectifs de la prise en charge, les conditions de séjour et d'accueil, la description des prestations d'accompagnement, les conditions financières, les assurances et responsabilités, les modifications du contrat, la résiliation du contrat et les litiges et contentieux.

✓ Le règlement de fonctionnement

Le règlement de fonctionnement est associatif et prend en compte les spécificités de la MAS. Il définit les règles générales et permanentes d'organisation et de fonctionnement de l'établissement dans le respect des droits et des libertés de chacun. Il précise les modalités d'association de la famille à la vie de l'établissement. Il est remis à toute personne accueillie ou à sa famille avec le livret d'accueil et le contrat de séjour. Il est également affiché dans les locaux de l'établissement.

✓ La participation des usagers et leurs familles au CVS

La MAS Gaifleury veille à la garantie des droits individuels et collectifs des usagers. Un Conseil de la Vie Sociale est mis en place, conformément à la loi, il favorise la participation des usagers et des familles à la vie de l'établissement. Il se réunit 3 fois par an, suivant les conditions indiquées dans son règlement intérieur.

Le CVS est composé de membres élus :

- 1 membre du collège représentant de l'association gestionnaire ;
- 9 membres du collège des familles ;
- 2 membres du collège du personnel ;
- 2 résidents.

Le responsable d'établissement siège au CVS avec une voix consultative. La présidente du CVS est une représentante des familles.

Le CVS donne son avis et fait des propositions sur toute question intéressant le fonctionnement de l'établissement ou du service et notamment sur l''organisation intérieure et la vie quotidienne.

✓ Le recueil de la satisfaction

Une enquête de satisfaction est réalisée annuellement par l'association pour recueillir les besoins et attentes des usagers et des familles en adaptant celle-ci aux caractéristiques du public accueilli. Toutefois, le public accueilli au sein de la structure limite le recueil de la satisfaction. Des alternatives sont en réflexion dans le COPIL qualité de l'établissement.

✓ Les personnes qualifiées

En cas de contestation ou de réclamation, l'usager ou sa famille peut faire appel à une « personne qualifiée ». La liste des personnes qualifiées et nommées par l'ARS, est transmise au CVS et affichée dans l'établissement.

✓ Le droit à l'image

Le représentant légal de l'usager doit compléter à l'entrée un formulaire d'autorisation pour la diffusion d'images en interne. Lors d'une médiatisation extérieure, une autorisation spécifique est nécessaire.

✓ Sécurité et vigilance sanitaire :

Les locaux sont équipés de dispositifs de sécurité appropriés et ont reçu un avis favorable lors de la visite de la commission de sécurité le 11 juillet 2016 et de la visite de conformité de l'ARS le 27 juillet 2016. La dernière commission de sécurité a eu lieu le 27 juillet 2022.

Par ailleurs, l'établissement met en œuvre des vigilances concernant la sécurité en mettant en application des protocoles :

- Procédure sûreté, sécurité
- Conduites à tenir en cas de fugue

✓ L'établissement met en œuvre des vigilances sanitaires en mettant en application des protocoles :

- Prévention de la légionellose
- Conduites à tenir en cas d'infections associées aux soins
- Conduites à tenir en cas d'épisode de gastroentérites aigües
- Conduites à tenir en cas d'infections respiratoires aigües
- Précautions standard d'hygiène
- Précautions complémentaires d'hygiène
- Gestion des DASRI (Déchets d'Activités de Soins à Risques Infectieux)
- Procédure COVID-19 et ses annexes
- Prise en charge en cas de décès d'un cas probable ou confirmé COVID-19

3.5. L'inscription de l'établissement dans l'environnement

3.5.1. Les orientations régionales et départementales

Le Plan Régional Santé Environnement (PRSE) constitue le cadre de référence de l'action en santé environnement en Bretagne. Il vise à promouvoir un environnement favorable à la santé en agissant sur tous les moments de la vie quotidienne des usagers.

Les orientations stratégiques du programme régionale de santé de l'ARS Bretagne[4] sont

[4] Source ARS Bretagne – juin 2023

3.5.2. L'inscription dans le réseau handicap et sanitaire

Organisation de partenariat avec d'autres institutions sociales et médico-sociales :

Afin de proposer un accompagnement diversifié et adaptés aux besoins des résidents, l'établissement a développé un réseau partenarial notamment avec :

- L'EMIA 35
- L'EMASP
- L'HAD 35
- La Fédération Française de sport adapté
- Handiaccès
- Réseau GRAAL
- Communauté 360

Contrats de prestation avec d'autres professionnels :

Afin de garantir une meilleure continuité des soins et de la prise en charge et donner un confort et une qualité de vie optimale aux usagers :

- Contrat de mise à disposition et de maintenance de matériel médical
- Pharmacie de la Douve à Fougères
- Laboratoire d'analyses médicales LABORIZON à Fougères
- Divers intervenants notamment centre équestre équidôme, musique plaisir, médiathèque Bimélu.
- ADMR Louvigné de Désert

3.6. La population accueillie

3.6.1. L'origine et attente

Les résidents admis à la MAS GAIFLEURY proviennent principalement du département de l'Ille et Vilaine mais ne sont pas pour la plupart, originaire du territoire de Fougères.

Tous les résidents accompagnés bénéficient d'une notification MDPH précisant leurs droits.

L'admission des usagers fait suite soit à :

- Une demande directe de la famille
- Une demande provenant d'un autre établissement
- Une commission spécifique (Groupe Opérationnel de Synthèse)

Au 31 juillet 2023, la MAS GAIFLEURY enregistre 56 demandes d'admission sur sa liste d'attente :

- 19 concernent des adultes TSA,
- 37 ont un profil polyhandicap.

Afin de préparer les admissions et le passage dans le secteur adulte pour des jeunes provenant d'IME, l'établissement peut proposer de l'hébergement temporaire dérogatoire sur les places vacantes lors des départs des résidents.

3.6.2. Les départements et communes d'origine au 01 janvier 2023

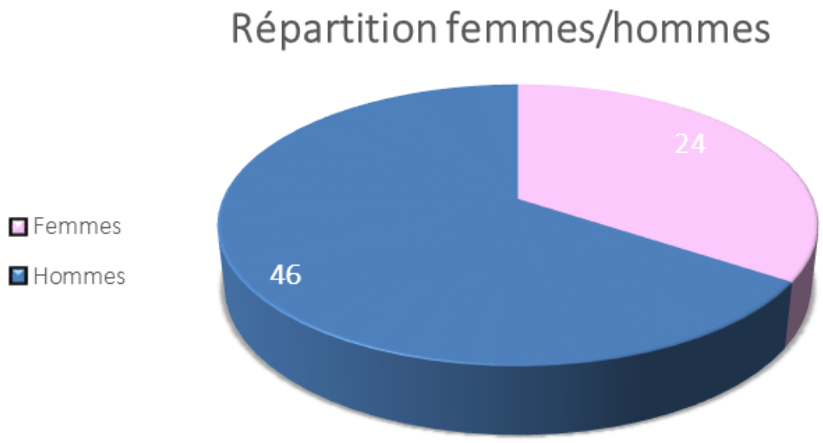
Les résidents admis sont principalement originaires du département d'Ille-et-Vilaine ; la proximité des départements de la Manche et de la Mayenne a facilité l'admission de certains résidents.

ORIGINE DES RESIDENTS

DEPARTEMENT	VILLE	NBRE DE RESIDENT(S)
COTES D'ARMOR (22)	SAINT BRIEUC	1
ILLE ET VILAINE (35)	FOUGERES AGGLOMERATION	15
	RENNES AGGLOMERATION	25
	SAINT MALO AGGLOMERATION	12
	VITRE AGGLOMERATION	7
LOIRE ATLANTIQUE (44)	NANTES	1
MANCHE (50)	AVRANCHES AGGLOMERATION	4
MAYENNE (53)	LAVAL	1
PARIS (75)	PARIS AGGLOMERATION	4

3.6.3. Les caractéristiques de la population de l'établissement

La MAS Gaifleury accueille des usagers de plus de 20 ans polyhandicapés, vieillissant et/ou ayant des troubles du spectre autistique. L'établissement accueille un public hétérogène, que ce soit en termes de déficience, d'âge, de niveau de dépendance, d'origine de handicap.



Tranches d'âge	Nombre de résidents
De 20 à 25 ans	8
De 25 à 30 ans	7
De 30à 35 ans	7
De 35 à 40 ans	6
De 40 à 45 ans	7
De 45 à 50 ans	9
De 50 à 55 ans	14
De 55 à 60 ans	11
+ de 60 ans	1

Avec une moyenne d'âge de 43 ans et 12 résidents de plus de 55 ans, l'établissement adapte ses accompagnements en lien avec le vieillissement des résidents accueillis. Cela se caractérise par un suivi médical plus important, et notamment l'accompagnement des professionnels à la fin de vie.

4. L'ACCOMPAGNEMENT

4.1. Un accueil adapté, individualisé et de qualité

Tous les résidents de la MAS sont orientés au sein de l'établissement par la CDAPH (Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes en situation de Handicap), via une notification. Une première prise de contact est alors réalisée à l'initiative du tuteur, de la famille du résident ou de la structure d'origine. Un dossier d'inscription (dossier unique) est remis en main propre, envoyé par mail ou voie postale.

- La Pré-admission :

Les demandes d'admissions sont étudiées lors d'une commission d'admission réunissant le directeur d'établissement, la directrice adjointe et la psychologue.

En parallèle, la famille et/ou l'établissement orientant sont alors contactés par la directrice adjointe pour organiser une visite d'établissement, afin d'appréhender le fonctionnement de l'établissement ainsi que les modes d'hébergement (hébergement temporaire dérogatoire et hébergement permanent). Une mise à jour de la liste d'admission est prévue annuellement.

Au moment de l'admission d'un nouveau résident au sein de l'établissement d'accueil, une rencontre inter-établissement, en équipe pluridisciplinaire est alors organisée. Ces échanges permettent la transmission de l'ensemble des éléments du dossier (divers bilans, PPA, outils) par des échanges pratiques et la mise en place de période d'immersion. Pour les résidents provenant de l'Association Anne Boivent, la contractualisation d'une convention de stage est établie, en ajout au DIPC (Document individuel de Prise en Charge). Un référent et co-référent sont nommés pour chaque résident.

- L'admission

Afin de permettre une arrivée sereine, l'accueil du résident est anticipé. L'unité d'accueil, la chambre et les professionnels ont pu être repérés et reconnus, grâce aux périodes d'immersion. Un « pot de bienvenue » est organisé et les professionnels s'efforcent de dédier un temps au résident et à sa famille.

Le logiciel ViaTrajectoire est également actualisé à l'admission.

- L'hébergement

En fonction du profil des résidents, plusieurs possibilités peuvent se présenter :

- Une unité pour résident présentant des TSA
- Une unité pour résident présentant des TND
- Trois unités concernent des profils fragiles/vieillissants où un accompagnement médical est approfondi
- Six unités pour résident présentant un polyhandicap

Les chambres peuvent être individuelles ou doubles. Elles possèdent une salle de douche et WC. Chaque chambre peut être personnalisée et aménagée selon les aspirations du résident. Est mis à disposition : un lit, une table de chevet, une armoire de rangement.

Au sein de chaque pavillon, une cuisine et une salle de bain avec baignoire sont mises à disposition des résidents et des professionnelles pour réaliser des activités culinaires et/ou de détente.

- La restauration

La prestation restauration est réalisée par la société ELIOR. Depuis 2021, les cuisines de l'établissement sont externalisées sur le site de Chaudeboeuf.

Les menus sont supervisés par la diététicienne de l'Association en lien avec le chef de cuisine. Les textures et régimes sont adaptés. Une commission "restauration" est mise en place trimestriellement avec pour objectif d'échanger sur les besoins, de manière logistique et gustatif, afin d'ajuster les mets et les pratiques de chacun. La diététicienne réalise des passages organisés au trimestre également. Sa mission est de proposer une alimentation la plus adéquate au profil du résident, en tenant compte de sa santé et de ses goûts.

Des référents « alimentation » sont désignés sur chaque pavillon. Ils ont pour objectif de recueillir les besoins, demandes et souhaits de chacun, ainsi que la mise à jour du logiciel travail (MILIZI).

Les habitudes alimentaires des résidents sont recueillies à l'admission et mise à jour au moment du PPA. Ainsi, une liste des aversions et de mets appréciés est établie avec la famille du résident et est reportée sur le logiciel afin d'adapter au mieux les menus. Une fois par mois, un menu à thème est proposé aux résidents.

- Le linge

La prestation hôtelière est réalisée à la buanderie centrale de l'Association située sur le site de Paron. Trois passages par semaine sont réalisés afin de retirer le linge sales et de déposer le linge propre. Afin d'éviter la perte de vêtements, un système de puces nominatives est thermocollé sur le vêtement (à la charge des familles), puis le vêtement est répertorié dans un logiciel travail (UBIQUID). Ce sont les

maitresses de maison qui ont pour mission cette tâche. Le linge commun (serviettes, gants de toilettes, couvertures) est fourni par l'établissement. La société ELIS livre les draps et alèses.

- L'animation

En complétement du service d'animation, les équipes d'hébergement proposent régulièrement des activités, en multipliant les supports et les médiations, en fonction des affinités, aspirations et formation de chacun, type snoezelen. Ces activités sont pensées en lien avec le projet de vie du résident, formalisées et visualisées via le logiciel travail (Netvie), sur un planning d'activités individuel, dans lequel un compte rendu est réalisé après chaque activité. C'est un moyen d'évaluer l'évolution du résident et d'ajuster les pratiques. Enfin, des séjours de vacances, sont proposés aux résidents à l'initiative des professionnels.

4.1. Le projet personnalisé d'accompagnement

4.1.1. Le recueil et l'observation des besoins et habitudes

Les résidents accueillis au sein de l'établissement sont pour la majorité dyscommuniquants. Ils n'ont, pour la plupart, pas accès au langage ce qui limite la communication de leur besoins, souhaits et envies. Cependant, les demandes des familles et le travail en équipe pluridisciplinaire permet, par des observations du quotidien, de réaliser l'anamnèse du résident et de recueillir les habitudes, besoins et souhaits de ce dernier.

La psychologue peut se rendre ponctuellement et selon les besoins au domicile de la famille afin d'échanger, dans leur environnement, de l'histoire de vie du résident et des projections qu'elle pressent pour le résident.

C'est aussi lors de la réunion de PPA, que la coordinatrice d'équipe et la cadre de santé établissent le recueil des informations nécessaires au projet de vie du résident.

Des évaluations fonctionnelles sont réalisées par la psychologue pour recueillir davantage d'information sur le résident. Ces dernières sont ensuite partagées aux équipes.

4.1.2. L'élaboration et l'évaluation du projet avec le résident et la famille

Conformément à la procédure associative, le PPA est élaboré dans les 3 mois suivant l'admission. Ce laps de temps est important pour créer la relation avec le résident, l'observer dans son nouvel environnement et échanger avec sa famille et / tuteur, afin de formaliser, au plus près de ses besoins et souhaits, son projet de vie.

Aussi, le PPA est alors réajusté tous les ans ou lorsque la situation de la personne est significativement modifiée (réorientation, changement de comportement par un déclin soudain par exemple).

Le PPA est évalué puis élaboré en deux temps :

- Le pré-PPA

Une première réunion, en équipe pluridisciplinaire, composée du référent et du co-référent du résident, de la psychologue, d'une infirmière, de la cadre de santé ou de la coordinatrice est organisée. Les échanges permettent une évaluation du résident, soutenue par les bilans annuels des professionnels du service paramédical (Enseignant en activités physiques adaptées, animatrice, psychomotricienne, ergothérapeute, kinésithérapeute). Aussi, cette vision d'ensemble permet d'envisager des objectifs d'accompagnement.

L'évaluation ainsi que les objectifs sont renseignés sur le logiciel NETVIE.

- Le PPA

Dans un second temps, les familles et/ou tuteurs sont conviés à un temps de travail commun, tri partite (résident/famille-tuteur/établissement) de co-construction du projet de vie du résident.

Le bilan de la situation du résident, de l'année encourue et les nouveaux objectifs engagés, pour l'année à venir sont exposés lors du PPA. En lien avec les souhaits et attentes de la famille et/ou tuteurs, les objectifs et l'évaluation sont complétés et ajustés.

C'est à la suite de ces deux réunions, que le PPA est formalisé et l'avenant au contrat de séjour envoyés à la famille et/ou tuteurs pour signature.

4.1.3. La coordination et le travail pluridisciplinaire autour du résident

Il est essentiel pour le bien-être du résident et dans le but d'être en adéquation avec son projet de vie, qu'une dynamique de travail pluridisciplinaire soit efficiente.

Aussi, afin de favoriser les échanges, d'interroger les situations et d'ajuster ses pratiques, il existe plusieurs temps d'échanges, permettant la coordination autour du résident :

- Les transmissions : A l'écrit et à l'oral, elles sont réalisées quotidiennement via le logiciel travail (Netvie) et lors des temps d'échanges méridionaux entre les équipes éducatives et soignantes.
- La réunion d'équipe : Réalisée mensuellement, avec la présence possible de la psychologue et d'une IDE, cette réunion rassemble l'équipe éducative, pour permettre de faire le point sur l'ensemble de la situation du résidents (médical, organisationnel, éducatif), en lien avec les objectifs du PPA.
- La réunion d'équipe pluridisciplinaire : Lorsque la situation du résident interroge les professionnels, sur les champs médical et/ou comportemental, une réunion avec un professionnel de chaque corps de métier est organisée. Le but est d'échanger, de partager ses expériences et observations. Cela favorise la mutualisation de nouveaux objectifs d'accompagnement afin d'adapter les pratiques collégialement pour répondre aux nouveaux besoins du résident. Un créneau est prévu à cet effet.

Enfin, c'est aux missions de la cadre de santé et de la coordinatrice d'équipe de coordonner cette dynamique pluridisciplinaire en rassemblant et transmettant les informations.

4.2. L'expression et la participation de la personne accompagnée

Malgré les difficultés de communication que rencontrent les résidents au sein de la MAS, l'ensemble des professionnels s'efforcent de trouver des solutions afin de leur permettre de s'exprimer. La communication est un des objectifs principalement travaillé sur la MAS.

Aussi, plusieurs actions sont entreprises :

- L'évaluation des capacités :

Dans un travail commun, la psychologue, en lien avec les équipes éducatives et les familles, formalise différentes évaluations afin de permettre d'adapter les supports, aux compétences du résident. Les professionnels s'efforcent donc à réaliser une évaluation pour chacun des résidents.

Différentes évaluations sont utilisées : Le COMFOR-II, PEP-3 et l'EFI (Evaluation des compétences fonctionnelles pour l'intervention). Ces trois supports sont réalisés en face à face (psychologue/résident), par la passation d'exercices pratiques. Le but est de rendre le résident acteur de son évaluation.

A cela s'ajoute, la réalisation du profil sensoriel : ESAA, réalisé par la psychomotricienne. Cette dernière permet de repérer l'hypo er l'hyper sensibilité des résident (bruit, toucher…) et adapter l'accompagnement en conséquence.

Ces évaluations permettent de faire l'état des lieux des compétences du résident en matière de communication réceptive (ce que je comprends) et expressive (ce que je demande).

- L'adaptation des supports :

Les résidents de la MAS n'ayant pas accès au langage, il est primordial de mettre en place une alternative. De fait, plusieurs médiations sont proposées et utilisées au sein de notre établissement. La communication adaptative augmentée (CAA) est l'une des recommandations de l'HAS.

Aussi, les méthodes PECS, TEACCH et ABA sont utilisés. Elles se matérialisent par l'utilisation de photos, de pictogrammes et/ou d'objets afin de permettre aux résidents de s'exprimer, de déterminer ses choix, dans un souci d'autodétermination. Les évaluations permettent alors de cibler le type de méthodes à utiliser.

De même, la structuration des espaces de vie et du temps, méthode TEACCH, permet de donner des repères spatio-temporels aux résidents afin de favoriser l'expression et la participation du résident dans sa vie quotidienne. Ces repères se matérialisent par des emplois du temps visuel individualisés.

- Le Conseil de la Vie Sociale

Le CVS est défini par la loi du 2 janvier 2002 (Art. L311-6 du code de l'action sociale et des familles) qui renforce les droits des usagers.

Cette loi a prévu la participation des personnes accompagnées au fonctionnement des établissements et services médico-sociaux. Le CVS est une instance consultative autonome avec une expression des personnes accompagnées et de leurs familles sur l'ensemble de leurs conditions de vie, de soins et d'hébergement …

Un nouveau décret a été publié le 25 avril 2022 (décret n°2022-688) rénovant les CVS et visant à conforter l'expression et la participation des personnes : *« La composition des conseils de la vie sociale a été élargie afin d'intégrer les associations ou groupement représentant les associations de personnes et de familles, ou encore les bénévoles intervenants au sein de la structure. Les nouvelles missions des CVS permettront de conforter la participation au sein même des établissements et services, et permettront de rendre les personnes pleinement actrices de leur accompagnement ».*

Les résidents de l'établissement participent aux instances du CVS.

4.3. L'accompagnement à l'autonomie

La première approche des professionnels est d'accompagner les résidents de la MAS en « faisant avec » et non « en faisant à la place de la personne ». En réponse aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP), le résident est au cœur du dispositif et doit rester le principal acteur de son quotidien. Nous parlons alors d'autodétermination.

L'autodétermination est une démarche intégrée dans les pratiques des professionnels de la MAS. Par définition c'est, *« exercer le droit propre à chaque individu de gouverner sa vie sans influence externe indue et à la juste mesure de ses capacités. Avoir le pouvoir de décider pour soi-même est un apprentissage qui se développe tout au long de la vie de la personne. »*[1]

Aussi, afin d'intégrer cette notion d'autodétermination dans les accompagnements, des évaluations fonctionnelles sont réalisées. Elles permettent de cibler le niveau d'autonomie du résident en exposant ses compétences et émergences.

Ce sont les professionnels du service paramédical : psychologue, psychomotricienne, ergothérapeute et médecin rééducateur ; qui établissent des bilans rééducatifs et évaluations de type VINELAND, EFI et profil sensoriel (ESAA).

Les observations réalisées au quotidien par les professionnels de la MAS, permettent d'adapter l'accompagnement vers l'autonomie. Cet objectif est formalisé dans le PPA du résident et réajusté selon les besoins du résident.

Pour donner l'opportunité au résident de choisir, des actions concrètes sont alors mises en place pour renforcer l'autodétermination, en fonction des capacités et compétences du résidents. Des classeurs de type PECS, fournis de photos et/ou de pictogrammes, la proposition physique d'un éventail d'objets, d'activités, de vêtements… est faite au résident. Les sorties sont réalisées en présence du résident, pour qu'il exprime un choix lors d'achats personnels (vêtements, chaussures, jeux, …).

4.4. La participation des familles à la vie de l'établissement, le soutien aux aidants, la pair-aidance

En lien avec le CPOM, la participation à la vie de l'établissement, le soutien aux aidants et la pair-aidance est un objectif travaillé, dont des actions ont été mise en place de façon pérenne.

[1] https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-09/02_tdi_rbpp_autodetermination.pdf

- Le CVS

Le CVS se réunit 3 fois par an. Les familles et/ou tuteurs siègent au sein de cette instance, pour représenter les résidents. C'est un temps d'expression, d'information et d'échange collégial sur l'actualité de l'établissement et de l'Association.

- Le « café des aidants »

C'est un temps d'échange dédié aux personnes qui accompagnent un résident en dehors de la MAS. Les familles, amis, tuteurs en sont les acteurs.

Animé par un ou plusieurs psychologues sur une thématique définie ou non en amont. Le café des aidants est organisé 2 fois par an.

Le but de ces temps est le partage d'expérience et d'expertise ainsi que la libre expression autour de situation ou de sujet rencontré par les aidants.

- Les temps de convivialité

A l'occasion de temps forts de l'année (vœux, période estivale), des temps de convivialité sont organisés. Ils se présentent sous forme de « goûter » et ou d'animation. Ces temps informels permettent de favoriser l'interconnaissance entre les familles, tuteurs et les professionnels de la MAS.

4.5. La continuité et fluidité des parcours

Dû à leur handicap, les résidents de la MAS Gaifleury connaissent un parcours de vie, parfois semé d'obstacles et d'imprévus. Aussi, en réponse à leur projet, il est essentiel un accompagnement sans rupture.

L'établissement propose plusieurs dispositifs afin de travailler l'adaptation de l'accompagnement et les possibles orientations du secteur « enfant » vers le secteur « adulte » et du secteur « adulte » vers le secteur « personnes âgées ».

- Une orientation préparée

- **Du secteur « enfant » vers le secteur » adulte :**

Dans une logique de fluidité de parcours, sur sollicitation des établissements médico-sociaux, dédiés à l'enfance, la MAS s'engage dans le processus d'orientation afin d'éviter les ruptures.

Aussi, plusieurs temps d'interconnaissances, sous forme de réunions, d'activités et de périodes d'immersion sont mises en place entre les établissements afin de promouvoir le partage de savoir, savoir être et savoir-faire. L'objectif est de connaître le résident et son entourage avant son admission.

- **Du secteur « adultes » vers le secteur « personne âgée »**

En projection du vieillissement des résidents et de ses besoins spécifiques, l'orientation vers le secteur « personnes âgées » est envisagée. Cette orientation est discutée et échangée avec le tuteur et/ou la

famille du résident, en lien avec son projet de vie. La question se pose, lorsque le résident atteint 55 ans ou que son état de santé montre des signes de vieillissement.
Ainsi, des EHPAD (Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) et/ou MRS (Maison de retraite spécialisée) sont répertoriés afin de constituer des dossiers d'amission. Des visites et réunions d'interconnaissances sont alors organisées. Un accompagnement global est prévu par l'ensemble des professionnels de la MAS, jusqu'au départ du résident, puis après, sur sollicitations de l'établissement accueillant.

Par conséquent, des échanges spécifiques sont mis en œuvre afin d'aborder et de développer le parcours du résident par l'organisation de réunion d'équipe pluridisciplinaire et/ou des entretiens « famille » : Ils peuvent être physiques ou par téléphone, en dehors des restitutions du PPA et à tout moment de l'année. A l'initiative de la famille et /ou tuteur du résident et/ou de l'établissement, c'est un temps d'échanges formels permettant de partager les souhaits et besoins de chacun afin de répondre aux mieux à la situation du résident.

Les dispositifs mis en œuvre

Une dynamique partenariale est essentielle pour rendre le projet de vie du résident efficient. Aussi, plusieurs moyens sont développés, interpellés et utilisés.

- L'accueil temporaire dérogatoire (AT) à l'initiative des établissements orientant et /ou la famille/tuteur.

  L'établissement ne possède pas de chambre dédiée à l'hébergement temporaire dérogatoire. C'est avec l'accord des familles/tuteurs et des résidents que les chambres sont occupées pendant l'absence de ce dernier. La contractualisation via le DIPC (Document individuel de Prise en Charge) est réalisée.

  L'AT est proposé en amont d'une possible admission ou dans un objectif de « répit ». Il a pour but l'interconnaissance entre le résident, la famille et les professionnels, afin de favoriser une admission sereine. C'est aussi un moyen d'éviter les ruptures dans le parcours du résident lors du passage du secteur « enfant » au secteur « adulte ».

  La MAS peut aussi avoir recours à ce dispositif dans le cadre d'orientation vers le secteur « personne âgée » ou lors de demande de « répit ».

- Les stages d'immersion : Pour les résidents provenant de l'Association Anne Boivent, la mise en place de stages d'immersion est priorisée. Ces stages ont les mêmes objectifs d'interconnaissance et de partages autour de la situation du résident, que tout autre accueil. La contractualisation d'une convention de stage est alors établie, en ajout au DIPC.

- Les activités inter-établissements : En lien avec les éducateurs sportifs et les animatrices de l'association Anne Boivent, de nombreux projets d'animation et/ou sportifs sont élaborés et mise en œuvre, en commun afin de permettre une intégration en douceur de chacune des personnes et une meilleure connaissance de ces dernières.

Des partenaires peuvent être aussi interpellés pour permettre un relai et/ou une complémentarité dans l'accompagnement à proposer au résident, lorsque que la situation l'impose. Aussi l'EMIA (Equipe Mobile d'Intervention Autisme), TUBA (Trait d'Union Bol d'air) et d'autres services d'hébergement temporaire, tels que la MAS du Placis Vert, peuvent être sollicités.

5. UNE CULTURE DE L'ETHIQUE ET DE LA BIENTRAITANCE

5.1. Un questionnement éthique

S'inspirant des préconisations de la loi du 4 mars 2002 dans son article 51, l'Association Anne Boivent élargit la commission Bientraitance en une commission Ethique et Bientraitance en vue de mener en son sein une réflexion sur les questions éthiques posées par l'accueil et l'accompagnement des personnes âgées et personnes en situation de handicap, accueillies dans les établissements et services que gère l'Association.
Une instance éthique est une instance pluridisciplinaire, autonome et consultative qui se réunit à intervalle régulier (1 fois/trimestre). Son rôle est de réfléchir aux questions qui portent sur le sens et les limites des pratiques de soins et d'accompagnement à partir de situations complexes pour lesquelles aucun consensus n'a pu être trouvé. Une instance éthique ne peut se substituer aux autres instances institutionnelles ; elle n'a pas vocation à trancher des différends entre personnes ou à traiter des contentieux médicaux et/ou soignants au sein de l'institution.
La réflexion éthique est initiée par l'émergence d'un questionnement pouvant venir des professionnels, des personnes accompagnées ou de leur entourage et ce, face à une situation complexe et singulière. La démarche éthique dans les établissements est un moyen de donner sens aux pratiques. Elle favorise l'expression de la pensée professionnelle au travers d'un questionnement sur sa propre pratique professionnelle.
La commission éthique et bientraitance peut être saisie par le biais d'un formulaire de saisine.

5.2. Une culture de la bientraitance

L'association Anne boivent s'est pleinement engagée dans une démarche de promotion de la bientraitance en s'appuyant sur l'autodétermination des personnes accompagnées. Elle offre des conditions d'accueil de qualité ainsi qu'un cadre de vie personnalisé.

La Chartre de bientraitance associative élaborée par la commission bientraitance et approuvée par l'assemblée générale du 11 mai 2016 met l'accent sur le respect de la personne accompagnée et la nécessité d'avoir une attitude professionnelle et humaine.

Deux journées associatives annuelles, auxquelles participent les deux référents de l'établissement, permettent de réunir l'ensemble des référents de l'association.

La définition légale de la maltraitance (CASF, art. L. 119-1 ; CSP, art. L. 1431-2) : le législateur s'appuie sur la démarche nationale de consensus pour un vocabulaire partagé sur la maltraitance (bit.ly/SSgouv_Maltraitance) pour inscrire dans le droit une définition large de la maltraitance concernant l'ensemble du champ social et médico-social. Cette définition est rédigée comme suit : « La maltraitance au sens du présent code vise toute personne en situation de vulnérabilité lorsqu'un geste, une parole, une action ou un défaut d'action compromet ou porte atteinte à son développement, à ses droits, à ses besoins fondamentaux ou à sa santé et que cette atteinte intervient dans une relation de

confiance, de dépendance, de soin ou d'accompagnement. Les situations de maltraitance peuvent être ponctuelles ou durables, intentionnelles ou non. Leur origine peut être individuelle, collective ou institutionnelle. Les violences et les négligences peuvent revêtir des formes multiples et associées au sein de ces situations » (CASF, art. L. 119 1).

- Prévention

Les actions de prévention de la maltraitance sont pratiquées à tous les niveaux d'organisation des établissements (résident, professionnel, équipe d'encadrement et orientation éthique de l'association) en mettant l'accent sur la promotion de la bientraitance en sensibilisant les salariés, en développant l'analyse de pratique et en assurant un suivi des faits de maltraitance.

L'établissement organise des réunions d'analyse de pratiques 1 fois par trimestre pour tous les professionnels. S'y ajoutent d'autres instances de réflexion comme les réunions pluridisciplinaires pour analyser les troubles du comportement et définir les conduites à tenir et la participation à des groupes de travail associatifs pour élaborer des procédures.

A cela, les référentes bientraitance mettent en place des actions de prévention en organisant des temps d'échange suite au visionnage des RBPP.

6. LE PROJET DE SOINS

La recommandation de l'HAS – L'accompagnement à la santé de la personne handicapée – définit l'enjeu du soin : « l'assurance et la continuité des soins constituent pour les personnes handicapées une condition sine qua none de la garantie de pouvoir mener à bien leur projet de vie ».

Le soin c'est « répondre aux besoins d'une personne dans sa globalité, de manière adaptée au niveau médical, psychologique, thérapeutique, sociale et éthique ».

Le soin concerne :

- ✓ La participation de la personne au volet soin de son PPA
- ✓ La promotion de la santé
- ✓ La cohérence, la continuité et la permanence des soins autour de la personne
- ✓ La formation et le soutien des professionnels

Le soin se définit ainsi :

- ✓ Assurer l'accompagnement des soins auprès des usagers sur les unités
- ✓ Garantir la sécurité physique et psychique, la continuité des soins corporels et psychiatriques
- ✓ Maintenir l'état de santé, de confort et d'autonomie de l'usager dans les meilleures conditions possibles en observant et évaluant les soins quotidiens
- ✓ Travailler en équipe pluridisciplinaire, cohérence entre les professionnels dans la prise en soin des usagers

6.1. La prévention et la gestion des risques liés à la santé

La promotion de la santé passe par le développement des modalités d'intervention permettant aux enfants de mieux appréhender leur santé en travaillant avec eux sur la connaissance de leur corps et ses transformations.

Un suivi poids-taille régulier et réajusté selon les observations cliniques, permet, en collaboration avec le médecin, d'éviter les situations de dénutrition et de déshydratation en adaptant l'alimentation et l'hydratation au besoin des usagers.

Des actions de vaccination et de dépistage en cohérence avec les besoins identifiés et en informant les personnes concernées sur les raisons et les modalités de mise en œuvre sont organisées en lien avec la famille.

Les changements de comportement ou problèmes de comportement font l'objet d'une évaluation de la douleur afin de déterminer les causes somatiques, psychiques et environnementales possibles. Une procédure associative détermine le dépistage et la prise en charge de la douleur.

Depuis 2013, la MAS a mis en œuvre un certain nombre d'actions :

- La fonction d'infirmier référent, permet de garantir une connaissance globale du dossier du résident, avec une participation pour la rédaction du PPA du résident.
- Le suivi et l'accompagnement médical, tant dans le suivi des consultations, la coordination ou l'information autour du résident et de sa famille.
- La réalisation de soins à partir de la prescription médicale et de la retranscription sur le plan de soins renseigné sur le logiciel Netvie incluant les procédures de soins et d'hygiène assurés par les équipes d'hébergement.
- La traçabilité des soins par les infirmiers et le suivi des soins d'hygiène par les équipes d'hébergement sont consignés par le biais d'un logiciel, au même titre que la programmation des soins et les rendez-vous médicaux

La prévention des risques au sein de l'établissement s'articule de la manière suivante :

- Les risques nutritionnels : Ils sont évalués à l'aide de différents outils : la surveillance du poids par une pesée mensuelle et le calcul de l'IMC, le test MNA par le médecin traitant est en cours de réalisation, le passage d'une diététicienne et la réalisation de commission de menu, l'observance des repas par l'ergothérapeute et la psychomotricienne, la surveillance alimentaire, d'hydratation et d'enrichissement notifié dans le plan de soin sur le logiciel Netvie, les bilans de déglutition effectués par l'orthophoniste.

- Les risques infectieux : Ils sont identifiés :
    - Par la surveillance du suivi vaccinal ainsi qu'une campagne de vaccination antigrippale et covid annuelle,
    - Par le suivi des protocoles d'hygiène,
    - Par la création d'un local DASRI,
    - Par la mise en place de protocole de désinfection du matériel de soin.
    - Analyse du risque infectieux par l'IDE hygiéniste (DAMRI)

La réalisation d'audit hygiène en interne en collaboration avec l'infirmière hygiéniste, permet d'assurer un suivi des pratiques et de mettre en place des formations adaptées à nos besoins.

- Le risque douleur :
    - Evalué à l'aide de grilles d'évaluation (GED-DI ; GED-TSA ; ALGO + ; DOLO+)
    - Référent douleur
    - CLUD
- Le risque cancéreux :
    - Par le dépistage du cancer colorectale chez tous les résidents de plus de 50 ans.
    - Par le dépistage du cancer du col de l'utérus pour toutes les résidentes, selon les prérogatives médicales.
- Le risque d'altération de l'état cutané : Par la mise en place de surveillance de l'état cutané, via le logiciel Netsoins, avec changement de position, matelas adapté et mesures nutritionnelles. Soins d'hygiène adaptés et port de change adapté
- La prévention des chutes :
    - Analyse sur risque
    - Prévention EAPA
    - Par un travail avec les prothésistes, médecins rééducateurs, ergothérapeute, achat de matériel adapté.
    - Par la maintenance du matériel réalisé au sein de la MAS
    - Déclaration des chutes sur NETVIE
    - Par la prescription de contention réévaluées régulièrement,
- La prévention des troubles du comportement :
    - Par une connaissance spécifique du résident et des situations anxiogènes,
    - Par l'adaptation de l'environnement proche,
    - Par la présence d'une psychologue salariée de l'établissement et suivi CMP
    - Par le recours à la supervision, permettant d'encadrer et structurer les pratiques professionnelles
    - Fiche de prévention des troubles du comportement réalisée en réunion pluridisciplinaire
- Les risques liés à l'élimination :
    - Par la surveillance du transit et de la diurèse,
    - Par la mise en place des mesures hygiéno-diététiques au quotidien,
    - Par le travail en collaboration avec les partenaires extérieurs (ABENA)
    - Par la formation des équipes.
- Les risques suicidaires et la souffrance psychique : Par le suivi de la psychologue et la formation des équipes.
- Le risque épileptique (55 résidents sur 70 sont épileptiques) :
    - Par la présence d'un neurologue sur site (1 après-midi par trimestre)
    - Par la mise en place d'un système de télésurveillance la nuit repérant les crises d'épilepsie notamment (OSO- AI)

- L'accompagnement de la fin de vie :
    - Par la mise en place d'une convention avec l'EMASP (l'équipe mobile d'accompagnement de soin palliatif) de l'hôpital de Fougères, avec l'HAD (hospitalisation à domicile),
    - Par la mise en place des fiches Samu pallia, renseignée dans le logiciel Netvie.
    - Par l'intégration systématique des démarches anticipées dans le logiciel Netvie.
    - Par l'analyse des pratiques professionnelles, la formation des équipes, l'accompagnement de la famille.

6.2. L'accès aux soins, la continuité des soins et l'urgence médicale

Le service infirmerie est composé de 5 infirmiers diplômés d'Etat. Leur présence est assurée du lundi au dimanche.

Un médecin généraliste, un médecin rééducateur et un neurologue interviennent régulièrement dans l'établissement afin d'assurer le suivi médical. A la demande du médecin généraliste et en accord avec la famille des consultations vers des spécialistes sont organisés. L'accompagnement est effectué, selon les nécessités, en équipe pluridisciplinaire (infirmier, encadrant de proximité), en collaboration avec la famille. Un travail d'habituation aux soins (port de bonnet pour EEG, accès à la zone buccale) peut être nécessaire pour rendre les soins possibles. Après chaque consultation et/ou prescription, une transmission est faite auprès de la famille de l'usager.

Depuis 2022, les usagers de l'établissement bénéficient du dispositif Handiaccès 35. Ce dispositif propose des consultations adaptées pour les personnes en situation de handicap. Cela simplifie l'accès aux soins des usagers de la MAS. A cela s'ajoute les dispositifs : handigynéco et handident également portés par le Pôle Saint-Hélier.

En cas d'urgence médicale et en l'absence de médecin, l'infirmier demande un avis médical et accompagne le résident vers l'hôpital, si besoin.

En l'absence d'un infirmier, les soignants appellent le 15 afin d'obtenir un avis médical et la conduite à tenir. Une procédure en cas d'urgence médicale a été établie. En complément, l'HAD 35 peut également être contacté de 20h à 7h pour les urgences relatives.

La pochette hospitalisation suit le résident lors de son départ vers l'hôpital (coordonnées des familles, attestation de sécurité sociale, traitement, autorisation de soins, carte vitale). La famille et/ou le représentant légal est prévenu dans les plus brefs délais.

6.3. L'organisation des soins

6.3.1. Le dossier de soins et le dossier médical

L'établissement dispose d'un logiciel métier NETVIE. Ce dossier informatisé est utilisé par l'ensemble du personnel et consultable chaque fois que nécessaire. Chaque intervenant a accès aux informations inhérentes à sa profession, un plan de soin est réalisé et permet la traçabilité et la continuité des soins.

Les informations nécessaires en cas d'hospitalisation, ainsi que les documents utiles pour les séjours en famille se trouvent dans l'infirmerie sous forme de « pochette hospitalisation » qui contient : carte

vitale, mutuelle, renseignement sur sa pathologie, ses antécédents, ses allergies, poids, taille, traitement, fiche de liaison hospitalière sur leur habitude de vie.

Le dossier du résident est conçu conformément à la procédure associative et consultable par son représentant légal.

Afin de garantir le suivi médical des résidents, la mise en place de la plateforme « mon espace santé » permet d'assurer la continuité de la prise en charge auprès de tous les professionnels pouvant intervenir.
Cet espace offre la possibilité de stocker toutes les informations en lien avec les traitements, les allergies, les vaccinations, les examens du résident.

Les infirmières doivent être dotées de la carte CPS pour alimenter et accéder aux informations contenues dans l'espace santé.

6.3.2. La prise en charge médicamenteuse

Une procédure associative « circuit du médicament » détermine la prise en charge médicamenteuse. Une annexe définie l'organisation au sein de la MAS. La prescription nominative est établie par le médecin.

Les médicaments sont préparés en externalisation dans le cadre d'une convention avec la pharmacie de la Douve sous forme des sachets PDA (préparation des doses à administrer).

La pharmacovigilance : Elle s'organise au travers du contrôle de péremptions semestrielles des médicaments, du contrôle des escargots, de pilulier nominatif avec photo du résident ainsi que la nomination d'une IDE référente.

Des formations sont réalisées pour chaque nouveau professionnel afin de les sensibiliser au circuit du médicament. Elles sont dispensées par le service infirmerie.

Suite à plusieurs fiches d'évènements indésirables, l'établissement a mis en place un groupe de travail qui se réunit tous les trimestres afin d'améliorer le circuit du médicament et harmoniser les pratiques. Aussi, la MAS Gaifleury participe à un accompagnement proposé par L'Organisation du MEDIcamenT (OMEDIT), ce dernier a débuté en novembre 2023.

6.3.3. L'accompagnement en santé mentale

Le psychologue intervient à hauteur de 50% au sein de la MAS, soit 2,5 jours par semaine.

La mission fondamentale du psychologue est de faire reconnaître et respecter la personne dans sa dimension psychique. Son activité porte sur la composante psychique des individus, considérés isolément ou collectivement. Dans le cadre de ses missions au sein de l'IME, le psychologue a diverses missions :

- ✓ Il intervient en amont de l'admission en évaluant les attentes et demandes des familles, usagers et professionnels en appréciant les besoins

- ✓ Il évalue le résident à l'aide d'observations, d'outils psychométriques, d'entretiens, le plan cognitif, fonctionnel, émotionnel et psychopathologique afin de dégager des axes d'intervention pour les équipes dans le cadre du PPA

- ✓ Il participe alors en équipe pluridisciplinaire à la rédaction du PPA en questionnant la cohérence, la pertinence, les liens entre les moyens et les objectifs proposés

- ✓ Il pilote les réunions pluridisciplinaires en apportant son regard clinique à la réflexion et à la recherche de postures éducatives adaptées

- ✓ Il assure un rôle d'écoute bienveillante et de conseils aux familles et partenaires intervenant auprès du résident

- ✓ Il s'assure que les modalités thérapeutiques soient appropriées aux difficultés du résident par divers supports individuels ou groupaux : entretien verbal, médiation par le jeu, atelier conte, snoezelen, repas thérapeutiques, répondant aux intérêts du résident et aux choix de sa famille

- ✓ Il est alors amené à promouvoir les actions thérapeutiques au sein d'une équipe pluridisciplinaire en sensibilisant le personnel à la dimension psychologique

L'infirmière psychiatrique du CHGR intervient 1 fois par mois sur site. Un temps d'échange est organisé avec le service infirmerie sur diverses situations. Un retour est ensuite réalisé au psychiatre référent du résident. En cas de situation complexe, le psychiatre de liaison du centre hospitalier de Fougères peut également être sollicité.

6.3.4. L'accompagnement paramédical

L'équipe est constituée des IDE, d'un kinésithérapeute, d'un psychomotricien et d'un ergothérapeute qui travaillent en collaboration avec l'ensemble des professionnels. Ils collaborent également avec les médecins (généraliste, rééducateur, neurologue) et mettent en œuvre leurs prescriptions. Ils apportent une expertise dans l'accompagnement quotidien des résidents.

L'équipe paramédicale est complétée par l'éducateur en activité physique adaptée, qui propose des prises en charge individuelles, collectives aux résidents ainsi que des activités sportives à l'extérieur mutualisée avec les établissements de l'Association (canoë, escalade, char à voile, longe-côte…).

Les missions générales de l'accompagnement paramédical sont :

- ✓ Evaluer les capacités et les besoins de chacun des résidents
- ✓ Proposer des objectifs d'accompagnement adaptés
- ✓ Contribuer aux projets personnalisés d'accompagnement
- ✓ Transmettre une expertise aux équipes éducatives et aux familles

Un travail a été mené afin de diminuer l'administration des laxatifs aux résidents. L'ensemble des professionnels en lien avec les professionnels paramédicaux ont été mobilisés à ce sujet.

Ainsi, l'enrichissement des repas a été réalisé et des séances d'activités physiques ont été mis en place par les équipes d'hébergement et paramédicale Un suivi a été réalisé sur plusieurs semaines. Le bilan de ce projet est positif.

6.4. Le projet des unités spécialisées

6.4.1. Unités spécialisées « personnes fragiles et/ou vieillissantes »

L'établissement possède 3 unités accueillant des résidents fragiles et vieillissants, elles se caractérisent par :

- Une prise en soins de nursing plus importante
- Prise en charge de résidents épileptiques
- Proximité avec le service infirmerie afin d'assurer les soins d'accompagnement plus spécifiques lié aux vieillissements parfois prématurés.

La moyenne d'âge sur ces unités est de 48 ans.
Le vieillissement observé peut entraîner une perte d'autonomie nécessitant une prise en charge spécifique, avec une surveillance accrue.
Habitués aux prises en charge spécifiques, les équipes soignantes sont aujourd'hui formées aux questions liées au vieillissement et à la fin de vie.
La prise en charge psychiatrique des personnes handicapées vieillissantes est parfois plus complexe pour le personnel ; d'où la réelle nécessité de nouer des partenariats avec des professionnels pour optimiser la prise en charge et l'accompagnement des résidents de la MAS., notamment à travers la constitution d'un projet personnalisé spécifique, dans une unité dédiée.

Ces unités de vie permettent d'offrir une prise en charge adaptée grâce à :

- L'intervention d'un personnel soignant qualifié, formé et soutenu par le médecin généraliste et la psychologue de la MAS ;
- L'établissement de projets de soins personnalisés ;
- La participation des proches ;
- L'environnement architectural adapté aux besoins particuliers des résidents (unité proche du service médical et de rééducation)

6.4.2. Unité spécialisée « autisme »

L'unité MYOSOTIS est composée de 5 résidents présentant des troubles du spectre autistique.

La relation aux soins est compliquée par les manifestations du trouble, une absence ou des difficultés de communication. Bien souvent, les personnes avec autisme présentent une hypersensibilité sensorielle qui peut compliquer, voire rendre impossible une prise en soins. A l'inverse, il peut aussi arriver que les résidents avec autisme ne manifestent pas la douleur, ou de façon très atténuée ; les soignants peuvent par conséquent passer à côté de certaines pathologies.

De nombreux autistes fonctionnent en rituels et vivent très difficilement un temps de soins trop long. Il existe cependant des moyens, pour faciliter la prise en soins et éviter certains obstacles qui peuvent nuire à une communication efficace :

- Prévenir et atténuer la « peur de l'inconnu » par l'habituation aux soins
- Diminuer les temps d'attente, propices aux comportements problèmes ;

- Adapter la communication, en s'informant sur le mode de communication employé (objet, images, etc.) ;
- Apporter un soin technique, mais aussi relationnel.
- Solliciter des ressources : EMIA

L'infirmière référente de l'unité possède un DU autisme qui lui permet de transmettre son expertise aux professionnels de l'unité.

La prise en soin d'une autre unité (IRIS), accueillant des résidents ayant un profil TND s'apparente à celle de l'unité MYOSOTIS.

7. PROJET D'ANIMATION

7.1. Les activités proposées à la MAS Gaifleury

Les animations sont proposées par une animatrice diplômée qui travaille en étroite collaboration avec l'équipe encadrement et le service paramédical de l'établissement. Elles sont un support aux activités de rééducation.

Son rôle principal est de développer, organiser et conduire des projets d'animation qui contribuent aux projets de vie des personnes accueillies

Les objectifs globaux du projet d'animation sont les suivants :

- Préserver l'autonomie des résidents.
- Maintenir le lien social
- Favoriser le divertissement et le loisir
- Favoriser le bien-être et la sérénité du résident
- Favoriser l'éveil sensoriel
- Encourager les expressions et la communication

Les activités et les animations sont construits en lien avec la connaissance du public accueillie. Elles sont diversifiées et adaptées aux besoins et centres d'intérêts des résidents.

Les activités sont multiples et variées afin de pouvoir satisfaire l'ensemble des résidents. Certaines sont proposées ponctuellement puis d'autres sous forme de cycle (trimestriel).

Pour assurer la qualité de l'intervention en animation, les professionnels éducatifs se structurent autour du planning d'animation, en plus de ce qu'ils peuvent proposés sur leurs unités de vie. Ils accompagnent à tour de rôle les résidents et participent à l'activité.

Le planning d'animation est construit selon les besoins repérés, les objectifs de travail, les moyens disponibles, les différents intervenants (services transversaux et partenaires). Il est aussi agrémenté dans l'année de séquences exceptionnelles ou festives durant les périodes de congés ou plus rarement en soirée,

Dans le cadre de l'organisation et la communication aux résidents et aux professionnels, ce planning est remis chaque fin de semaine à tous les services.

Nous sommes vigilants au cours de nos interventions à valoriser le résident, privilégier son plaisir d'interagir, amener de la vie autour de lui. Nous veillons à ce que tous les participants soient le plus possible acteur dans leur activité et de manière respecter.

7.1.1. Les activités proposées actuellement

Les activités sont adaptées à la personne, elles peuvent viser à :

Maintenir les capacités physiques (proposées par l'EAPA et le kinésithérapeute) :

- Randonnée Adaptée
- Gym douce
- Vélo-Tricycle
- Piscine - balnéothérapie
- Marche dans l'enceinte de l'établissement et dans le bourg

Maintenir les capacités sensori-motrices :

- Art créatif
- Cuisine
- Jeux d'adresse / jeux de motricité
- Médiation Animale
- Atelier musique

Maintenir le lien social :

- Repas thérapeutique
- Sorties extérieures : promenade, achats vêtements, coiffeuse,
- Animations à ambiance festive
- Rencontre inter structure
- Rencontre avec des partenaires et des acteurs de la vie locale (CCAS / médiathèque)

Activités cognitives :

- Jeux ludiques
- Contes-histoire
- Projections film – photos- diaporama

Activité sensorielle - détente et de bien-être :

- Manucure – Esthétique
- Atelier Bien-être – Détente
- Snoezelen
- Piscine – Bain Détente
- Ecoute musicale
- Vélo-pousseur

Différents séjours sont organisés par les équipes éducatives et l'animatrice répondant à des intérêts communs.

Une commission « animation » composée des référents animation des unités, de l'animatrice et de l'éducateur sportif est organisée une fois par trimestre. Ce temps d'échange a pour objectif :

- Planifier les activités d'animation (projets, idées d'animation, lien entre les équipes et les différents professionnels des services transversaux).
- Travailler en collaboration avec l'animatrice ou l'éducateur sportif sur la construction et écriture de projet d'activité, d'animation ou de sorties, qui sont proposées par les équipes éducatives.
- Maintenir une dynamique d'animation
- Être sensibilisé à l'utilisation des plannings d'activités sur Net vie
- Evaluer les actions passées,
- Echanger sur les points qui peuvent être à améliorer.

7.1.2. Communication des activités

Afin de communiquer plus largement sur les activités réalisées au sein de l'établissement, des articles sont régulièrement publiés sur le site internet de l'Association, sur les réseaux sociaux et sur le journal de la commune.

Le CVS est informé des activités réalisées tout au long de l'année. Les familles peuvent également être associées à certaines activités.

L'établissement a pour projet de développer l'application FAMILEO dans le cadre de la communication entre les familles et les résidents.

8. PROJET ARCHITECTURAL

8.1. L'organisation architecturale

La MAS Gaifleury est un établissement de plain-pied, réparti en 3 pavillons (cf annexe n°3).

- TY HEOL est composé de 5 unités ainsi que du pôle administratif et du pôle médical
- TY AVEL et TY DOUAR sont composés de 3 unités chacun avec la particularité d'une architecture en étoile

8.2. La sécurité au sein de l'établissement

L'établissement est classé ERP de 4ème catégorie de type J. Des contrôles de maintenance quotidiens, hebdomadaires ou mensuels sont réalisés. Des exercices d'évacuation incendie et de formation du personnel sont réalisés régulièrement. Des contrats de maintenance ont été mis en place, afin d'assurer un contrôle permanent, une maintenance régulière, et une possibilité d'intervention 7 jours sur 7 et/ou 24 heures sur 24 en cas de panne.

Un référent sûreté a été nommé, une procédure sûreté a été établie à partir d'un diagnostic réalisé à l'aide d'un gendarme préventionniste.

8.3. Les projets en cours

De par son implantation géographique et sa conception architecturale, la MAS Gaifleury située à Saint Georges de Reintembault ne permet plus de répondre aux besoins spécifiques de la population accueillie et de garantir des accompagnements de qualité (Chambres doubles, locaux non fonctionnels). Son éloignement des pôles d'activité représente un frein aux collaborations partenariales notamment

l'accès aux soins. L'isolement en milieu rural ne permet pas d'optimiser le fonctionnement de l'établissement par des mutualisations de moyens avec d'autres ESMS et ne participe pas à développer l'attractivité des métiers du secteur médico-social.

Pour toutes ces raisons, il est nécessaire d'envisager un transfert total de la MAS Gaifleury en zone urbaine à Fougères à proximité de l'IME EEAP de Paron. A cet effet, des mutualisations de moyens, des partages d'expertise et de nouveaux partenariats pourront être envisagés. La construction d'un nouveau bâtiment permettra également de proposer un nouveau lieu de vie adapté à l'accompagnement d'adultes polyhandicapées et d'adultes autistes.

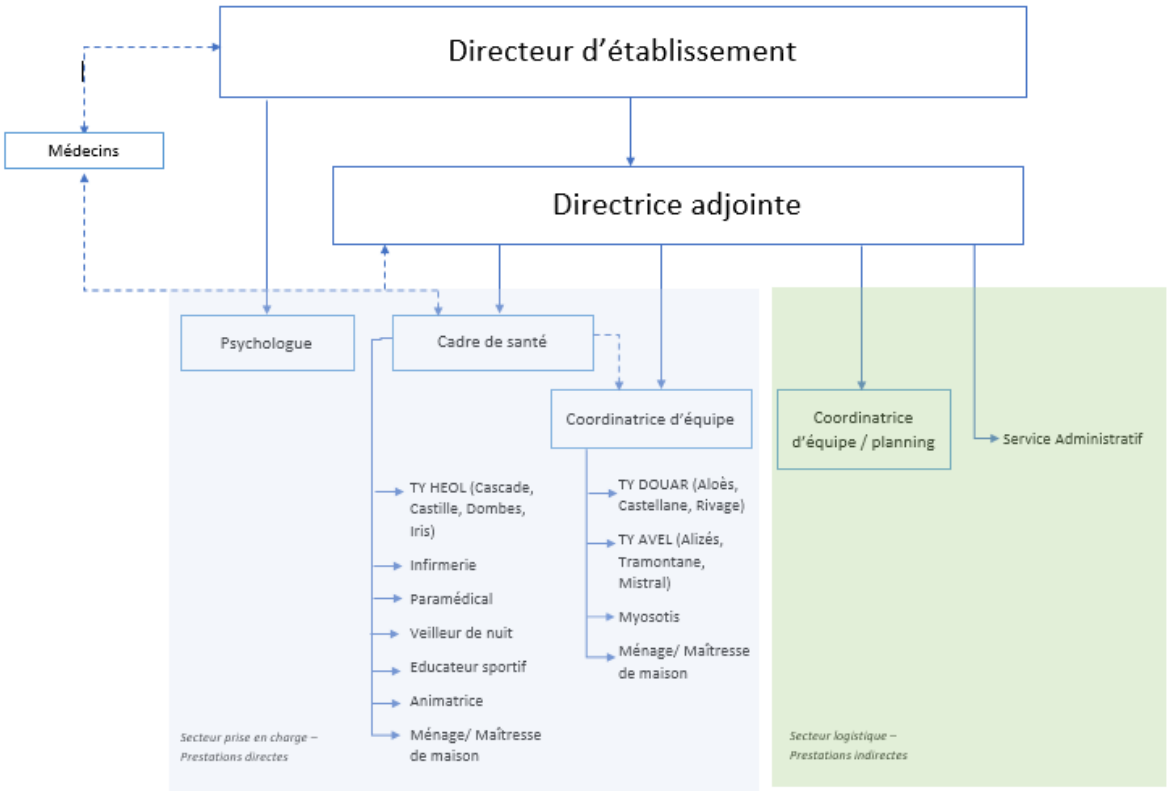
En parallèle, ce projet de transfert sera l'occasion de transformer l'offre de service actuelle en déployant davantage de places dédiées à l'accompagnement d'adultes autistes et de proposer de nouvelles modalités d'accompagnement innovantes de type « MAS hors les murs ».

Le projet de transfert et de transformation de l'établissement est soutenu et partagé par l'ARS Bretagne.

9. LE PROJET SOCIAL

9.1. Les fonctions et les responsabilités

9.1.1. L'organigramme



9.1.2. La répartition des postes

Répartition du personnel au 1er septembre 2023

Directeur d'établissement	0.40
Directeur adjoint	1
Cadre de santé	1
Coordinateur d'équipe	1
Coordinateur planning	1
Coordinateur de projets	1
AES	29.5
Aide-soignant de jour	16
Moniteur éducateur	5
Psychomotricien	0.50
Psychologue	0.50
Infirmiers	5
Médecin	0.20
Educateur sportif	1
Kinésithérapeute	0,70
Ergothérapeute	0.20
Agent de ménage	4
Maîtresse de maison	4
Aide-soignant de nuit	5
Veilleur de nuit	4
Agent administratif	1
Total	**82**

9.1.3. La définition des métiers, compétences et responsabilités

Les fiches de poste sont mises à disposition de l'ensemble des salariés au secrétariat de l'établissement et également sur le logiciel qualité AGEVAL.

9.1.4. L'identification du personnel

L'appartenance au service de soin, éducatif ou agent de service est différenciée par la tenue vestimentaire.

SECTEUR D'ACTIVITE	Femme	Homme
Educatif	Violet	Bleu
IDE	Bordeaux	Bleu
Ergothérapeute, psychomotricien, kinésithérapeute	Bordeaux	Bleu
Services généraux	Vert (maîtresse de maison) Orange (agent de ménage)	

9.2. L'organisation de l'activité et des transmissions entre les équipes

Les professionnels effectuent des transmissions écrites deux fois par jour sur le logiciel NETVIE et des transmissions orales sont organisées lors des rotations d'équipe.

Un plan de communication annuel regroupant l'ensemble des réunions est mis à disposition des professionnels.

Les différentes tâches à effectuer sont planifiées dans le logiciel métier (NETVIE).

9.3. Le recrutement et l'intégration des nouveaux personnels

Le recrutement et l'intégration des nouveaux personnels se fait selon la procédure associative. Un dispositif de parrainage est initié au sein de l'association pour garantir un accueil de qualité aux nouveaux salariés avec la mise en œuvre d'un kit d'intégration.

Dans la mesure du possible, le nouveau salarié est accueilli par le directeur adjoint ou cadre de santé pour effectuer une visite, le présenter aux équipes et transmettre les modalités de fonctionnement de l'établissement.

9.4. La gestion des remplacements

A ce jour, les remplacements de salariés (congés annuels, de congés d'ancienneté, d'arrêt maladie) sont gérés par le CMRH du pool CDD/CDI de l'association en lien avec la coordinatrice planning de l'établissement.

Pour une bonne intégration des nouveaux remplaçants, un livret d'accueil leur est remis et un guide de bonnes pratiques est disponible sur Ageval (logiciel qualité)

Les offres d'emploi CDD ou CDI sont diffusées sur le site internet et le Facebook de l'association, auprès des agences intérimaires, pôle emploi et d'autres supports médias.

L'association organise régulièrement des jobs dating afin d'étoffer le pool CDD.

La MAS GAIFLEURY connait depuis plusieurs mois des problématiques importantes de recrutement liées en partie à l'isolement de la structure située en zone rurale.

9.5. L'accueil des stagiaires

La MAS est pleinement investie dans l'accueil de stagiaires, quel que soit le type de formation. Le coordinateur de planning s'occupe du lien avec les écoles, et de la gestion qui en résulte.

Une procédure associative est mise en place pour l'accueil des stagiaires.

9.6. La formation

Tout au long de l'année, les professionnels peuvent bénéficier de formation permettant d'améliorer leur compétence professionnelle.

Chaque année, le directeur d'établissement élabore le plan de formation en lien avec le référent formation de l'association et la directrice ajointe. Ainsi, les professionnels bénéficient de formation selon leurs souhaits et les besoins de l'établissement. Les formations peuvent être collectives ou individuelles. Ci-dessous la liste des formations réalisée en 2023 :

Habilitation électrique (initiale + recyclage)
Hygiène bucco-dentaire
Analyses de pratiques
Droit du travail
Bientraitance
Sauveteur secouriste du travail (initial + recyclage)
Référent NETVIE
Soins et bien-être
Gestion épidémique
Supervision autisme
Snoezelen
Prise en charge de la douleur
PRAP (initiale + recyclage)
Personnes handicapées vieillissantes
Conduire un entretien professionnel
EXCEL / WORD
Bonnes pratiques alimentaires
Pouvoir d'agir
Appréciation psychiatrique
Gestion de l'agressivité
Comportements problèmes dans l'autisme
Comportements défis

Maladies neurodégénératives
Autismes et stratégies éducatives
Autisme ABA
Accompagnement fin de vie
Sensibilisation épilepsie
FAMILEO
Système de télésurveillance OSO-AI

9.7. La prévention des risques professionnels

L'association est soucieuse de la qualité de vie au travail des salariés. Pour ce faire, l'établissement s'appuie sur différentes instances :

PRAP : Prévention des Risques liés à l'Activité Physique a pour objectif de réduire l'absentéisme, les accidents du travail et maladies professionnelles concernant en particulier les Troubles Musculo Squelettiques (pathologies au niveau des articulations, dos, tendons, canal carpien). Une réunion PRAP a lieu tous les trimestres en présence du directeur d'établissement, des référents PRAP, du référent qualité de l'établissement, de la formatrice PRAP de l'Association. Des situations de travail peuvent entraîner des risques, des fiches PRAP sont alors présentées par les acteurs PRAP puis en commission SSCT par le directeur.

Service de santé au travail : depuis janvier 2017 une visite d'information et de prévention sur les risques professionnels remplace la visite médicale. Cette rencontre est obligatoire tous les 2 à 5 ans selon la profession. Le suivi est effectué par l'établissement.

DUERP - Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels : Tout employeur a une obligation de résultat en matière de sécurité des salariés. Sa responsabilité peut donc être engagée. L'employeur doit, pour diminuer ces risques de contentieux, informer les salariés des risques professionnels pour leur permettre d'assurer leur propre sécurité et leur santé. Le document est réactualisé une fois par an, et autant que nécessaire.

9.8. La communication en interne

Chaque service dispose d'un bureau, d'un ordinateur et de tablettes tactiles facilitant la communication interne. De plus, au sein de l'établissement des ordinateurs portables sont à disposition des professionnels.

Les supports de communication utilisés au sein de l'établissement sont :

NETVIE : logiciel interne sur lequel chaque professionnel se connecte avec ses propres identifiants. Ce logiciel permet de transmettre des informations comme le suivi des traitements, des rendez-vous extérieurs, les observations du quotidien (santé, comportement), il permet également de recevoir ou d'envoyer des messages individuels.

Mail / OUTLOOK : En interne comme à l'externe tout professionnel peut communiquer par mail.

AGEVAL : logiciel de pilotage de la qualité, de la gestion des risques gestion documentaire. Chaque salarié possède un code qui lui permet de consulter les différents documents.

Téléphone : chaque service est équipé d'une ligne téléphonique pour communiquer en interne et vers l'extérieur. Des téléphones portables sont à disposition pour les déplacements extérieurs, les séjours ou les contacts avec les familles (Skype).

Information de semaine : Chaque vendredi une note d'information est transmise à chaque service afin de transmettre les informations de la semaine suivante (absence de personnel, présence de personne extérieure, arrivée de nouveaux résidents, de stagiaires, réunions, évènements particuliers).

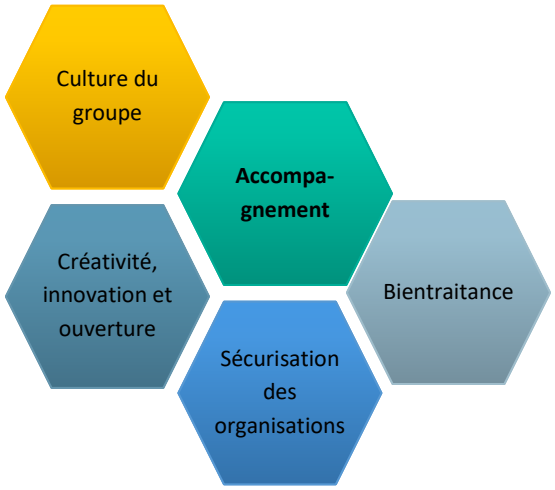
Divers logiciels (OCTIME, MILIZI) permettent la transmission d'informations

10. LA DEMARCHE QUALITE ET LA GESTION DES RISQUES

10.1. La démarche associative

Depuis 2014, l'Association Anne Boivent a mis en place une démarche qualité, afin d'assurer le perfectionnement et la sécurité de l'accompagnement proposé aux usagers par une amélioration continue des pratiques et organisations professionnelles.

En 2016 dans le cadre du Copil Qualité associatif et avec l'appui d'une consultante externe, 5 axes stratégiques ont été définis au niveau de la politique qualité de l'Association. Ces axes, appelés plus



communément « piliers associatifs » (cf annexe 5), ont été déclinés au travers de plusieurs objectifs. Ces piliers sont le socle de la démarche qualité mise en œuvre. L'ensemble des actions mises en place dans les établissements et services sont intégrées au sein de ces « piliers ».

L'association dispose d'un pôle « Qualité et Gestion des risques ».

Il assure une veille règlementaire et juridique en matière de qualité et de gestion des risques. Il est chargée de mettre en conformité les documents qualité institutionnels vis-à-vis des exigences règlementaires (HACCP, ARS, CPIAS, etc.). Il assure également un rôle de communication au sein de l'association sur les nouvelles exigences et obligations.

Les Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles (RBPP) de la Haute Autorité de Santé (HAS) servent de référence à l'accompagnement des personnes accueillies. C'est sur ces textes que s'appuient

les professionnels pour élaborer les documents institutionnels. Les recommandations balayent différentes thématiques (évaluation, vie sociale, soins et santé, etc.)

Différentes instances sont en place au sein de l'association pour échanger sur les pratiques professionnelles : Commission éthique et bientraitance, Le Comité de Liaison Alimentation et Nutrition (CLAN), le Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD)).

L'Association s'est doté d'un logiciel de gestion de la qualité AGEVAL, permettant ainsi à chaque établissement ou service :

- ✓ Un pilotage grâce au suivi du plan d'amélioration.
- ✓ Une réalisation en interne de ses évaluations ou enquêtes.
- ✓ Une évaluation des risques professionnels au travers de la formalisation de son document unique.
- ✓ Un espace informatique Bibliothèque (Procédures, Recommandation de Bonnes Pratiques Professionnelles).

10.2. La démarche qualité de l'établissement

10.2.1. La mise en place de protocoles et procédures

Depuis la mise en place du Logiciel AGEVAL, le pôle qualité de l'association est chargé de la mise à jour informatique des procédures associatives.

La rédaction de procédure ou protocole au sein de l'établissement peut se faire selon les besoins, en lien avec la direction de l'établissement et le référent qualité.

Les procédures/protocoles rédigés sont consultables par tous les salariés sur le logiciel AGEVAL, via un identifiant et mot de passe personnel. Elles sont répertoriées selon 3 thèmes :

- Organisation et fonctionnement
- Sécurité et gestion des risques
- Accompagnement des usagers

10.2.2. L'évaluation de l'établissement

L'évaluation externe de l'établissement a eu lieu en 2014. Les actions à mener sont intégrées au plan d'action de l'établissement.

Dans un objectif d'amélioration du dispositif d'évaluation, la loi du 24 juillet 2019 a fait évoluer les missions de la HAS. Elle lui a confié la responsabilité d'élaborer une nouvelle procédure d'évaluation nationale, commune à tous les ESMS

Ce nouveau dispositif d'évaluation construit par l'HAS, s'appuie désormais sur un référentiel national commun à tous les ESMS centré sur la personne accompagnée. C'est le socle du dispositif d'évaluation. Il répertorie les exigences à satisfaire par l'ESMS et les éléments nécessaires à leur évaluation.

Il a vocation à être utilisé :

- ✓ par les ESMS, pour réaliser des auto-évaluations de manière autonome
- ✓ par les organismes évaluateurs, comme outil de référence dans la conduite de la visite d'évaluation.

Les champs d'application associés aux différents critères du référentiel permettent d'adapter le référentiel à la diversité du secteur social et médico-social.

Le référentiel s'appuie sur un manuel qui définit trois méthodes pour évaluer les pratiques et les organisations, au plus proche du terrain. Elles se traduisent par des entretiens avec les personnes accompagnées, les membres du conseil de la vie sociale, les professionnels et la gouvernance des ESMS.

Le COPIL (Comité de Pilotage) composé du directeur adjoint, d'un AS, d'un ME, d'un psychologue, d'un AMP/AES, d'une technicienne qualité de l'Association et deux référents qualité assure le suivi de la démarche qualité. Il coordonne les actions à mener par groupe de travail, impliquant tout le personnel de la MAS, en lien avec le directeur d'établissement et la Directrice Qualité de l'Association.

Le COPIL se réunit une fois tous les 3 mois. Un compte rendu de chaque réunion est rédigé par les référentes qualité et diffusé à l'ensemble du personnel via le logiciel AGEVAL.

Un tableau d'indicateurs associatifs est complété mensuellement, ce qui facilite le recueil des données de fin d'année.

Conformément au décret n°2022-688, rénovant le CVS, celui-ci doit être associé à cette démarche.

10.2.3. Les enquêtes de satisfaction des résidents et des familles

Un recueil de satisfaction annuel est réalisé auprès des usagers et des familles en adaptant celui-ci aux caractéristiques de la population accueillies. Les résultats sont partagés avec le CVS de l'établissement.

De plus, le service qualité de l'association, utilise un support ludique, type « jeux de l'oie » afin de recueillir les souhaits des résidents.

10.3. La gestion des risques

10.3.1. La gestion des évènements indésirables

Mise en place de Comités de Retour d'Expérience : CREX

Cette volonté d'agir sur des situations de travail en créant des outils qui favorisent la qualité de l'exercice professionnelle (CREX) est en lien avec la circulaire du 12 novembre 2010. Cet outil vise l'ensemble des pratiques professionnelles en rapport avec les usagers. Il contribue à élaborer un dispositif de notifications et de suivis des incidents avec une déclinaison de réponses. Les déclarations d'évènements indésirables se font sur le logiciel NETVIE. Une procédure d'établissement permet de définir la gestion de ces feuilles d'évènements indésirables.

La mise en place d'un CREX (CREX, circulaire du 12/11/2010), permet :

1. D'analyser collectivement un événement indésirable survenu (fiche d'évènement indésirable complétée par le personnel via Netvie et transmise à la direction). Cette fiche peut concerner : erreur médicamenteuse, chute, fugue d'un résident, la prestation restauration et hôtelière par exemple.
2. De planifier des actions correctives ou d'améliorations afin que celles-ci se reproduisent. Elles sont ensuite intégrées au plan d'actions de la qualité sur le logiciel AGEVAL.

Le CREX est composée d'un moniteur éducateur, d'une AMP, d'un coordinateur de planning et des deux référents qualités, en lien avec la directrice adjointe et le directeur d'établissement. A cela peut s'ajouter la présence d'un ou plusieurs membres du service concerné par l'évènement indésirables.

Le CREX se réunit une fois tous les 3 mois. Un compte rendu de chaque réunion et rédigé par les référents qualité, validé par la direction et diffusé sur le logiciel AGEVAL, accessible à tout le personnel.

Les professionnels de la MAS ont une bonne culture de la déclaration des évènements indésirables, cela permet d'avancer dans la démarche d'amélioration continue.

Lors d'événement grave déclaré aux autorités compétentes (CORRSI), un CREX extraordinaire est réalisé.

Les membres du CVS de l'établissement sont informés de tous les évènements susceptibles d'avoir un impact sur la santé des adultes accompagnés et surtout les évènements indésirables majeurs.

10.3.2. La gestion des plaintes et réclamations

Concernant la gestion des plaintes et réclamations des usagers, l'établissement réfléchit à une solution adaptée à la population accueillie.

La gestion des plaintes et réclamations des familles est réalisée par la mise à disposition d'un registre à proximité de l'accueil. Ce dernier est relevé 1 fois par semaine par le directeur de l'établissement.

Depuis juillet 2023, la gestion des plaintes et réclamations orales/écrites est réalisée via le logiciel AGEVAL.

10.3.3. La gestion de crise

Un plan bleu est revu une fois par an et autant de fois que nécessaire, et envoyé aux autorités. Il est ensuite diffusé sur le logiciel AGEVAL, et consultable par tous les professionnels, via leur code d'accès.

11. LA RESPONSABILITE SOCIETALE DE L'ASSOCIATION

11.1. Le Développement durable

11.1.1. Au niveau associatif

L'Association Anne Boivent souhaite affirmer son engagement dans le déploiement de pratiques respectueuses des principes du développement durable sur les volets, social, économique et environnemental.

A ce titre, elle aspire à s'inscrire dans une politique RSE (Responsabilité Sociétale des Entreprises).

L'un des objectifs est de renforcer son engagement social. Pour ce faire, il est nécessaire de pérenniser une gouvernance responsable et transparente :

- En atteignant un juste équilibre au sein de la gouvernance ;
- En affirmant la stratégie de l'Association Anne Boivent, tout en créant un sentiment d'appartenance.

Dans le respect des valeurs associatives, il s'agira de veiller à la qualité de l'accompagnement des usagers des structures ainsi qu'à la qualité de vie au travail des collaborateurs.

Concernant l'inscription dans une démarche d'éco- responsabilité, en lien avec l'évolution récente du cadre réglementaire (Loi Elan, Egalim2), les travaux engagés (mise en place méthanisation, réduction du gaspillage alimentaire et tri des déchets, gestion du recyclage papier, dématérialisation) ont vocation à se poursuivre.
L'association recherche aussi des alternatives à l'énergie fossile :

- Un processus de mutualisation est engagé par le responsable travaux de l'association (contrat gaz, électricité) ;
- Une installation de panneaux solaires pour certains établissements (pour l'eau chaude).
- Un dispositif Wattway (revêtement routier photovoltaïque) est expérimenté depuis 2018 ;
- Un projet d'éclairage solaire des parkings ;
- Un projet relatif à l'énergie décarbonée (fourniture eau chaude par réseau enterré) est engagé à Vitré.

Enfin, afin d'intégrer efficacement le développement durable au sein des établissements, la sensibilisation des divers acteurs de l'Association au développement durable est à poursuivre.

11.1.2 Au niveau de l'établissement

En ce qui concerne **le volet social** dans un premier temps, l'établissement accorde une importance centrale au bien-être des personnes qu'il accompagne. Ainsi, des instances participatives permettent à ces derniers de pouvoir participer aux décisions relatives à la vie de l'établissement et de pouvoir être acteurs de leurs quotidiens.

De même, toujours dans cette volonté d'inclusion et dans la volonté de favoriser l'autonomie des personnes qu'il accompagne, l'établissement cherche également à développer le FALC, le « Facile A Lire et à Comprendre » afin que chacun puisse lire et être informé des évènements relatifs à la vie de l'établissement.

L'établissement accorde également une importance particulière au bien-être de ses professionnels. Alors, des instances participatives permettent à ces derniers d'être inclus dans la vie de l'établissement, mais également de pouvoir s'exprimer et d'être entendus. De même, l'établissement de la MAS Gaifleury prône l'autonomie et la prise d'initiatives. La qualité de vie au travail (QVT) est également un

élément central dans le fonctionnement de l'établissement, ce qui illustre la volonté continuelle de l'établissement d'améliorer les conditions de travail de ses salariés et d'établir un climat de bien-être au sein de la structure. Enfin, l'établissement est attentif aux souhaits de carrière de ses professionnels et propose des formations qualifiantes afin de permettre à ses derniers de monter en compétences et de s'épanouir au travail.

Ensuite, en ce qui concerne le volet environnemental, l'établissement favorise les circuits courts et locaux, que ce soit pour l'alimentaire ou bien pour ses besoins en équipements. De cette même volonté de réduire son empreinte carbone, découle son projet d'équiper le parc automobile de véhicules à faibles émissions. De la même manière, l'établissement souhaite approfondir son « relamping », c'est-à-dire le remplacement des ampoules fluocompactes par des ampoules LED. De plus l'établissement souhaite approfondir ses réflexions et démarches quant à la réduction de la consommation en eau nécessaire à son fonctionnement.

A ce propos, les futurs locaux de l'établissement permettront une diminution des consommations énergétiques plus importante du fait que le bâtiment sera neuf et déjà équipé de systèmes de consommation durables.

Enfin, l'établissement souhaite également mettre en place une réflexion avec les fournisseurs afin de trouver les produits et les conditionnements les plus responsables.

11.2. La Stratégie numérique

Dans le cadre de la dynamique associative, l'établissement prend appui sur les supports numériques ci-dessous pour communiquer auprès de ses différentes parties prenantes (Usagers et familles, professionnels, administrateurs, bénévoles, partenaires, presse et grand public) :

- Le site internet permet de présenter notre identité : notre histoire, nos valeurs, le projet associatif, nos activités, nos projets, avec une page dédiée à l'établissement.

- Réseaux sociaux : Si LinkedIn a une visée plus institutionnelle permettant de communiquer auprès des partenaires, Facebook est un relais d'actualités pour valoriser nos actions à l'attention des usagers, familles et professionnels.

- La mise à disposition de Famileo par l'établissement vise à favoriser la communication interpersonnelle entre un résident et sa famille.

Globalement, l'enjeu de développement de l'usage numérique vise à mieux communiquer en interne et en externe au service de la visibilité de notre action et d'une meilleure circulation de l'information. »

12. L'ANALYSE DES RESULTATS ET LES ACTIONS A ENTREPRENDRE

12.1. L'analyse des résultats

SWOT	
FORCES	**FAIBLESSES**
ARCHITECTURE	
Unités spacieuses Espace extérieur clôturé Salle d'eau privative dans chaque chambre Etablissement de plain pied Architecture des pavillons TY DOUAR et TY AVEL en étoile	Chambres doubles Peu de salles d'activités / réunion / salle du personnel Bâtiments séparés par pavillon Absence de climatisation dans les espaces collectifs et privés Vétusté des installations sanitaires Environnement partiellement aménagé PMR Eloignement des services de soin et administratif des pavillons Une partie des bâtiments historiques du site insalubre et désaffectée
ORGANISATION	
Echanges constructifs avec les familles et les membres du CVS Convention avec l'HAD 35, l'EMIA, ADMR, Handiaccès, cabinet dentaire, pharmacie, laboratoire et l'EMASP… Capacité à répondre aux appels à projet Absence d'horaire de coupe Politique de rémunération incitative en période de crise RH sur l'établissement Présence d'une unité TSA et d'unités avec des projets de service spécifique (TND, personnes fragiles et/ou vieillissantes)	Mutualisation de moyens humains avec les autres établissements de l'association Diversité d'accueil limitée (uniquement de l'hébergement permanent) Vieillissement de la population accueillie Liste d'attente avec davantage de demande TSA que polyhandicap Passage dans le secteur PA peu développé Hébergement temporaire dérogatoire peu développé L'approche comportementale peu développée
QUALITE	
Organisation de travail encadrée par des procédures associatives et d'établissement Association structurée avec un siège et disposant de services supports spécifiques (Qualité, diététique, hygiène, informatique, travaux, RH, Comptabilité) Démarche qualité investie et partagée par tous Implication dans des démarches innovantes (OSO-AI)	La pénurie de personnel a un impact sur la mise en œuvre démarche d'amélioration continue Personnel peu formé à l'accompagnement, à la fin de vie et au vieillissement.
RESSOURCES HUMAINES	
Etablissement formateur : stagiaire et apprenti Equipe médicale étoffée Capacité à travailler en équipe pluridisciplinaire Professionnels diplômés Equipe pluridisciplinaire diversifiée (EAPA, animatrice, psychologue, psychomotricien, ergothérapeute, IDE, médecins)	Difficultés de recrutement (8,25 ETP vacants) Fort taux d'absentéisme Recrutement de CDD non sensibilisé et formé au public accueilli Turn-over des professionnels CDI-CDD Tension sur les remplacements du personnel

Accompagnement des équipes : ADP et supervision Taux d'encadrement satisfaisant de l'unité TSA Présence d'une coordinatrice en gestion des plannings sur l'établissement	Prime SEGUR / LAFORCADE: inégalité ressentie par certains salariés
COMMUNICATION	
Charte graphique associative avec différents supports de communication (Site internet, réseaux sociaux) Nombreux supports de communication : plan de communication, point hebdomadaire, diverses réunions et temps d'échanges Actualités régulières sur les réseaux sociaux de l'Association	Faible rayonnement sur le territoire de Fougères Livret d'accueil non adapté à la population accompagnée Qualité des transmissions (écrites et orales) insuffisante Outils de communication mis à disposition sont insuffisamment exploités
OPPORTUNITES	MENACES
Projet de transfert de la MAS sur le site de Paron à Fougères intégrant une diversification de l'offre de service	Politique de revalorisation des salaires crée des disparités : impact sur l'attractivité Budget contraint dans un contexte d'inflation Gestion de situations complexes et pénurie de personnel peuvent amener à un épuisement professionnel Moyens contraints qui limitent l'application des RBPP Etablissement en zone rurale, éloigné des bassins de vie, faible attractivité

12.2. Les axes de progression/piliers associatifs

Les différents axes de progression sont les suivants :

- ✓ Axe 1 : Adapter l'offre de service
- ✓ Axe 2 : Définir le projet de soin de la MAS
- ✓ Axe 3 : Restructurer l'organisation de travail des professionnels.
- ✓ Axe 4 : Développer l'expertise dans l'accompagnement des adultes TSA
- ✓ Axe 5 : Prendre en compte le vieillissement des résidents dans l'accompagnement au quotidien
- ✓ Axe 6 : Améliorer l'information des droits et devoirs des résidents au travers des outils de la loi n°2002-2 en les adaptant
- ✓ Axe 7 : Favoriser l'expression des résidents.
- ✓ Axe 8 : Améliorer l'accès aux droits et aux devoirs.
- ✓ Axe 9 : Améliorer l'évaluation des capacités des personnes accompagnées
- ✓ Axe 10 : Maintenir et développer les capacités motrices
- ✓ Axe 11 : Favoriser le repérage des usagers dans l'organisation quotidienne/hebdomadaire.
- ✓ Axe 12 : Améliorer le suivi des personnes par le biais des projets personnalisés.
- ✓ Axe 13 : S'assurer du bien être des usagers

- ✓ Axe 14 : Prévention TMS – QVT
- ✓ Axe 15 : Enrichir le réseau relationnel et partenarial.
- ✓ Axe 16 : Clarifier les fonctions et les missions de chaque professionnel.
- ✓ Axe 17 : Développer et intégrer la démarche qualité dans les pratiques quotidiennes
- ✓ Axe 18 : Favoriser la participation des familles au sein des établissements
- ✓ Axe 19 : Développer la culture de la bientraitance

Chaque axe de progression correspond à l'un des 5 piliers de la politique qualité associative :

- ✓ Culture de groupe : axe 1
- ✓ Accompagnement : axe 2 - axe 4 - axe 5 - axe 7 - axe 8 – axe 9 – axe 10- axe 11- axe 12 – axe 13 – axe 18
- ✓ Sécurisation des organisations : axe 3 - axe 6 - axe 14 – axe 16 – axe 17
- ✓ Bientraitance : axe 19
- ✓ Créativité, innovation et ouverture : axe 15

13. LES ACTIONS A ENTREPRENDRE A 5 ANS

Axe 1 – **Adapter l'offre de service**			
ACTIONS		INDICATEURS DE SUIVI	ECHEANCIER
Action 1	Transfert et transformation de l'offre de la MAS sur Fougères	Réalisation du projet	Fin d'année 2026
Action 2	Elargir l'offre de prestations afin de diversifier les modalités d'accueil	Types d'accueils mis en place	31/12/2026
Action 3	Développer l'hébergement temporaire dérogatoire	Nombre de nuitée d'accueil	31/12/2024

Axe 2 – **Actualiser le projet de soin de la MAS**			
ACTIONS		INDICATEUR DE SUIVI	ECHEANCIER
Action 4	Actualiser et diffuser le protocole en cas de décès d'un résident	Nombre de protocole actualisé et diffusé	31/12/2025
Action 5	Dépister et prendre en charge la douleur	Nombre de formation (interne et/ou externe) Nombre de grilles d'évaluation complétées	31/12/2024
Action 6	Réaliser des diagnostics infirmiers	Nombre de diagnostic réalisé Nombre d'antécédents médicaux	31/12/2025

Axe 3 – **Restructurer l'organisation de travail des professionnels**			
ACTIONS		INDICATEUR DE SUIVI	ECHEANCIER
Action 7	Formaliser les modalités de réalisation des transmissions : lieu, horaire, durée, contenu, supports, participants, …	Identification des temps de transmissions	30/06/2024
Action 8	Développer la participation des professionnels à des instances de	Nombre de professionnels sensibilisés	31/12/2028

	réflexion relatives à l'accompagnement (RBPP, questionnement éthique, …).	Nombre d'ateliers réalisés Nombre de sollicitation de la commission éthique et bientraitance	

Axe 4 – **Développer l'expertise dans l'accompagnement des adultes TSA**			
ACTIONS		INDICATEUR DE SUIVI	ECHEANCIER
Action 9	Réaliser et poursuivre les formations pour recourir aux interventions évaluées par la HAS notamment ABA, TEACCH, Denver, thérapie d'échange et de développement	Nombre de professionnels formés	31/12/2025
Action 10	Réaliser et poursuivre les formations sur l'évaluation, la prévention et la gestion des comportements problèmes et la gestion des situations de crise	Nombre de professionnels formés	31/12/2025
Action 11	Réaliser des formations sur les outils et échelles validées en matière d'évaluation fonctionnelle des personnes accueillies	Nombre de professionnels formés	21/12/2025
Action 12	Mettre en place de la supervision	Nombre de séances de supervision réalisée Nombre de professionnels bénéficiaires	31/12/2028

Axe 5 – **Prendre en compte le vieillissement des résidents dans l'accompagnement au quotidien**			
ACTIONS		INDICATEUR DE SUIVI	ECHEANCIER
Action 13	Former le personnel au repérage des signes du vieillissement de la population en situation de handicap.	Nombre de professionnels formés	

Axe 6 – **Améliorer l'information des droits et devoirs des résidents au travers des outils de la loi n°2002-2 en les adaptant**			
ACTIONS		INDICATEUR DE SUIVI	ECHEANCIER
Action 14	Adapter les supports de communication au public accueilli (livret d'accueil, CR CVS, DIPC, règlement de fonctionnement, charte des droits et libertés)	Nombre de document adapté	31/12/2025
Action 15	Actualiser le règlement de fonctionnement	Date de consultation du CVS	31/12/2025

Axe 7 – **Favoriser l'expression des résidents.**			
ACTIONS		INDICATEUR DE SUIVI	ECHEANCIER
Action 16	Créer, adapter, actualiser les outils de communication alternative.	Nombre d'outils mis en place	31/12/2024

Action 17	Favoriser leur participation aux instances institutionnelles.	Nombre de participation aux instances institutionnelles	31/12/2024
Action 18	Faciliter l'accès aux nouvelles technologies	Nombre de tablettes mises à disposition	31/12/2024
Action 19	Maintenir et développer l'accompagnement les résidents dans l'expression et l'affirmation de leurs propres choix, envies et décisions.	Nombre de support mis en place.	31/12/2025

Axe 8 – **Améliorer l'accès aux droits et aux devoirs.**			
ACTIONS		INDICATEUR DE SUIVI	ECHEANCIER
Action 20	Augmenter les interactions avec le CVS en formalisant le suivi des demandes formulées et en prenant compte les nouvelles missions précisées dans le nouveau décret	Nombre de plaintes et réclamations	31/12/2025

Axe 9 – **Améliorer l'évaluation des capacités des personnes accompagnées.**			
ACTIONS		INDICATEUR DE SUIVI	ECHEANCIER
Action 21	Réadapter et créer des outils d'évaluation des capacités des personnes (référentiels d'aptitudes, grilles d'évaluation, projet, plan de service, contenu des bilans…).	Nombre d'outils mis en place Nombre de bilan formalisés Nombre d'évaluations réalisées Nombre de protocoles mis en place	31/12/2026

Axe 10 – **Maintenir et développer les capacités motrices**			
ACTIONS		INDICATEUR DE SUIVI	ECHEANCIER
Action 22	Maintenir les séances de rééducation en kinésithérapie en psychomotricité et en ergothérapie.	Nombre de séance de kinésithérapie Nombre de séance en psychomotricité Nombre de séance en Ergothérapie	31/12/2024
Action 23	Maintenir et développer les propositions d'activités motrices et de sport adapté.	Nombre de prise en charge Nombre de participation	31/12/2024
Action 24	Développer les activités de conduite fauteuil électrique.	Nombre de formation réalisée	31/12/2025

Axe 11 – **Favoriser le repérage des usagers dans l'organisation quotidienne/hebdomadaire**.			
ACTIONS		INDICATEUR DE SUIVI	ECHEANCIER
Action 25	Créer des outils adaptés de planification et de projection des activités quotidiennes	Nombre de planning individuel hebdomadaire d'activités réalisés	30/06/2025

		Nombre de tableau des présences mis en place dans chaque unité	

Axe 12 – **Améliorer le suivi des personnes par le biais des projets personnalisés.**			
ACTIONS		INDICATEUR DE SUIVI	ECHEANCIER
Action 26	Redéfinir, clarifier la notion de référent.	Inscription des référents sur NETVIE	31/12/2024
Action 27	Adapter, créer, harmoniser les pratiques autour des grilles d'évaluation, des référentiels d'aptitudes et des bilans.	Nombre d'évaluation réalisée	31/12/2024
Action 28	Utiliser la démarche SERAFIN PH pour élaborer les PPA	Nombre de PPA réalisés basé sur la nomenclature SERAFIN-PH	30/06/2025
Action 29	Mettre en œuvre des protocoles spécifiques à l'utilisation des renforçateurs	Nombre de protocole réalisé	31/12/2025
Action 30	Systématiser les évaluations des particularités sensorielles	Nombre de résident à bénéficier d'une évaluation sensorielle	31/12/2025

Axe 13 – **S'assurer du bien être des usagers**.			
ACTIONS		INDICATEUR DE SUIVI	ECHEANCIER
Action 31	Développer les actions de prévention à la santé et de bien-être et harmoniser les pratiques concernant certains soins (buccodentaires par exemple).	Nombre de rendez-vous de suivi par spécialité	31/12/2024
Action 32	Accompagner les équipes dans la compréhension des problématiques des personnes par un éclairage technique de professionnels spécifiques (psychologues, psychiatre, hygiéniste, diététicienne…).	Nombre d'accompagnement réalisés par les professionnels spécifiques	31/12/2024

Axe 14 – **Prévention TMS – QVT**			
ACTIONS		INDICATEUR DE SUIVI	ECHEANCIER
Action 33	Former le personnel sur la prévention des risques des Troubles Musculo-Squelettiques (TMS)	Nombre de formation PRAP réalisés	31/12/2024

Axe 15 – **Enrichir le réseau relationnel et partenarial.**		
ACTIONS	INDICATEUR DE SUIVI	ECHEANCIER

Action 34	Développer les liens avec les associations environnantes (culturelles, de loisirs, …) et formaliser les partenariats par des conventions	Nombre de conventions	31/12/2026

Axe 16 – **Clarifier les fonctions et les missions de chaque professionnel.**			
ACTIONS		INDICATEUR DE SUIVI	ECHEANCIER
Action 35	Formaliser les fiches de poste et fiches de tâches	Nombre de fiche de poste / fiche de tâches réalisés	31/12/2024
Action 36	Intégrer le nouveau référentiel AS dans les pratiques	Mise à jour de la fiche de poste Nombre de formation des professionnels	31/12/2025

Axe 17 – **Développer et intégrer la démarche qualité dans les pratiques quotidiennes**			
ACTIONS		INDICATEUR DE SUIVI	ECHEANCIER
Action 37	Identifier un lieu de documentation ressource pour les professionnels et son fonctionnement	Lieu identifié / fonctionnement formalisé	30/06/2024
Action 38	Maintenir la dynamique de la démarche qualité (CREX COPIL)	Nombre de CREX réalisé Nombre de COPIL réalisé Nombre d'actions ouvertes/ clôturées	31/12/2028
Action 39	S'assurer de la transmission des nouvelles procédures aux professionnels	Taux d'émargement	31/12/2024

Axe 18 – **Favoriser la participation des familles au sein des établissements**			
ACTIONS		INDICATEUR DE SUIVI	ECHEANCIER
Action 40	Organiser et formaliser des temps d'échange individuel ou collectif avec les familles	Nombre de temps d'échange	31/12/2026
Action 41	Proposer des formations partagées avec les familles	Nombre de formations réalisées	31/12/2025
Action 42	Organiser des actions de soutien aux aidants familiaux	Nombre d'intervention	31/12/2025

Axe 19 – **Développer la culture de la bientraitance**			
ACTIONS		INDICATEUR DE SUIVI	ECHEANCIER
Action 43	Renforcer le rôle des référents éthique et bientraitance	Nombre d'intervention des référents éthique et bientraitance	30/06/2025
Action 44	Développer une réflexion éthique en lien avec les comportements problèmes des usagers	Nombre d'intervention des référents éthique et bientraitance	30/06/2025

		Nombre de professionnels formés à la gestion de l'agressivité	
Action 45	Associer le CVS à la réflexion éthique et bientraitance	Compte-rendu du CVS	

14. LES MODALITES DE COMMUNICATION, DE SUIVI ET D'EVALUATION DU PROJET D'ETABLISSEMENT

14.1. Les modalités de communication

Ce projet d'établissement sera présenté à l'ensemble des professionnels, des usagers, des familles, des membres du CVS et des partenaires de l'établissement lors d'une réunion institutionnelle au 1er trimestre 2024. Une fiche synthèse permettra de mettre en évidence les points essentiels de ce projet et les axes de progression dans les 5 ans à venir et sera adressée aux familles et au CVS. Un exemplaire sera à disposition du personnel à l'accueil de l'établissement et accessible sur le site internet de l'Association Anne Boivent.

14.2. Les modalités de suivi et d'évaluation

Le projet d'établissement sera suivi et évalué durant les 5 années de validité par le COPIL « Projet d'établissement » et le CVS à raison d'une fois par an. Le projet d'établissement sera actualisé et mis à jour chaque année.

CONCLUSIONS

L'élaboration du projet d'établissement permet d'impliquer l'ensemble des familles, des salariés ainsi que le CVS et de maintenir une dynamique collective. La méthodologie légitime les actions à mener et donne du sens au travail à effectuer.

Il traduit également la mise en œuvre de la politique de l'association Anne Boivent et précise la spécificité de la MAS au sein de l'association. L'établissement s'inscrit dans la complémentarité des missions de l'association, dans la prise en charge des personnes porteuses de handicap.

La démarche d'amélioration continue, au niveau de l'établissement, permettra d'évaluer ses pratiques, promouvoir la bientraitance et accompagner le personnel dans l'accompagnement des usagers.

Pour promouvoir la démarche d'amélioration continue et afin de répondre l'évolution de notre public, un projet de transfert est en cours de réalisation dans l'objectif de diversifier l'offre d'accueil et de faciliter l'accès aux soins notamment avec la proximité des urgences hospitalières.

Cultivons nos points forts et affirmons notre singularité comme un atout : l'accompagnement d'adultes en situation de handicap.

GLOSSAIRE

AAH : Allocation Adulte Handicapé
AES : Accompagnant Educatif et Social
ARS : Agence Régionale de Santé
AS : Aide-soignant

CDAPH : Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes en situation de Handicap
CHGR : Centre Hospitalier Guillaume Renier
CMP : Centre Médico-Psychologique
CMRH : Chargé de Mission Ressources Humaines
CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
COPIL : COmité de PILotage
CORRSI : Centre Opérationnel de Réception et de Régulation des Signaux
CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CPS : Carte de Professionnels de Santé
CREX : Comité de Retour d'Expérience
CSE : Comité Social et Economique
CVS : Conseil de la Vie Sociale

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soin
DGS : Direction Générale de la Santé
DGSC : Direction Générale des Services Correctionnels
DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation de Soin
DIPC : Document Individuel de Prise en Charge
DIRRECTE : Direction du Travail
DUERP : Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels

EAPA : Enseignant en Activités Physiques Adaptées
EEG : électroencéphalogramme
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EMASP : Equipe Mobile d'Accompagnement et de soins palliatifs
EMIA : Equipe Mobile d'Intervention Autisme
ESMS : Etablissement et Service sociaux et Médico-Sociaux
ERP : Etablissement Recevant du Public
ETP : Equivalent Temps Plein

FEI : Fiche d'Evènement Indésirable

HAS : Haute Autorité de Santé
HAD : Hospitalisation à Domicile

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat
IME : Institut Médico-Educatif
IRP : Instance Représentative du personnel

MAS : Maison d'Accueil Spécialisée
MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapés
ME : Moniteur Educateur
MRS : Maison de Retraite Spécialisée

ORL : Oto-Rhino-Laryngologie

PDA : Production des Doses à Administrer
PECS : Système de Communication par Echange d'Images
PEP3 : Profil Psycho-Educatif 3
PPA : Projet Personnalisé d'Accompagnement
PMR : Personne à mobilité réduite
PRAP : Prévention des Risques Liés à l'Activité Physique
PRSE : Plan Régional Santé Environnement

QHSE : Qualité, Hygiène, Sécurité, Environnement
QVT : Qualité de Vie au Travail

RBPP : Recommandation de Bonnes Pratiques Professionnelles
RH : Ressources Humaines

SSCT : Commission Santé, Sécurité et Conditions de Travail

TEACCH : Treatment and Education of Autistic and related Communication Handicapped Children
TMS : Troubles Musculo-Squelettiques
TND : Troubles Neuro-Développementaux
TSA : Trouble du Spectre Autistique

ANNEXES

Annexe 1 :Charte des droits et libertés de la personne prise en charge

*Arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie, mentionnée à l'article L.*311-4 du Code de l'Action Sociale et de la Famille.

Article 1er - 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.

Article 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.

Article 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.

Article 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 :

a) 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.
b) 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.
c) 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 médicosociaux, 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.

Article 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.

Article 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 difficulté 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.

Article 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.

Article 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 ou de 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.

Article 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.

Article 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.

Article 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.

Article 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.

Annexe 2 : Charte de bientraitance

Charte de Bientraitance

L'Association Anne Boivent pleinement engagée dans une démarche de Bientraitance propose aux personnes des moyens adaptés pour que chacun puisse dans la mesure du possible vivre ses choix et trouver sens à sa vie. Elle s'efforce d'offrir des conditions d'accueil de qualité ainsi qu'un cadre de vie le plus personnalisé possible en institution.

Respecter la Personne Accompagnée

Mettre tout en œuvre pour respecter l'intégrité physique et psychique, la dignité et l'intimité de la personne accompagnée

Garantir à la Personne Accompagnée d'être co-auteur de son projet en prenant en compte sa liberté de choix et de décision

Adopter un langage et une attitude adaptés à la personne et respecter la confidentialité des informations relatives à la Personne Accompagnée

Repérer et prendre en compte toute expression de douleur

Accompagner la personne et ses proches jusqu'à la fin de vie

Avoir une attitude professionnelle et humaine

Adopter en toute circonstance une attitude professionnelle et humaine d'écoute et de discernement à chaque étape du parcours de la Personne Accompagnée

Donner à la Personne Accompagnée et à ses proches une information accessible et individuelle

Rechercher constamment l'amélioration des prestations d'accueil, d'hôtellerie, de restauration, d'hygiène et de sécurité

Garantir une prise en charge médicale, soignante et humaine conforme aux bonnes pratiques et recommandations

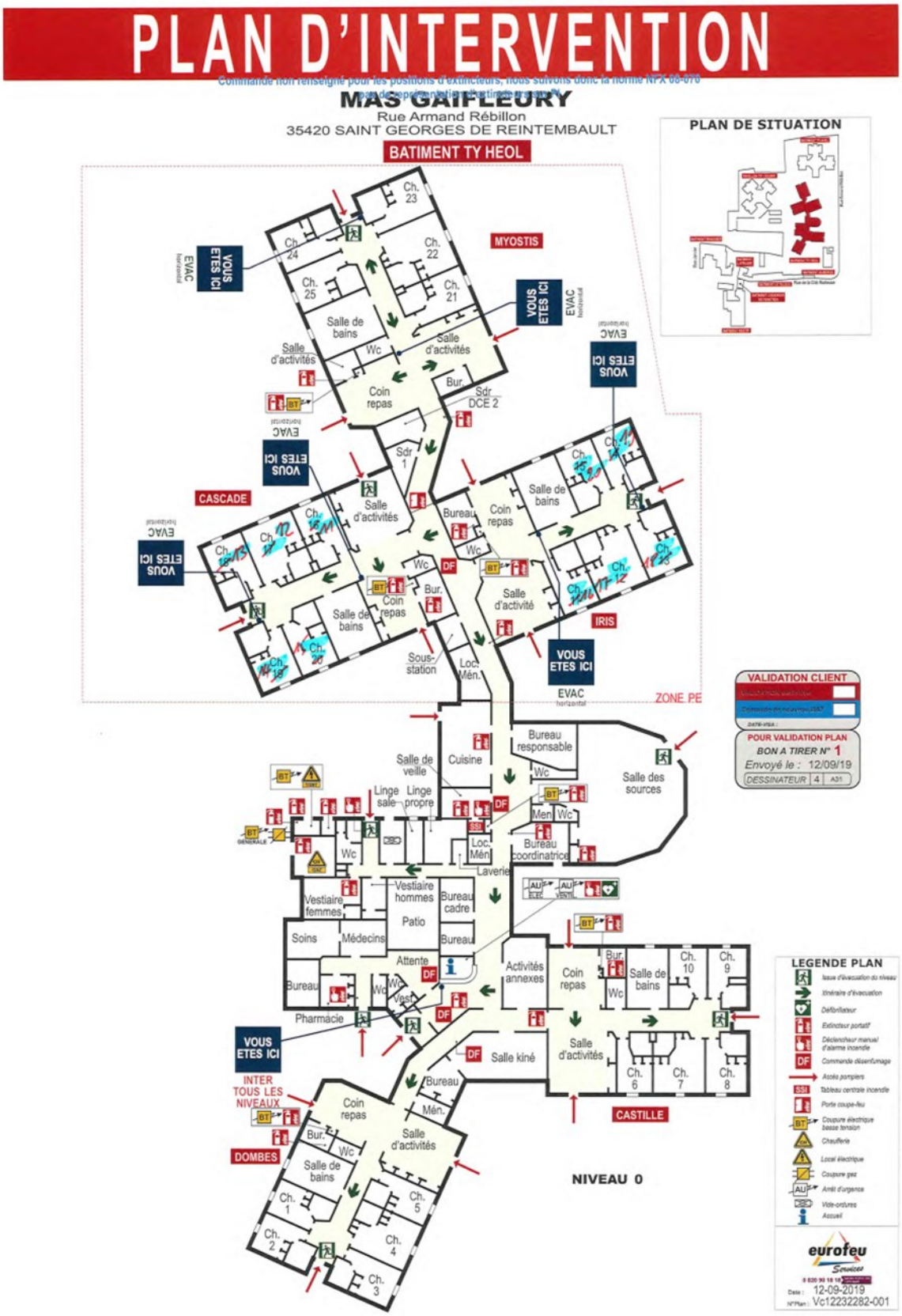
Evaluer et prendre en compte la satisfaction des Personnes Accompagnées et de leur entourage dans la dynamique d'amélioration continue des services proposés

Utiliser son devoir de signalement pour garantir un accompagnement de qualité

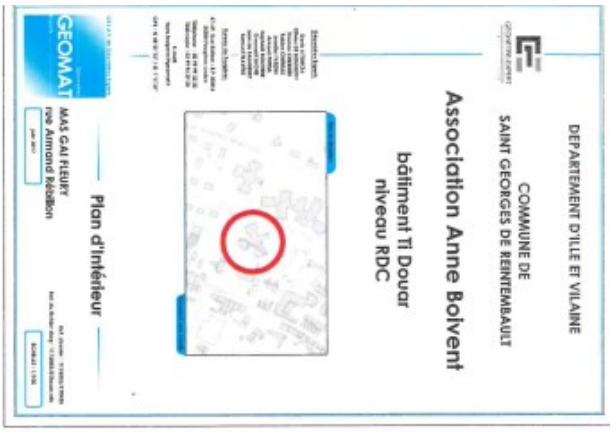
Charte de Bientraitance élaborée par la Commission Bientraitance

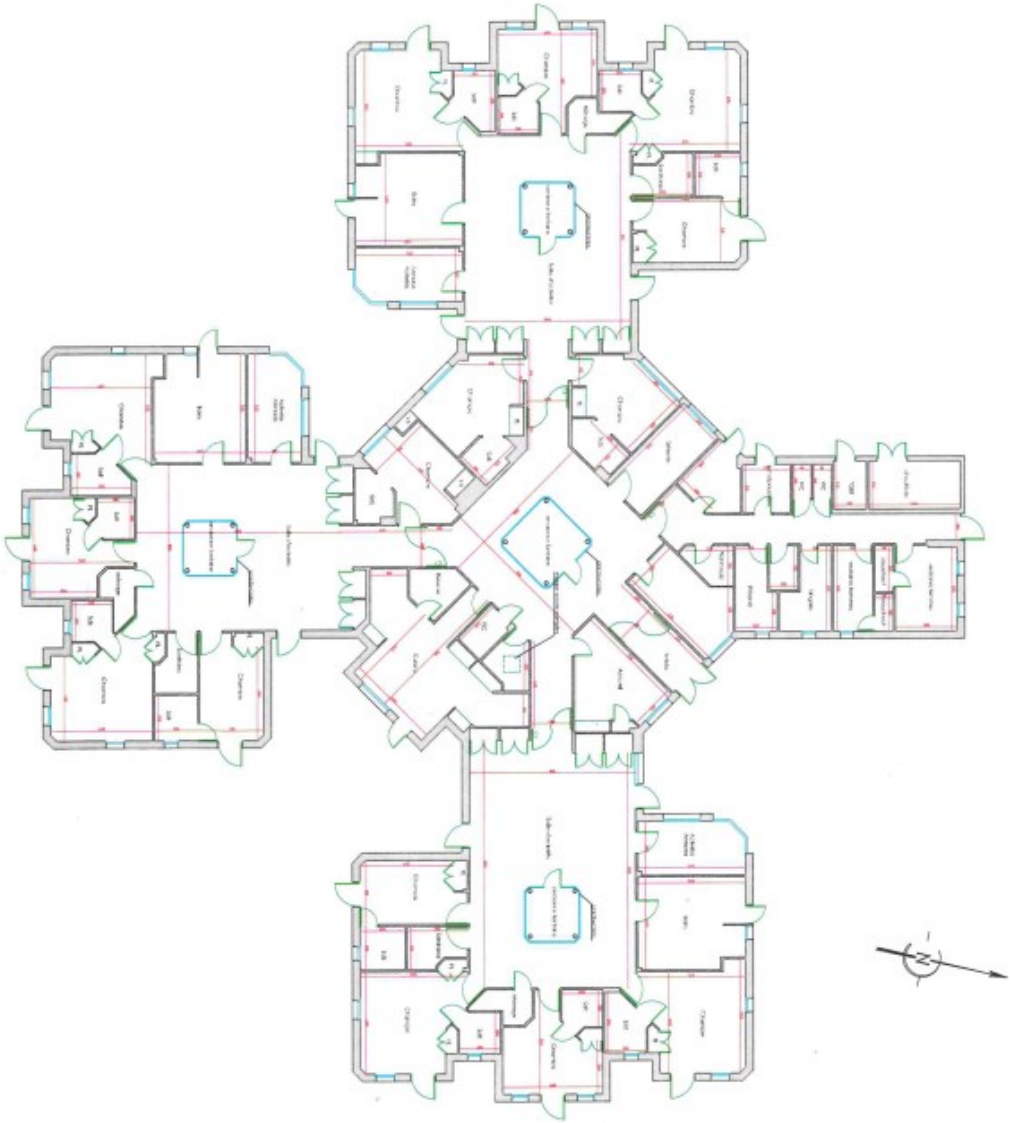
Annexe 3 : Plans de l'établissements

- Pavillon TY HEOL

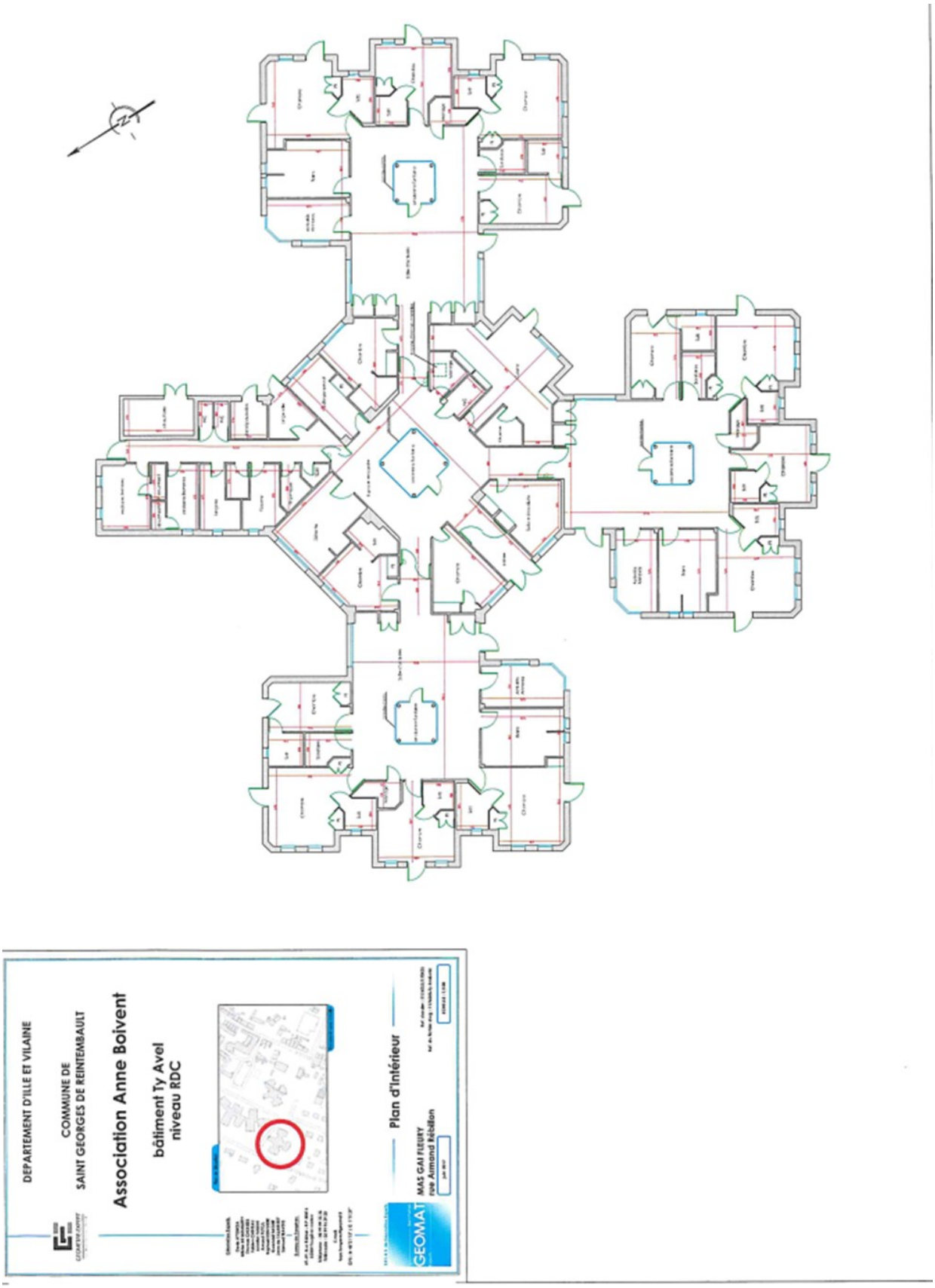


- Pavillon TY DOUAR

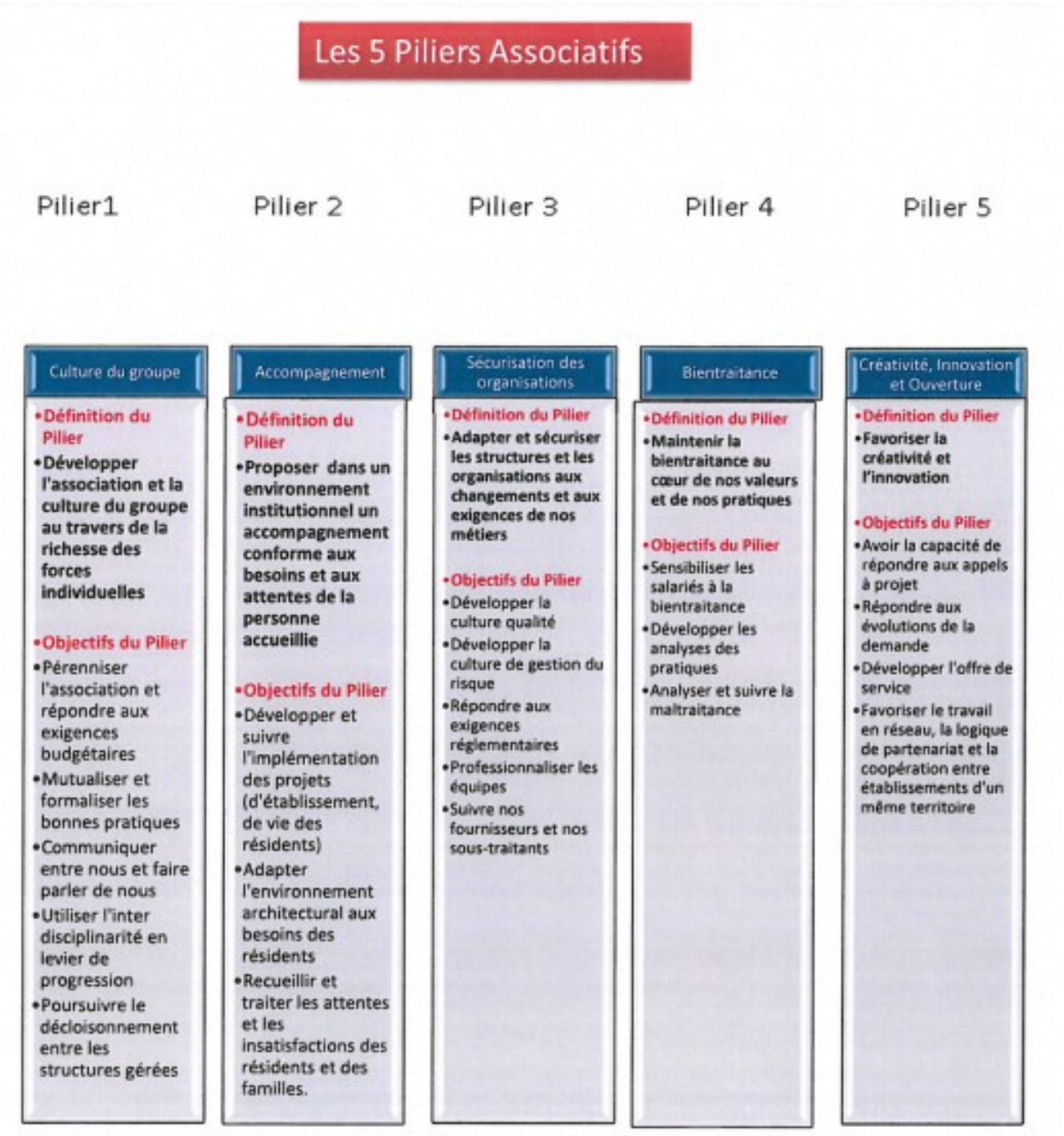




- Pavillon TY AVEL



Annexe 4 : Piliers associatifs



MAS GAIFLEURY

18 rue Armand REBILLON

353420 SAINT-GEORGES DE REINTEMBAULT

☎ 02 99 97 04 18

✉ gaifleury@anneboivent.fr