



Maison d'Accueil Spécialisée - Le Sabla -
Association Autisme Sud Gironde



Référence : MCL MLS-DIR-ETA-014- Projet établissement -
2019-2023

Version : 2.1

Propriétaire : Directeur d'établissement

Référence HANDEO : CARACTERISTIQUE 2

PROJET D'ETABLISSEMENT

2019 -2023

Sommaire

PREAMBULE.....	5
Politiques Publiques de santé.....	5
Rapports et documents de référence.....	5
1. POSITIONNEMENT ASSOCIATIF.....	6
1.1. LE PROJET ASSOCIATIF.....	6
1.2. UNE DEMARCHE MILITANTE.....	6
1.3. LA COLLABORATION PARENTS/PROFESSIONNELS.....	7
2. CADRE LEGISLATIF ET ORIENTATION DES POLITIQUES PUBLIQUES EN FAVEUR DE L'AUTISME	8
2.1. PERIMETRE DE DEFINITION DE L'AUTISME- ETAT DES CONNAISSANCES SCIENTIFIQUES ...	8
2.2. MISSIONS REGLEMENTAIRES DE LA MAS LE SABLA.....	10
2.3. RECOMMANDATION DE BONNES PRATIQUES DE L'ANESM.....	11
2.3.1. Proposer un accompagnement et une prise en charge personnalisés et spécifiques.....	11
2.3.2. Soutenir les professionnels dans leur démarche de bienveillance.....	12
3. PRESENTATION DE LA MAS LE SABLA.....	13
3.1. CARACTERISTIQUES GENERALES ET TERRITORIALES.....	13
3.2. PROJET ARCHITECTURAL.....	14
3.2.1. Capacité et taille de la structure.....	14
3.2.2. Points de vigilance :.....	14
3.2.3. La qualité du projet architectural.....	14
3.2.4. Le confort acoustique.....	14
3.2.5. Les bâtiments.....	14
3.3. PUBLIC ACCUEILLI ET ANALYSES DES BESOINS SPECIFIQUES.....	16
3.4. PROCEDURE D'ADMISSION.....	16
3.5. ORGANIGRAMME FONCTIONNEL.....	18
3.6. LES SERVICES D'APPUI INTERNES ET EXTERNES.....	20
3.6.1. La restauration.....	20
3.6.2. L'expertise comptable et la paye.....	20
3.6.3. L'administration réseau informatique.....	20
4. SYSTEMES D'INFORMATION.....	21
4.1. LES OUTILS DE PILOTAGE.....	21
4.2. LA TRANSMISSION DES INFORMATIONS : PSI.....	22
4.3. LE PARTAGE DES INFORMATIONS - REUNIONS-.....	23
4.3.1. Réunions liées à l'accompagnement du résident.....	23
4.3.2. Réunions liées à la santé du résident.....	24

4.3.3.	Réunions liées à l'organisation de l'établissement	24
5.	L'OFFRE DE SERVICE ET SON ORGANISATION	26
5.1.	L'ORGANISATION DU POLE SOCIO-EDUCATIF EN UNITE DE VIE	26
5.1.1.	Les modes opératoires	26
5.1.2.	Les points de vigilance spécifique par domaine de compétence	27
5.2.	L'ACCOMPAGNEMENT EDUCATIF DANS LES ACTES DE LA VIE QUOTIDIENNE	27
5.2.1.	Domaine de la communication	28
5.2.2.	Domaine de l'autonomie	29
5.2.3.	Domaine de la socialisation	32
5.2.4.	Domaine de la gestion du temps libre	33
5.2.5.	Organisation journalière des prestations éducatives	35
5.3.	L'ACCOMPAGNEMENT EDUCATIF ET LES ATELIERS	36
5.3.1.	Les ateliers éducatifs	36
5.3.2.	Les activités transférées	36
5.3.3.	Les activités de week-end	36
5.3.4.	Les activités sportives	37
5.4.	AJUSTEMENTS DE L'ACCOMPAGNEMENT ET STRATEGIES D'APAISEMENT	38
5.4.1.	La singularité des besoins	38
5.4.2.	Les comportements-problème	38
5.5.	PARTENARIATS, ORIENTATIONS INNOVANTES ET ACCES AUX NTIC	39
6.	LE PROJET DE SOIN	41
6.1.	LA PRÉVENTION PRIMAIRE	41
6.1.1.	Hygiène de vie et éducation à la santé	41
6.1.2.	Expression de la douleur	42
6.1.3.	Habitude aux soins :	42
6.2.	LA PRÉVENTION SECONDAIRE : DEPISTAGE ET DIAGNOSTIC PRECOCE DES COMORBIDITES 43	
6.2.1.	Les comorbidités somatiques	43
6.2.2.	Les comorbidités psychiatriques	44
6.2.3.	L'évaluation des traitements psychotropes	44
6.3.	LA PRÉVENTION TERTIAIRE : EVITER LA SURVENUE DES COMPLICATIONS ET RECHUTES	44
6.4.	L'ORGANISATION DU PÔLE MÉDICAL	45
6.5.	L'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ ET D'URGENCES MÉDICALES	46
7.	L'EVALUATION	48
7.1.	LES DIFFERENTS OBJECTIFS	48
7.2.	LES DIFFERENTS TYPES D'EVALUATION	48

7.2.1.	Les évaluations formelles	48
7.2.2.	Les outils du processus d'évaluation :	49
7.2.3.	Les évaluations informelles :	53
8.	LE PROJET INDIVIDUEL DU RESIDENT	54
9.	GESTION DES EMPLOIS ET DES COMPETENCES	57
9.1.	COMPOSITION DE L'EQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE	57
9.2.	PLURIDISCIPLINARITE	58
9.3.	PILOTAGE ET ENCADREMENT DES PRATIQUES	59
9.4.	Accompagnement méthodologique des équipes éducatives	59
9.4.1.	Rôle spécifique de l'éducatrice coordinatrice.....	59
9.4.2.	Rôle spécifique de la psychologue clinicienne.....	60
9.5.	L'ENTRETIEN ANNUEL INDIVIDUEL DU SALARIE	60
9.6.	FORMATIONS	60
10.	Amélioration de la qualité et plan d'action quinquennal.....	Erreur ! Signet non défini.

PREAMBULE

Politiques Publiques de santé

- Code de l'action Sociale et des Familles, et notamment le livre III.
- Loi n° 2002-2 du 02 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.
- Décret n° 2009-322 du 20 mars 2009 relatif aux obligations des établissements et services accueillant ou accompagnant des personnes handicapées adultes n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie.
- Circulaire n° 2010-254 du 23 juillet 2010 relative au renforcement de la lutte contre la maltraitance (Direction générale de la cohésion sociale)
- Circulaire DGAS, DGS, DHOS, 3C, 2005-124 du 08 mars 2005 relative à la politique de prise en charge des personnes atteintes d'autisme et de troubles envahissants du développement (TED)
- Plan stratégique régional de santé 2011-2015 (Agence Régionale de santé Aquitaine)
- Plan régional Autisme Aquitaine 2013-2017.
- Plan régional Autisme 2018- 2022
- Quatrième stratégie Autisme et TND

Rapports et documents de référence / Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles (RBPP) HAS ANESM

- Charte européenne des droits des personnes autistes (Parlement européen 1996)
- Etat des connaissances partagées sur l'autisme et les troubles envahissants du développement (Haute autorité de Santé 2010)
- RBPP–Autisme et troubles envahissants du développement : programmes d'intervention chez l'enfant et l'adolescent (ANESM 2010)
- RBPP Pour un accompagnement de qualité des personnes avec autisme ou autres troubles envahissants du développement (ANESM 2010)
- Autisme et autres TED : diagnostic et évaluation chez l'adulte (HAS 2011)
- Qualité de vie en MAS – FAM (ANESM)
 - Volet 1 : expression, communication, participation et exercice de la citoyenneté (2013)
 - Volet 2 : vie quotidienne, sociale, culture et loisirs (2013)
 - Volet 3 : le parcours et les formes souples d'accueil et d'hébergement (2014)
- Guide Trouble du spectre de l'autisme : interventions et parcours de vie de l'adulte (ANESM / HAS Mars 2018) Guide d'appropriation des Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles
 - Volet 1: Comment construire le projet personnalisé avec la personne autiste ?
 - Volet 2 : Comment mettre en pratique les évaluations dans le parcours de vie de la personne autiste ?
 - Volet 3 : Quels sont les besoins et ressources de l'environnement ?
- Qualité de vie : handicap, les problèmes somatiques et phénomènes douloureux (ANESM 2017)
- Les « comportements -problèmes » : prévention et réponses au sein des établissements et services sociaux et médico-sociaux intervenant auprès des enfants et adultes handicapés.
 - Volet 1 : Organisation à privilégier et stratégie de prévention
 - Volet 2 : Stratégies d'intervention (RBPP ANESM 2017)
 - Volet 3 : Les espaces de calme-retrait et d'apaisement (RBPP ANESM 2017)
- Le référentiel de certification : La qualité de l'accompagnement CAP*Handéo Certification Services et Établissements Autisme

1. POSITIONNEMENT ASSOCIATIF

1.1. LE PROJET ASSOCIATIF

L'association Autisme Sud Gironde déclarée le 29 janvier 2002 est née de la volonté de parents d'enfants, de jeunes ou d'adultes handicapés par suite d'autisme et de troubles associés, de professionnels du secteur médico-social et de responsables de collectivités territoriales, soucieux d'offrir à ces personnes handicapées la possibilité de vivre dans des conditions favorables à l'émergence et au développement de leurs potentialités, avec pour objectif celui de la meilleure communication et de la plus grande insertion possible.

Initié par l'association Aidera-Gironde avec le soutien des associations Autisme Gironde et Autisme Sud Gironde, le projet de création de la Maison d'Accueil Spécialisée Le Sabla a été autorisé par décision préfectorale en date du 19 juin 2006, sa gestion en étant confiée à l'association Autisme Sud Gironde.

- que toute mise en œuvre de services ou dispositifs à destination des personnes avec autisme, du diagnostic à l'accompagnement, soit conçue en partenariat avec les usagers et/ou leurs représentants.
Changement de plan

1.2. UNE DEMARCHE MILITANTE

L'association Autisme Sud Gironde est partenaire d'Autisme France. A ce titre, elle partage les valeurs et les positions militantes d'Autisme France et en particulier pour :

- le droit à un diagnostic précoce posé suivant les critères reconnus par la communauté scientifique internationale
- le droit à une prise en charge éducative intensive précoce
- l'accès à l'éducation et à la scolarisation
- la préparation à la vie adulte
- la formation adaptée pour les professionnels et les aidants familiaux
- l'évitement de l'hospitalisation psychiatrique au bénéfice d'un accompagnement éducatif et professionnel et d'une intégration sociale la plus large possible.

L'association Autisme Sud Gironde a un partenariat actif avec l'Union Régionale des associations partenaires d'Autisme France au niveau de l'Aquitaine (URAF) dont elle assure la représentation.

Au niveau départemental, l'association Autisme Sud Gironde a rejoint une quinzaine d'associations d'aide aux personnes avec Troubles du Spectre de l'Autisme qui se rencontrent régulièrement au sein du Collectif Girondin des Associations Autour de l'Autisme.

En lien avec l'association Autisme Gironde, gestionnaire du SESSAD Les Tournesols de Cenon (du 01/01/1995 au 31/12/2019), l'association Autisme Sud Gironde est représentée dans différentes instances départementales et régionales : CDCA, CDAPH, Conseiller TSA du bureau du CA APAJH33, COPIL PCO, COPIL UEMA Ambares, présidence du COS CRA, partenaire du CRA pour la formation des aidants, Membre du Conseil de Surveillance de l'ARS Nouvelle Aquitaine, membre de la CRSA.

Elle participe aux jurys ARS de choix de réponses à Appel à projet et à Appel à Manifestation d'Intérêt (TSA).

Deux membres du bureau sont « experts » pour la démarche qualité Handéo (expert métier et expert usager).

1.3. LA COLLABORATION PARENTS/PROFESSIONNELS

L'association Autisme Sud Gironde soutient les axes de travail avec les familles proposés par l'établissement :

- l'information régulière des objectifs éducatifs et thérapeutiques.
- la recherche de leur concours dans la généralisation des apprentissages
- la prise en compte, le respect et la mise en œuvre des attentes, des souhaits, des valeurs culturelles et culturelles
- la formalisation et la lisibilité données aux règles régissant les relations familles/établissement
- l'association systématique des familles aux événements de l'établissement
- la co-construction du projet individuel avec le représentant légal
- l'accès aux actions de formations parents/professionnels
- la mise à disposition des familles d'un studio de visite
- la participation au COPIL Qualité
- l'information réciproque sur les événements, conférences, formations concernant les TSA, organisés sur le territoire
- co-animation de conférences en partenariat avec le tissu associatif (TSA)

2. CADRE LEGISLATIF ET ORIENTATION DES POLITIQUES PUBLIQUES EN FAVEUR DE L'AUTISME

2.1. PERIMETRE DE DEFINITION DE L'AUTISME- ETAT DES CONNAISSANCES SCIENTIFIQUES

L'autisme de l'enfant est un syndrome qui a été individualisé par le psychiatre américain Léo Kanner en 1943.

Nous retiendrons le périmètre de définition issu de la classification des maladies de l'Organisation Internationale de la Santé (OMS) (CIM-10) comme classification de référence des troubles envahissants du développement psychologique (TED) classifié dans le groupe F84.

« Les TED sont un groupe de troubles caractérisés par des altérations qualitatives des interactions sociales réciproques et des modalités de communication, ainsi que par un répertoire d'intérêts et d'activités restreint, stéréotypé et répétitif. Ces anomalies qualitatives constituent une caractéristique envahissante du fonctionnement du sujet, en toutes situations ».

Affections neuro-développementales distinctes des pathologies psychiatriques, les TED affectent l'ensemble des fonctions psychologiques qui se développent durant les premières années de vie avant l'âge de 30 mois.

- altérations qualitatives des interactions sociales,
- altérations qualitatives de la communication verbale et non-verbale,
- pauvreté de l'activité imaginative, comportements stéréotypés et restriction des activités et des centres d'intérêt.

De nombreux troubles ou pathologies peuvent être associés aux TED.

Les associations les plus fréquentes sont :

- les troubles du sommeil
- les troubles psychiatriques (l'anxiété, la dépression, le trouble «déficit de l'attention - hyperactivité»)
- l'épilepsie
- le retard mental

Certaines maladies génétiques monogéniques sont associées à des TED.

- le syndrome de Rett,
- le syndrome du X-fragile
- la sclérose tubéreuse de Bourneville
- des anomalies génétiques

D'autres pathologies, en particulier somatiques, peuvent coexister avec les TED, comme chez toute autre personne.

Un diagnostic précoce joue un rôle important pour l'appréhension du handicap par les parents et permet également de mettre en œuvre des dispositifs techniques d'intervention, d'accompagnement et de rééducation le plus tôt possible.

Actuellement, toutes les études sur l'autisme convergent pour établir l'existence d'anomalies anatomiques et fonctionnelles dans les régions du « cerveau social », impliqué notamment dans la perception et la cognition sociale. Cette région cérébrale est composée du cortex orbito-frontal, du sillon temporal supérieur, du gyrus fusiforme et de l'amygdale.

Actuellement, les théories et résultats de recherche rendent compte partiellement de cette pathologie complexe aux handicaps multiples et constituent l'étayage d'interventions et de thérapies adaptées.

A ce titre, la HAS recommande que leur mise en œuvre dans un programme personnalisé et coordonné nécessite, par principe affirmé, des évaluations de qualité et des analyses réfléchies et partagées pour en justifier le bien-fondé et la complémentarité pour la personne avec TED et sa famille.

2.2. MISSIONS REGLEMENTAIRES DE LA MAS LE SABLA



Décret n° 2009-322 du 20/03/2009

2.3. RECOMMANDATION DE BONNES PRATIQUES DE L'ANESM

Date : juin-juillet 2009

La recommandation de bonnes pratiques professionnelles s'inscrit dans le cadre de la mesure 30-2 du plan Autisme 2008-2010, prévoyant l'élaboration de « critères de qualité des interventions en direction des personnes autistes pour assurer la dignité des personnes pour lutter contre les dérives et les pratiques dangereuses ».

Elle s'appuie sur les travaux menés par la Haute Autorité de Santé dans le cadre du plan autisme 2008-2010.

Le plan général de la recommandation se structure selon deux axes :

- La qualité de l'accompagnement
- La promotion de la bienveillance

2.3.1. Proposer un accompagnement et une prise en charge personnalisés et spécifiques

2.3.1.1. Réaliser une évaluation de la situation de la personne

- Evaluer les différents domaines de fonctionnement de la personne à l'aide d'outils adaptés
- Associer la personne et sa famille
- Accompagner la communication des résultats des évaluations
- Proposer une information dans la phase du diagnostic
- Informer la famille élargie et la fratrie au moment opportun
- Faire suivre l'évaluation de propositions d'accompagnement

2.3.1.2. Co-élaborer le projet personnalisé et en assurer le suivi

- avec la personne
- avec la famille
- avec les professionnels

2.3.1.3. Améliorer la qualité de vie de la personne en développant ses potentialités dans toutes leurs dimensions

- Repères pour le respect de la personne et de sa dignité
- Repères pour faciliter les apprentissages
- Repères pour favoriser la communication et les interactions sociales
- Repères pour la participation sociale en milieu ordinaire
- Repères pour prévenir les situations de stress
- Repères pour l'accès aux soins, la santé
- Repères pour la participation à la vie communautaire, sociale et civique

2.3.1.4. Favoriser l'implication de la famille et des proches dans le respect de leur dignité et de leurs droits

- Initier et entretenir une collaboration entre les parents et les professionnels
- Soutenir et accompagner la famille
- Faire face aux « comportements-problèmes »
- Identifier les « comportements-problèmes »
- Rechercher et comprendre l'origine des « comportements-problèmes », et y faire face
- Prévenir et gérer les moments de crise
- Encadrer l'utilisation des lieux de calme-retrait, d'apaisement

2.3.2. Soutenir les professionnels dans leur démarche de bientraitance

- Au niveau des pratiques institutionnelles
- Formation et information des professionnels
- Accompagnement des professionnels
- Au niveau des pratiques professionnelles
- Améliorer la qualité de l'accompagnement des personnes
- Mener une réflexion sur les questionnements éthiques
- Etre attentif à la vulnérabilité de la personne face aux abus
- Attirer la vigilance des personnes et des familles sur les risques de dérives liés à certaines pratiques.

3. PRESENTATION DE LA MAS LE SABLA

3.1. CARACTERISTIQUES GENERALES ET TERRITORIALES

La Maison d'Accueil Spécialisée Le Sabla est implantée sur la commune de Grignols, commune rurale de 1141 habitants, située au Sud du Département de la Gironde entre BAZAS et CASTELJALOUX (15 km).

Grignols est l'une des 31 communes de la Communauté de Communes du Bazadais comptabilisant plus de 15000 habitants.

Cette zone géographique a l'avantage d'offrir :

- un environnement calme et propice aux apprentissages socialisants
- un espace constructible adapté au projet architectural
- une proximité avec les habitants du village et des commerçants
- les compétences médicales et paramédicales adaptées aux besoins des résidents

L'établissement jouxtant un EHPAD de 80 lits, participe au développement d'un pôle médicosocial au sein de la commune et joue localement un rôle économique significatif en termes d'emplois et d'échanges commerciaux.

Inaugurée en décembre 2014, la maison de santé pluridisciplinaire de Grignols regroupe aujourd'hui médecins généralistes et professionnels paramédicaux, offrant ainsi un plateau technique de soins de proximité de premier niveau.

En complément de ces services de proximité, Grignols bénéficie en matière de santé de d'accès aux soins des unités hospitalières médico-chirurgicales de Langon, Bordeaux et Agen.

Le territoire du Sud Gironde est riche d'un tissu associatif dynamique facilitant l'accès en particulier dans les domaines des loisirs et des sports.

Le Conseil Départemental développe 3 axes prioritaires en matière de politique culturelle :

- aider les territoires à structurer leur vie culturelle
- promouvoir les biens culturels communs
- favoriser la participation de tous à la vie culturelle.

L'établissement bénéficie du soutien de la municipalité de Grignols et du comité des fêtes dans l'organisation des événements festifs qu'elle organise et en particulier de l'Echappée Grignolaise pilotée sous l'égide de la Fédération Française du Sport Adapté.

3.2. PROJET ARCHITECTURAL

L'établissement dont l'achèvement a été réalisé en 2007 occupe 3000 m² sur une surface foncière de 3 hectares à la périphérie nord-est du bourg de Grignols.

L'association Autisme Sud Gironde a été promoteur du projet et est l'actuel propriétaire des biens fonciers et immobiliers.

Le cahier des charges du projet architectural s'est appuyé sur l'analyse des besoins repérés des personnes avec autisme notamment en matière de structuration et du repérage des espaces et a été précurseur des recommandations actuelles en matière d'adaptations architecturales à l'accompagnement des personnes avec autisme.

3.2.1. Capacité et taille de la structure

Les unités de vie autonomes accueillent 7 personnes. Cet effectif réduit permet un bon accompagnement et une prise en charge de qualité, en limitant les effets indésirables.

La capacité de l'établissement s'élevant à 28 places permanentes, 4 unités de vie ont été créées. Les unités sont regroupées 2 par 2 afin de constituer 2 pavillons distincts.

L'ensemble dégage une architecture à taille humaine.

3.2.2. Points de vigilance :

Plusieurs types de risques et points de vigilance ont été pris en compte afin d'éviter fugues et fuites, défenestration, chutes, blessures par bris, brûlures ou ingestion de produits dangereux.

Le périmètre du site est totalement clôturé, les bâtiments sont tous de plain-pied, les vitrages sont antichocs, des limiteurs de températures d'eau chaude sont installés sur chaque point d'eau, le système de climatisation par le sol est réversible été/hiver, des vannes d'arrêt des circuits de distribution d'eau sont tous situés à l'extérieur des chambres

3.2.3. La qualité du projet architectural

Le bâtiment répondant aux normes Haute Qualité Environnementale a été pensé comme un outil au service des résidents et des professionnels.

Certains aménagements ont été améliorés afin d'améliorer l'adaptation des équipements en réponse aux troubles spécifiques des personnes autistes (structuration des espaces, limiteurs des parasitages visuels).

3.2.4. Le confort acoustique

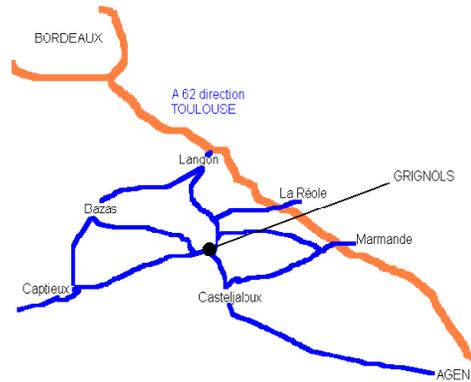
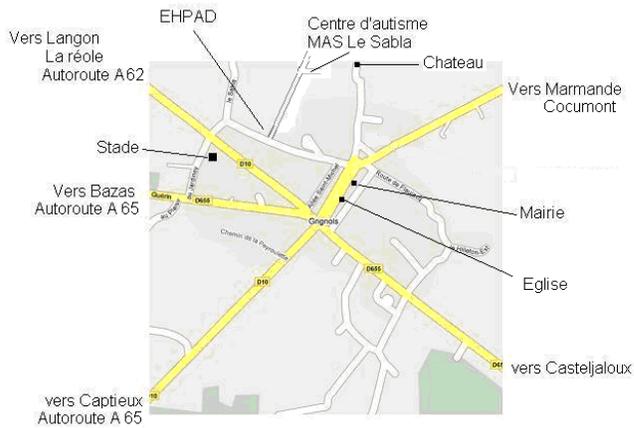
L'insonorisation des locaux collectifs et l'isolation acoustique des espaces privatifs (chambres) repose principalement sur une isolation phonique des fenêtres, l'usage de luminaires de type néon sans starter, de gaines de ventilation insonorisées et de grands placards ou le cabinet de toilette après la porte d'entrée.

3.2.5. Les bâtiments

Les bâtiments de la MAS Le Sabla se répartissent comme suit :

- quatre espaces de vie
- une zone d'activités socio-éducatives
- une piscine de rééducation
- une zone dédiée aux services administratifs et médicaux
- un atelier de maintenance
- un studio d'accueil familles
- un logement de fonction du Directeur

Un espace boisé à été aménagé et sécurisé pour la promenade des résidents et une piste cyclable facilite la pratique d'activités sportives



3.3. PUBLIC ACCUEILLI ET ANALYSES DES BESOINS SPECIFIQUES

L'établissement est agréé pour 28 places en internat à temps complet.

A ce jour, l'établissement fonctionne à effectif complet accueillant 24 hommes et 4 femmes.

La moyenne d'âge est de 29 ans.

Son autorisation de fonctionnement est liée à l'accueil, l'hébergement et la prise en charge médico-sociale d'adultes en situation de handicap avec autisme bénéficiant d'une orientation de placement en maison d'accueil spécialisée notifiée par une Commission Départementale pour l'Autonomie des Personnes Handicapées.

L'admission en établissement médico social de secteur adulte peut être envisagée à compter de 17 ans mais se fait généralement au plus près des 20 ans.

Il n'y a pas d'âge maximum d'admission en MAS et il n'existe pas de limite d'âge mettant fin à l'accueil.

Tout d'abord lieu de vie, l'établissement recherche en permanence un équilibre entre contraintes liées aux règles de vie collective et individualisation de l'accueil afin de répondre au mieux aux singularités des besoins des personnes avec autisme.

L'établissement n'a pas vocation à dispenser de soins intensifs ou lourds et n'est pas habilité à disposer d'équipements techniques et sanitaires lourds. Dès lors que l'état de santé nécessite une surveillance médicalisée continue, une réorientation temporaire ou définitive vers le secteur sanitaire s'impose.

Le public accueilli à la MAS le Sabla présente :

- un état de dépendance se traduisant par une incapacité à se suffire à lui-même dans les actes essentiels de la vie
- un trouble du spectre autistique répondant aux critères de diagnostic de la CIM-10
- une adaptation comportementale à une vie communautaire

3.4. PROCEDURE D'ADMISSION

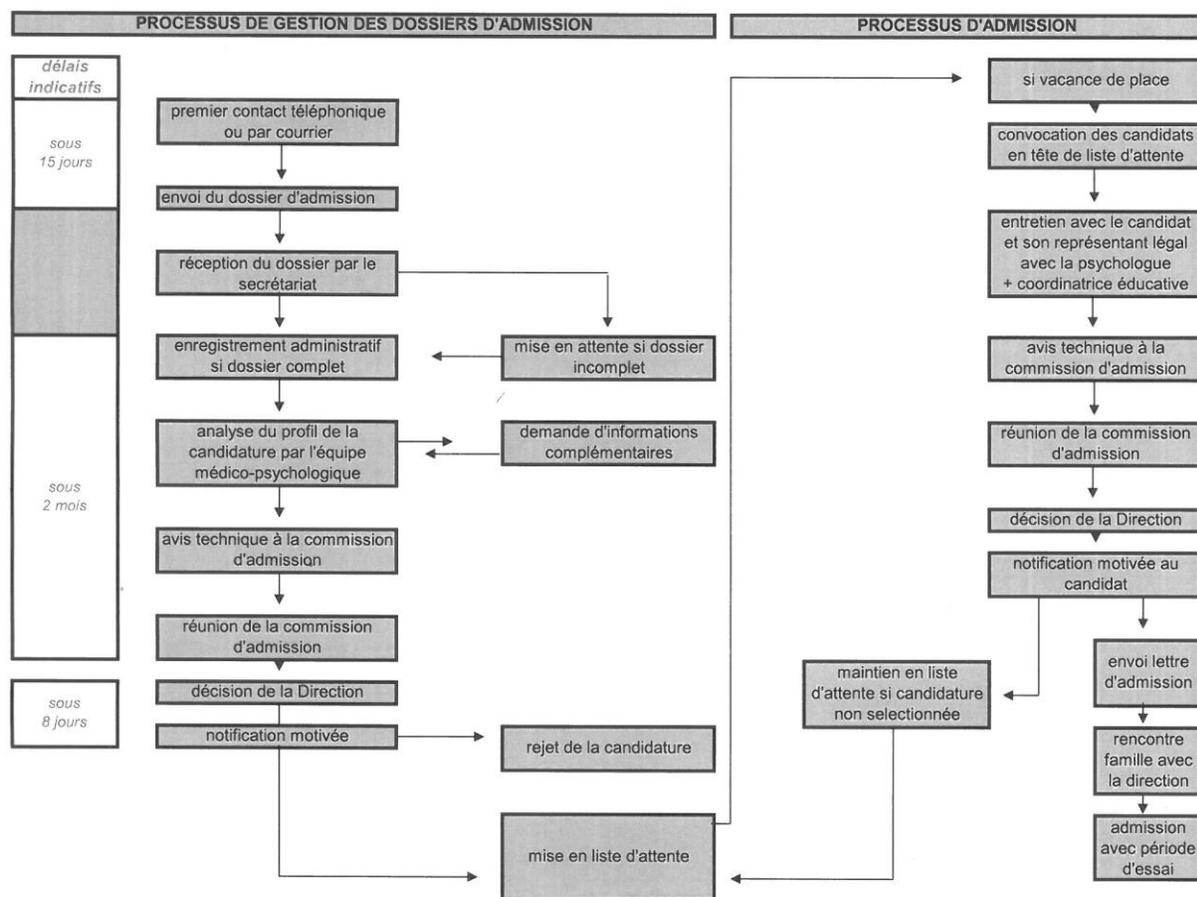
L'inscription en liste d'attente est subordonnée aux critères d'admissibilité en MAS et de référence à la typologie de public pour lequel la MAS le Sabla a reçu agrément.

La décision de mise en liste d'attente relève de la Direction de la MAS.

Tout refus de candidature à une admission à la MAS doit être motivé.

Dès lors qu'une place devient vacante, les dossiers de candidatures inscrits en liste d'attente sont étudiés par la commission d'admission de l'établissement composée de :

- Représentants de l'association gestionnaire
- Représentants de la direction de l'établissement
- Représentants du service médical dont le médecin psychiatre



A l'admission une période d'observation de 6 mois est nécessaire pour définir, de manière adaptée, les prestations adéquates à fournir à la personne accueillie.

Durant cette période d'observation, la Maison d'Accueil Spécialisée Le Sabla s'engage à développer des prestations dans les domaines de :

- l'accompagnement d'action sociale et médico-sociale
- l'accompagnement éducatif
- l'accompagnement de soins et d'actions thérapeutiques

Au cours de cette période d'évaluation dite « initiale », l'équipe professionnelle de l'établissement s'engage à :

- Recueillir ses souhaits, besoins et attentes et/ou de son représentant légal, afin d'élaborer de manière conjointe le projet personnalisé
- Evaluer ses capacités et ses potentiels

Au terme de cette période, un projet personnalisé sera proposé à la personne et à son représentant légal et annexé au contrat de séjour.

3.5. ORGANIGRAMME FONCTIONNEL

L'effectif structurel de personnel embauché en CDI au 31/12/2014 s'élève à 41.93 Etp.

Hommes	10
Femmes	34
Nombre de salariés titulaires	44
Direction	2
Educatif	16
Soignant	17
Médical	4
Administratif	1
services généraux	4
TOTAL hors CAE (personnes)	44

Hommes	8.71
Femmes	33.22
Direction	2
Educatif	15
Soignant	17.10
Médical	2.83
Administratif	1
services généraux	4
TOTAL hors CAE (ETP)	41.93

ORGANIGRAMME FONCTIONNEL		
ADMINISTRATION GESTION	DIRECTION	Directeur
		Chef de service
	SECRETARIAT	Secrétaire comptable
MEDICAL		Médecin psychiatre
		Psychologue
		Infirmière
UNITES DE VIE		Educateur spécialisé
		Moniteur éducateur
		AMP socio éducatif
		AMP soignant
		Aide soignant
ACTIVITES	SPORT	Professeur EPS
		Moniteur d'activités physiques
	ATELIERS	Moniteur d'activités
SERVICES GENERAUX	MAINTENANCE	Ouvrier qualifié
	BUANDERIE	ASI Lingère
	ENTRETIEN	ASI entretien des locaux

3.6. LES SERVICES D'APPUI INTERNES ET EXTERNES

3.6.1. La restauration

La prestation de restauration est confiée à une entreprise de restauration collective. Deux cuisiniers sont détachés sur site et disposent d'un équipement professionnel répondant aux normes HACCP.

L'ensemble des repas sont confectionnés sur site et servis en liaison chaude sur les deux repas quotidiens.

A partir des propositions formulées par la diététicienne du prestataire, les menus sont élaborés en concertation avec la commission alimentation de l'établissement associant le chef-gérant, le personnel de direction, le personnel médical et les éducateurs spécialisés.

La déclinaison individualisée des menus prend en compte les régimes médicaux prescrits, les nécessités d'adaptation de texture des aliments et les appétences de chaque résident.

Des repas préparés par les équipes éducatives dans le cadre d'activités cuisine encadrées peuvent occasionnellement se substituer à cette restauration.

3.6.2. L'expertise comptable et la paye

Un cabinet comptable apporte un service complémentaire aux tâches courantes de saisie comptable exécutées par le service administration-gestion de l'établissement et assiste la Direction dans l'élaboration et la formalisation des documents budgétaires et financiers réglementaires.

Le service de la paye est également externalisé à partir d'une plateforme informatique partagée avec le cabinet comptable.

3.6.3. L'administration réseau informatique

Cette fonction est externalisée dans le cadre d'une prestation de maintenance.

4. SYSTEMES D'INFORMATION

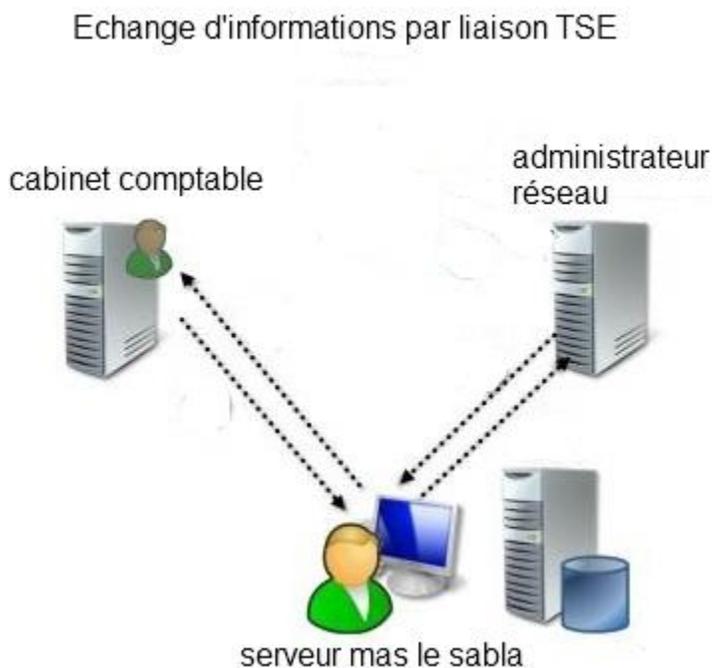
4.1. LES OUTILS DE PILOTAGE

L'informatisation des fonctions administratives et comptables, du dossier du résident, du dossier médical a été instaurée dès l'ouverture de l'établissement.

Les progiciels utilisés répondent aux besoins et attentes actuelles en termes de traçabilité et de pilotage des activités de l'établissement.

Depuis l'ouverture de l'établissement l'analyse périodique du système d'information a conduit à en faire évoluer le périmètre et les modalités d'usage permettant de trouver la meilleure cohérence possible au regard de la situation existante, des besoins exprimés à tous les niveaux hiérarchiques, des contraintes et des ressources techniques, humaines, organisationnelles et budgétaires.

L'évolution du système d'information a particulièrement porté sur la création de passerelles informatique permettant d'optimiser le pilotage de l'établissement avec l'appui des services externalisés. (Cf. schéma ci-après).



Le système d'information s'appuie sur l'architecture suivante :

Besoins	Progiciel
Administration générale	Pack Office Microsoft
Comptabilité/Paye/RH/Facturation	Progiciel de gestion intégré EIG
Budget/Analyse financière	Progiciel de gestion intégré EIG
Gestion des présences résidents	Gestion de Présence Progor
Gestion des plannings salariés	Organisor Progor
Dossier du résident	Plan de Soin Informatisé Solware

4.2. LA TRANSMISSION DES INFORMATIONS : PSI

Le PSI, **Projet de Soins Informatisés**, est un outil informatique permettant une présentation, un suivi et une évaluation du résident dans son lieu de vie. Il permet de maintenir en mémoire les informations concrètes et objectives concernant les résidents accueillis.

Le PSI permet d'avoir recours à différents types de transmissions :

- **intranet** : messagerie interne à l'établissement permettant le partage d'informations entre professionnels.
- **les transmissions ciblées SOINS HYGIENE SECURITE**: concernent les informations liées à la santé du résident. Elles sont traitées et analysées par les infirmières sur la base de leur diagnostic infirmier
- **les transmissions ciblées TC/COMPORTEMENT PROBLÈME** : qui concernent les informations en lien avec un problème de comportement d'un résident qu'il y ait eu recours ou non à un traitement complémentaire. Ces cibles sont traitées et analysées par la psychologue et le médecin de l'établissement.
- **la relève** : évaluation informelle du quotidien du résident, notamment en ce qui concerne les objectifs priorités du projet individuel travaillés par cycles de 8 semaines.

Ces informations sont classifiées en 13 rubriques permettant de les analyser sous forme de recherches multicritères :

1- Sensorialité : cette rubrique sert à repérer les particularités sensorielles observées chez les résidents. Cela inclut les observations sur les recherches sensorielles, les problèmes d'hyper ou d'hypo-réactivités aux différentes expériences sensorielles (cris très importants face à une sonnerie de micro-onde, par exemple...). Ces observations vont participer à une évaluation plus fine du profil sensoriel de chaque personne accueillie.

2- Communication : cette rubrique a pour but de donner des indices sur les modes de communication de la personne concernée (verbaux ou non verbaux). Indique la manière dont la personne s'exprime, exprime ses besoins, fait des demandes, des commentaires, mais également, ce qu'elle semble comprendre (l'observation objective est importante pour cela).

3-Autonomie : cette rubrique donne des éléments concernant les comportements en cours d'acquisition ou nouvellement acquis dans le domaine de l'autonomie en général (du quotidien, des déplacements, en atelier...). Indique les nouvelles acquisitions ou émergences en donnant des précisions sur la manière dont la personne réagit ainsi que les stratégies que vous utilisez pour la rendre plus autonome (guidance verbale, support visuel...).

4-Interactions Sociales : cette rubrique renseigne sur la manière dont la personne interagit avec les personnes de son entourage, avec les nouvelles personnes. Indique la manière dont la personne interpelle son environnement (verbalement, regarde lorsqu'elle demande ou interpelle, utilisation des formules de politesse, coupe la parole, fait des bisous, bouscule...). Les modes d'expression des états émotionnels s'incluent également dans ce domaine.

5-Sexualité : cette rubrique renseigne sur les comportements observés en lien avec des comportements en lien avec une pratique sexuelle (masturbation, caresses, tentative de caresse sur la poitrine d'un pair...) qu'elle soit aut centrée ou non.

6-Activité : cette rubrique renseigne sur les activités. Indiquer les tâches effectuées la première fois puis l'évolution du résident tout au long de l'atelier (plus de temps sur une tâche, progression dans une autre, aucun intérêt pour la 3^e, par exemple), les stratégies utilisées (travail individuel, table à part, utilisation de paravents, présentation du matériel, programme de travail...) ainsi que les réactions du résident face à ces stratégies.

7-GTL : Loisirs et tâches domestiques : cette rubrique a pour but de donner des indices concernant la manière dont la personne occupe son temps libre (spontanément ou sur incitations). Précise le type de

loisirs ou de tâches domestiques proposés, les stratégies d'accompagnement efficaces (ou non) pour arriver à réaliser l'action, l'endroit où le loisir est proposé, à quel moment ainsi que la réaction du résident.

8-Nuit : cette rubrique donne des renseignements sur la nuit de la personne. Rapporte tous les éléments survenant au cours de la nuit, nouveau comportement, insomnie, réveils nocturnes, heure de vérification de la qualité du sommeil, stratégies utilisées en cas de réveil, efficacité de celles-ci...

10-Autre : cette rubrique renseigne sur des observations qui n'entrent pas dans les autres catégories.

11-Famille : cette rubrique renseigne sur les éléments concernant la relation avec la famille. Relate les visites, les éléments apportés lors des appels téléphoniques, les rencontres, concernant la personne.

12-Séjours MAS : cette rubrique renseigne sur les éléments concernant le comportement de la personne lors de séjours réalisés par les professionnels de l'établissement : comportement global, intérêt pour les médiateurs proposés, échanges avec l'environnement, expressions de plaisir ou non...

13-Séjours adaptés : cette rubrique renseigne sur les éléments concernant le comportement de la personne lors de séjours réalisés sans accompagnement de l'établissement : comportement global, intérêt pour les médiateurs proposés, échanges avec l'environnement, expressions de plaisir ou non...

4.3. LE PARTAGE DES INFORMATIONS - REUNIONS-

Les temps d'échanges institutionnels participent à :

- la mise en commun des résultats d'analyse des évaluations périodiques
- la définition des axes stratégiques en matière d'accompagnement
- la mise en cohérence des pratiques professionnelles
- la formalisation des procédures

Cette organisation de travail structure la démarche d'amélioration continue de la qualité des services proposés aux personnes accueillies et implique les différents niveaux hiérarchiques de l'établissement selon leur champs de compétences.

4.3.1. Réunions liées à l'accompagnement du résident

4.3.1.1. Réunions liées à l'accompagnement du résident

Une fois par semaine et par maison en présence du directeur et de la psychologue et de l'équipe de maison.

Le bilan est préparé grâce à un temps de préparation dédié

Ces réunions permettent de faire un bilan toutes les 8 semaines sur

- le plan de la santé et du comportement (analyse des cibles –système D.A.R.)
- l'analyse des transmissions concernant les objectifs à 8 semaines.
- l'analyse des relèves / autonomie / communication / interactions sociales / gestion du temps libre + autres.

A la suite de ces bilans les objectifs sont réévalués pour être reconduits, modifiés ou mettre de nouveaux objectifs en place.

Une réunion hebdomadaire rassemblant les moniteurs d'activités permet d'affiner la qualité de la prise en charge des résidents en atelier et d'intégrer les objectifs prioritaires dans les référentiels d'accompagnement.

4.3.1.2. Les réunions de cohérence

Une fois par semaine (sauf pendant les vacances scolaires) en présence du chef de service et de la coordinatrice

A partir de l'ordre du jour proposé par l'éducateur spécialisé de maison ou d'un membre de l'équipe d'encadrement, la réunion permet de mettre en cohérence les pratiques, de se mettre d'accord sur des conduites

à tenir, d'évoquer des problèmes, de revisiter le référentiel de journée du résident ou les différents protocoles au service du résident.

Elles permettent aussi de revoir l'organisation du travail et de faire le point sur les différentes propositions d'amélioration de la qualité du travail proposées par les membres de l'équipe suite à des temps de préparation spécifique à leur corps de métier.

4.3.1.3. Les réunions objectifs projet

Une fois par an par résident

Elles rassemblent le référent d'un résident, l'Éducateur Spécialisé de maison, et la coordinatrice.

A partir du bilan N-1 et de son analyse des objectifs nouveaux sont proposés pour l'année à venir.

4.3.1.4. Les réunions d'élaboration du projet individuel

Une fois par an par résident

Elles rassemblent un cadre de direction, la coordinatrice, la psychologue une infirmière et l'équipe de la maison du résident

Elles visent à rassembler l'équipe pluridisciplinaire autour des nouveaux objectifs qui sont précisés grâce à cette réunion

4.3.1.5. Les réunions de contrat de séjour

Une fois par an par résident

Elles rassemblent le directeur, le représentant légal du résidant concerné, la coordinatrice, l'éducateur spécialisé de maison et le référent. La contractualisation des objectifs de santé est présentée dans cette réunion par l'infirmière.

Elles permettent de présenter les nouvelles orientations du projet individuel du résident et de les discuter dans une démarche de co-construction famille – établissement.

Les objectifs éducatifs sont validés et contractualisés.

4.3.2. Réunions liées à la santé du résident

4.3.2.1. Les réunions de santé

Trois fois par mois, en présence du médecin de l'établissement, de l'équipe de direction et des infirmières

Ces réunions permettent de faire un point sur l'évolution de la santé physique et psychique des résidents

Elles permettent de coordonner les orientations du projet thérapeutique avec les interventions des praticiens hospitaliers et les services de médecine de ville.

4.3.2.2. Les réunions aides-soignants (jour et nuit) + infirmières

Une fois par mois en présence du directeur

Ces réunions permettent de faire le point entre les infirmières et les aides-soignants. Les ordres du jour émanent des aides-soignants et des infirmières et sont récapitulés et transmis à tous les acteurs de la réunion par intranet

Elles permettent de faire le point sur des difficultés ou des propositions d'amélioration, de mettre à jour des procédures en rapport avec l'hygiène, la santé et la sécurité des résidents

4.3.3. Réunions liées à l'organisation de l'établissement

4.3.3.1. Les réunions éducateurs spécialisés

Une fois par mois. Elles réunissent le directeur le chef de service, la coordinatrice et les 4 éducateurs spécialisés de maison.

Elles permettent d'aborder des sujets, des idées, des problèmes, des propositions d'amélioration de la qualité qui sont à traiter à l'échelle de l'ensemble de l'établissement.

4.3.3.2. Les réunions équipe de direction

Une fois par semaine. Elles réunissent l'équipe de direction et l'encadrement technique.

Elles permettent de cadrer les orientations stratégiques au niveau de l'établissement et de programmer les objectifs opérationnels des cadres techniques

4.3.3.3. Les réunions de régulation

Une fois tous les deux mois. Animées par le médecin de l'établissement, elles regroupent les personnels d'unités de vie et ont pour objet de restaurer les capacités de coopération entre les professionnels.

4.3.3.4. Des réunions thématiques

Ces réunions peuvent être programmées à l'initiative de la Direction. Cet espace permet d'aborder plus spécifiquement des thématiques particulières en lien avec des difficultés rencontrées ou des questionnements d'équipe.

5. L'OFFRE DE SERVICE ET SON ORGANISATION

5.1. L'ORGANISATION DU POLE SOCIO-EDUCATIF EN UNITE DE VIE

5.1.1. Les modes opératoires

L'organisation repose sur une répartition des rôles entre les deux personnes qui travaillent en binôme chaque matin, midi et soir sur une maison. Cette organisation vise l'efficacité mais aussi la responsabilisation du personnel sur des tâches à effectuer.

Une personne est déterminée pour travailler au niveau de l'accompagnement et des soins. Elle est identifiée par une signalétique sur les documents de planning du personnel. Il s'agit pour cette personne de réaliser les actes d'hygiène, d'habillage, de déshabillage. Le travail, est la plupart du temps en 1 pour 1.

Cette personne doit réaliser les actions définies dans les transmissions ciblées, les diagrammes de soins et les protocoles affichés sur les murs des chambres ou des salles de bain permettant le développement de l'autonomie du résident.

Une personne est déterminée pour travailler sur le plan socio-éducatif. Elle est identifiée par une signalétique sur les documents de planning du personnel. Elle s'attache à la gestion des résidents dans l'espace collectif et sur des points particulièrement liés à la triade autistique :

- Gestion du temps libre et encadrement de la réalisation des tâches domestiques
- Travail de la communication réceptive (emplois du temps) et expressive (pecs, objets de com....)
- Travail sur les interactions sociales
- L'organisation est balisée par des documents écrits.

Dans le domaine socio-éducatif :

- Référentiel de journée du résident (souvent affiché auprès de l'emploi du temps.)
- Référentiel petit déjeuner
- Référentiel de douche
- Le tableau des objectifs

Dans le domaine du soin :

- les fiches de traitements : la distribution des médicaments est réalisée par le personnel de maison et s'assimile à un acte d'accompagnement de la vie quotidienne.
- Les diagrammes de soins : ils définissent 3 types de soins : des soins réalisés par les infirmières, des soins d'hygiène et des soins simples qui peuvent être réalisés sans difficulté par le personnel de maison (avec une démonstration des infirmières si nécessaire).
- Les fiches de suivi des selles
- Les transmissions ciblées
- Les protocoles :
 - le processus de mise en œuvre des soins auprès des résidents » encadrant les soins de santé, la distribution des médicaments, les soins corporels et de confort
 - la mise en œuvre des soins auprès des résidents » précisant les rapports des équipes de maison avec les infirmières.
 - « Les conduites et bonnes pratiques de soins à l'usage des personnels remplaçants » définissant les principes importants à respecter pour encadrer les actes de soins dans le cadre de l'accompagnement quotidien.

5.1.2. Les points de vigilance spécifique par domaine de compétence

- Une différenciation des axes de vigilance au regard des cœurs de métier propre à chaque fonction complète l'organisation des modes opératoires sur les unités de vie.
- Un temps dédié a été attribué toutes les 4 semaines à chaque professionnel qui accompagne les résidents pour mettre en mots ses réflexions, ses interrogations, ses propositions d'amélioration dans son domaine de compétence.

5.2. L'ACCOMPAGNEMENT EDUCATIF DANS LES ACTES DE LA VIE QUOTIDIENNE

En l'absence de traitement médicamenteux de l'autisme, et en accord avec les recommandations de l'ANESM, le soin apporté à la personne avec autisme repose essentiellement sur l'intervention éducative.

La qualité de ce soin est ainsi subordonnée à une observation continue de la personne avec autisme et à l'analyse de son fonctionnement au regard du mode d'appréhension de son environnement et de la construction de son rapport au monde.

Les professionnels en charge de cet accompagnement s'inscrivent dans une approche pluridisciplinaire visant à optimiser l'organisation des réponses apportées aux besoins de la personne accueillie et adaptées au handicap et à l'âge.

Il est admis que la plasticité cérébrale autorise des apprentissages tout au long de la vie. De même, la personne adulte avec autisme se situe toujours au sein d'un processus de développement.

C'est pourquoi, la démarche éducative que nous proposons se doit de tenir compte des besoins, des possibilités et de l'intérêt de chaque personne adulte accueillie autour d'un accompagnement personnalisé.

La MAS, au-delà d'être un lieu de vie, permet aux personnes qu'elle accueille de progresser dans les domaines suivants :

- l'autonomie pratique
- la communication expressive et réceptive
- les interactions sociales
- la gestion du temps libre et des loisirs

La structuration des espaces, l'organisation du temps sur une journée, permettent de travailler régulièrement et de manière répétées ces domaines. Les activités proposées constituent moins une fin en soi qu'un support de médiation favorisant les processus d'apprentissage.

5.2.1. Domaine de la communication

BESOINS D'ACCOMPAGNEMENT	MODALITES DE L'ACCOMPAGNEMENT PROPOSEES
Permettre aux résidents de comprendre ce qui est attendu d'eux	<ul style="list-style-type: none"> ● évaluation du niveau de compréhension du résidant (EFI, AAPEP, K-ABC (items lecture compréhension, expression), grilles d'observations informelles ● repérage dans l'environnement de la fonctionnalité des lieux : 1 lieu/1 action ; lieu de vie différencié du lieu d'activité de manière explicite et compréhensible ● structuration de l'environnement ● environnement épuré ● aménagement et repères clairs de temps de travail, différenciés des temps de pause ; temps individuels et temps de tâche commune au sein du groupe ● mise en place de supports leur permettant de comprendre ce qui va suivre sur leur lieu de vie, au sein de quelques ateliers : <ul style="list-style-type: none"> ○ plannings (photos, pictogrammes, écrits), (à la journée, à la demi-journée, à 2 actions...), (horizontaux, verticaux, sous forme de classeur...), (renvoyant ou non à certaines tâches elles-mêmes séquencées si nécessaire (déficit des fonctions exécutives) ○ objets (avec des indices environnementaux) ● adaptation des consignes proposées au niveau de compréhension du résidant (verbales, visuelles, par objet, par l'environnement...)
Permettre aux résidents de se faire comprendre (tendance à l'utilisation de comportement problème comme moyens de communication)	<ul style="list-style-type: none"> ● évaluation de leur niveau d'expression fonctionnelle (EFI, grilles d'observation informelles) ● évaluation de la fonction de certains comportements problèmes (analyse fonctionnelle de comportement) ● pouvoir communiquer ses besoins plus spontanément et de manière adaptée : mise en place de systèmes de communication alternatifs et augmentatifs : <ul style="list-style-type: none"> ○ par objets : tendre un objet pour demander, ○ systèmes de communication comprenant des images et des cartes-objets ○ système de communication par images : tend une image pour faire une demande, ○ système de communication par échange d'image (PECS), ○ système de communication par échange de mots écrits (adaptation du PECS) ● la communication expressive alternative s'accompagne d'un renforcement verbal
Mobiliser les compétences en lecture et écriture en situation pratique	<ul style="list-style-type: none"> ● évaluation du niveau de lecture (déchiffrage et compréhension), ainsi que des compétences au niveau écriture et arithmétique ● mise en place d'outils adaptés et d'aides visuelles

5.2.2. Domaine de l'autonomie

BESOINS D'ACCOMPAGNEMENT	MODALITES DE L'ACCOMPAGNEMENT PROPOSEES
<p>Hygiène personnelle :</p> <ul style="list-style-type: none"> • pas ou peu de participation lors de la toilette • difficultés d'enchaînement des différentes séquences • oubli de certaines étapes • gestes furtifs 	<ul style="list-style-type: none"> • évaluations informelles du niveau de compétence de chacun des résidents lors des différentes tâches d'hygiène personnelle • repérages par essais des stratégies les plus efficaces avec chacun des résidents • création de routines afin d'harmoniser les pratiques et d'avoir une plus grande efficacité • accompagnements individuels lors des actes d'hygiène personnelle (supports visuels, guidance physique...) • pérennisation et création de supports visuels : <ul style="list-style-type: none"> ○ programmes par photos ou pictogrammes ○ programmes par objets ○ routines • partage des outils avec certaines familles
<p>Habillage :</p> <ul style="list-style-type: none"> • peu ou pas de participation pour certains • vêtements mis à l'envers • pas d'adaptation au temps extérieur • difficultés d'utilisation des attaches • difficultés de choix de vêtements • difficultés de discrimination sale/propre 	<ul style="list-style-type: none"> • évaluations informelles du niveau de compétence de chacun des résidents lors de la tâche d'habillage • repérages par essais des stratégies les plus efficaces avec chacun • création de routines afin d'harmoniser les pratiques • accompagnements individuels lors de l'habillage • généralisation des compétences dans d'autres lieux (ateliers, famille) • exercices moteurs (apprentissage de l'utilisation des attaches) dans un cadre d'apprentissage épuré (atelier) • mise en place de supports visuels : <ul style="list-style-type: none"> ○ présentation des vêtements dans le bon ordre ○ programme de travail photo ou pictogramme ○ mise en place de repères sur le vêtement ○ supports permettant de repérer le type de vêtement à changer chaque jour
<p>Propreté :</p> <ul style="list-style-type: none"> • non acquise, port de change nuit et jour • accidents diurnes et nocturnes • énurésies et encoprésies nocturnes • propreté acquise pour un petit nombre 	<ul style="list-style-type: none"> • temps repéré pour l'accompagnement aux toilettes (objet/pictogramme + guidance) • évaluations informelles de la particularité de chacune des situations • proposition de réponse individualisée (diminution de traitement la nuit, accompagnement aux toilettes...)

BESOINS D'ACCOMPAGNEMENT	<ul style="list-style-type: none"> • MODALITES DE L'ACCOMPAGNEMENT PROPOSEES
<p><u>Alimentation/repas :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • ne reste pas assis lors du repas • peu ou pas de mastication • utilisation inadaptée des couverts • difficulté d'attente entre les plats • hyper-sélectivité, peu ou pas d'expression d'un goût alimentaire pour certains • difficultés de gestion de la quantité d'aliments lors du service 	<ul style="list-style-type: none"> • aménagement de l'environnement afin de structurer l'espace de manière fonctionnelle par rapport aux problématiques de chaque groupe (disposition des tables, limiter les stimulations sensorielles avec stores ou paravents...) • rappels systématiques pour rester assis (verbal, geste, guidance) : nécessite un accompagnement individuel • adaptation des couverts (ergonomie) • apprentissage de la tenue et de l'utilisation des couverts : exercices pratiques en apprentissage ainsi qu'en situation • mis en place de minuteurs afin d'aider à repérer le temps à attendre entre les plats (auditifs, visuels, sabliers, cloche de micro-onde...), associés à la photo ou au pictogramme du plat à attendre par exemple • habitude aux nouveaux aliments • mise en place de poubelles de table pour avoir la possibilité d'exprimer un goût • Possibilité d'apprentissage des demandes au cours du repas (cf. moyens de communication) • Routines de séquences d'actions à réaliser avant le repas (motivation)
<p><u>Tâches domestiques :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Peu ou pas de participation lors des tâches domestiques (prendre son couvert, mettre sa serviette, débarrasser...) 	<ul style="list-style-type: none"> • évaluation du niveau de compétence de chacun • évaluation des stratégies efficaces • mise en place de routines (exemple descendre sa chaise, se laver les mains, aller chercher sa serviette, la mettre et s'installer à table) • repérages de lieux de rangement fixes • aménagement des lieux de tâches domestiques (repères visuels, organisation des salles, de l'espace...) • création de programmes de tâches domestiques (supports photos, pictogrammes) • maintien et création de programmes séquencés de certaines tâches en apprentissages (ex : préparer son petit déjeuner) • exercices en atelier permettant l'apprentissage de séquences motrices en lien avec les tâches domestiques, mais également en situation (apprendre à ranger dans le panier du lave-vaisselle en atelier cuisine ou en jeux...) • mise en place de plannings de tâches domestiques afin de faire participer les résidents au fonctionnement de la maison • apprentissage des étapes permettant de nettoyer sa chambre pour 2 résidents

BESOINS D'ACCOMPAGNEMENT	MODALITES DE L'ACCOMPAGNEMENT PROPOSEES
<p><u>Autonomie sociale :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Pas de représentation de l'heure et de l'argent pour la majorité des résidents de résidents • Difficulté à repérer les endroits où ils doivent se rendre au sein de l'établissement, parfois même au sein de la maison • Difficulté à se déplacer seul en dehors des ateliers de la semaine • Pas de réaction dans le cadre des communications téléphoniques • Pas de conscience du danger (en particulier à l'extérieur de l'établissement, à l'intérieur de la maison pour certains d'entre eux) 	<ul style="list-style-type: none"> • évaluation des particularités dans ce domaine (très connoté scolairement) • mise en place de repères visuels signifiants pour les résidents (mots, pictogrammes, photos, objets, environnement...) leur permettant de se rendre seuls vers le bon atelier ou sur la maison (pour les plus démunis : 1an pour repérer sa chambre pour l'un des résidents : nécessité de répétitions dans l'accompagnement et de dégager des signaux dans l'environnement (seule porte ouverte du couloir pour indiquer où se rendre)) • mise en place de tâches visant à faire réaliser des actions à certains résidents en dehors de la maison et/ou des ateliers (exemple : amener un papier à l'administration) afin de réaliser une habitude à de nouveaux lieux • accompagnement des encadrants dans le cadre des appels téléphoniques, quelques photos proposées pour 1 résident • échange de photos via internet entre certains résidents et leur famille (accompagné de l'encadrant) • accompagnement lors des sorties extérieures, vigilance des encadrants, apprentissage de l'attente sur le trottoir ou devant le passage clouté avant de traverser • aménagement de l'environnement, vigilance accrue constamment, en particulier face à des résidents présentant des picas importants

5.2.3. Domaine de la socialisation

BESOINS D'ACCOMPAGNEMENT	MODALITES DE L'ACCOMPAGNEMENT PROPOSEES
<p><u>Les interactions sociales :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Difficultés à utiliser les codes sociaux (distance sociale, connaissance des codes permettant de bien vivre ensemble, quand prendre la parole lors d'une conversation, comment engager une interaction, savoir se comporter dans un lieu public...) • Difficultés à ajuster son regard lors des interactions • Peu ou pas d'utilisation des formules de politesse • Difficulté à réaliser une action ou partager une activité avec une autre personne • Difficultés à participer à des activités avec des personnes extérieures à l'établissement 	<ul style="list-style-type: none"> • évaluation du niveau de compréhension du résidant (tests psychométriques, grilles d'observations informelles) • mise en place de routines lors des interactions sociales avec les membres du personnel (serrer la main pour dire bonjour, rester à distance de bras, ajuster le regard...) • apprentissage des codes sociaux dans le cadre de petits groupes travaillant sur des scénarios sociaux • habitude dans le cadre de participation sur des activités extérieures à l'établissement (Sorties au cinéma, ponctuellement le week-end, sorties extérieures à la journée et à la demi-journée, sorties au restaurant...) • rencontre d'autres personnes dans le cadre d'activités adaptées à l'extérieur de l'établissement (sport adapté, par exemple) • apprentissage de geste de communication pour les résidents mutiques permettant l'introduction du geste signé « merci » • introduction des formules de politesses dans les outils de communication tels que le PECS • mise en place d'un repère permettant la visualisation du tour de rôle
<p><u>Emotions :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Difficultés d'expression des émotions en lien avec l'état émotionnel • Difficultés de compréhension des émotions • Peu ou pas d'expression de la douleur 	<ul style="list-style-type: none"> • évaluation du niveau de connaissance et reconnaissance des émotions ainsi que des possibilités des praxies faciales • apprentissages de l'expression et de la reconnaissance des émotions sur autrui par le biais de supports visuels (photos, pictogrammes, mimes...) • sollicitation sur l'expression de la douleur dans des situations potentiellement douloureuses • vigilance accrue concernant un problème de santé lorsqu'apparaît un problème de comportement ou un changement de comportement : repérage des signes (analyse fonctionnelle du comportement), action médicamenteuse, évaluation de l'action thérapeutique

5.2.4. Domaine de la gestion du temps libre

BESOINS D'ACCOMPAGNEMENT	MODALITES DE L'ACCOMPAGNEMENT PROPOSEES
<p>Loisirs :</p> <ul style="list-style-type: none"> • pas ou peu de participation pour la quasi-totalité des résidents • tendance à s'enfermer dans une activité répétitive • tendance à avoir une utilisation déviante du matériel • manque de prise d'initiative • pour certains temps très bref de loisir (quelques secondes) • notion de choix entre 2-3 activités uniquement pour quelques résidents 	<ul style="list-style-type: none"> • évaluations informelles du niveau de compétence de chacun des résidents • apprentissage de l'utilisation du matériel de loisir (activités connues, nouvelles activités ; en atelier jeux, en situation de loisir) afin de permettre d'augmenter le temps d'occupation des temps libres • test des intérêts de chacun, observations informelles • création de programmes de loisirs afin d'aider les résidents à diversifier leurs activités (augmentation progressive de la quantité d'activités proposée) • introduction du minuteur permettant d'indiquer la durée du temps de loisirs pour certains (augmentation progressive du temps en autonomie) • défi de trouver des supports correspondant à la fois au niveau de développement de la personne ainsi qu'à son âge chronologique (le plus adulte possible) • création d'un planning de loisir du soir afin de permettre à tous les résidents d'avoir des activités après la collation : équipe de professionnels dont la tâche est l'apprentissage de loisirs dans le cadre de la gestion du temps libre des résidents • apprentissage d'activités physiques telles que le vélo, le tricycle, la trottinette ou les rollers • mise en place de panneaux de choix de loisirs visuels pour ceux qui en sont capables
<p>Tâches domestiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Peu ou pas de participation lors des tâches domestiques (prendre son couvert, mettre sa serviette, débarrasser...) 	<ul style="list-style-type: none"> • Introduction des tâches domestiques dans la gestion du temps libre : important dans la cadre d'une plus grande autonomie à l'âge adulte (notion de qualité de vie, intérêt parfois plus marqués pour les tâches domestiques par rapport aux loisirs)

Cet accompagnement repose sur des stratégies éducatives répondant aux particularités cognitives et sensorielles du public accueilli à la MAS :

- favoriser le travail au sein de petits groupes dans un environnement le plus calme possible
- proposer des activités plaisantes et les adapter en cohérence avec les compétences individuelles mobilisables (disponibilité cognitive)
- alterner les tâches nouvelles et/ou complexes avec des tâches connues et réussies
- adapter le niveau de guidance et la proximité de l'accompagnement
- faciliter le processus d'apprentissage et la prise d'information (communication réceptive)
 - .en rendant significatif l'environnement
 - .en utilisant des moyens de communication visualisée
 - .en laissant a visu l'objet de communication fonctionnel (objet, photo ou pictogramme)
 - .en respectant les temps de latence

- .en adaptant les niveaux de difficultés à l'état de santé et à la disponibilité émotionnelle
- .en favorisant la répétitivité des situations d'apprentissage
- .en renforçant la motivation en cours de tâche et à la fin d'une séquence de travail
- .en maintenant un cadre structuré et rassurant afin de limiter les conduites d'évitement
- persévérer dans la variété des tâches proposées
- alterner les temps de sollicitations et les temps hypo-stimulants
- structurer les espaces et les rendre intelligibles
- structurer temporellement les séquences d'activité

5.2.5. Organisation journalière des prestations éducatives

Le découpage de la journée permet par un rythme de vie alternant des temps passés sur l'unité de vie et sur des salles d'activités d'aider à la structuration du temps et de permettre d'élargir le champ des interactions sociales avec l'ensemble des encadrants et des résidents.

De 9h30 à 10h30	Des activités ont été mises en place le matin pour les résidents qui se réveillent tôt. Ces activités évitent l'isolement du résident. Elles sont sur le thème du sport ou de la promenade dans le bois. Certains résidents, en fonction de leurs compétences sont mobilisés sur des tâches ménagères ou des activités de loisirs au choix.
De 10h30 à 12h00	Participation à des activités structurées et support d'apprentissages dans les domaines définis par le projet individuel de chaque résident - programmes individualisés d'activités - activités sportives et aquatiques - soutien des fonctions cognitives
De 12h00 à 13h30	Repas sur l'unité de vie -travail dans les domaines de l'autonomie, de la communication et de l'interaction sociale
De 13h30 à 14h30	Accompagnement de la gestion du temps libre : -activités individualisées sont proposées (atelier courrier, aller à la poste, récolte de bouchons, tri sélectif) - tâches ménagères -loisirs au choix dans l'espace privatif -sieste
De 14h30 à 16h30	Participation à des activités structurées sur des thématiques du bien-être, d'expression ou de la socialisation -ateliers thématiques - activités sportives ou aquatiques -sorties éducatives
De 16h30 à 17h00	Retour sur l'unité de vie et goûter
De 17h00 à 18h00	Activités de loisirs encadrées (vélo, piscine pour la détente) D'autres ateliers sont proposés pour la détente par la musique, l'esthétique ou le sensoriel, pour l'interaction sociale avec des jeux de société, des jeux de ballon, basket, foot.
De 18h00 à 19h00	Temps de douches et détente sur l'unité de vie
De 19h00 à 20h00	Diner
De 20h00 à 22h00	Détente sur l'unité de vie, loisirs et coucher (horaires individualisés).

5.3. L'ACCOMPAGNEMENT EDUCATIF ET LES ATELIERS

5.3.1. Les ateliers éducatifs

Les activités et ateliers structurés permettent par leur prévisibilité (support visuel d'emploi du temps individualisé) de limiter les temps d'errance du résident et ainsi d'éviter l'expression de comportement problème.

Pour chacun des résidents, le choix des activités est réalisé sur la base des orientations de son projet individuel et périodiquement réévalué.

Afin d'améliorer le suivi des activités en tenant compte des roulements de travail des équipes, une organisation des activités a été mise en place s'appuyant sur l'organigramme propre à chaque unité de vie (maisons). Cette organisation vise à faciliter les échanges entre professionnels, à leur permettre de mieux investir les projets autour des ateliers d'activité et optimiser l'évaluation.

Quatre thématiques ont été retenues :

- Maison 1 : socialisation et interactions sociales
- Maison 2 : Bien être et détente
- Maison 3 : Activités d'expression
- Maison 4 : Activités pratiques

5.3.2. Les activités transférées

En complément de l'offre éducative dispensée au sein de l'établissement, il est proposé aux résidents des activités transférées.

Les propositions de séjour sont initiées par les équipes éducatives. Le choix des lieux de séjour est sélectionné afin d'offrir aux résidents un espace adapté à leur autonomie et permettant d'assurer pleinement leur sécurité.

Les activités de transfert doivent répondre à des objectifs individualisés validés par l'encadrement technique et plus particulièrement afin de :

- généraliser les apprentissages effectués à la MAS
- développer des échanges avec d'autres résidents
- apprendre à utiliser de manière adaptée les codes sociaux avec autrui
- découvrir de nouveaux lieux et de nouveaux matériels
- élargir les centres d'intérêt
- et plus largement, prendre du plaisir

Les séjours proposés sont d'une durée moyenne de 3 à 5 jours correspondant aux besoins des résidents de retrouver au terme de cette rupture un cadre connu et rassurant.

5.3.3. Les activités de week-end

Le taux d'occupation lors des week-ends est notablement réduit du fait de retours réguliers en famille d'environ 40% des résidents.

Pour les résidents demeurant sur l'établissement, l'emploi du temps de week-end est adapté au rythme de vie des personnes présentes.

Sont privilégiées les activités de socialisation (courses, marchés), les sorties éducatives à la journée avec repas à l'extérieur, les activités d'expression (atelier courrier) ou les échanges famille par webcam.

5.3.4. Les activités sportives

Le sport occupe une place importante dans l'offre éducative soit 30% des temps d'activité et 50% des temps de loisirs.

Il se décline en intra-établissement en ateliers d'activités sportives (tapis de marche, power-plate, vélo d'entraînement), de parcours moteur ou d'activités aquatiques en bassin de rééducation.

Les activités physiques exercées à l'extérieur se justifient du fait d'équipements spéciaux tels que parcours santé, équitation, randonnée pédestre, accrobranche, canoë, char à voile...

Pilotées par un professeur d'EPS adaptée, les activités sportives se caractérisent dans une approche de coaching individuel de bien être global multidirectionnel travaillant la mobilisation des fonctions motrices, le renforcement tonique et musculaire, la coordination et l'équilibre, le renforcement de l'attention, les interactions sociales et la communication et plus globalement la lutte contre la sédentarité et le maintien en bonne santé.

5.4. AJUSTEMENTS DE L'ACCOMPAGNEMENT ET STRATEGIES D'APAISEMENT

5.4.1. La singularité des besoins

La personne avec TED présente des particularités cognitives au sens qu'elle ne traite pas les informations de manière typique, d'où l'importance de la structuration et de l'organisation de l'espace.

- La perception des sensations est particulière (trop, trop peu, ou d'intensité variable d'un moment à un autre). Ceci implique donc que l'information transmise soit claire et simplifiée pour éviter qu'elle ne soit perdue au milieu des autres stimuli.
- La personne avec TED présente en règle générale une perturbation attentionnelle et peut être rapidement distraite.
- La vision de l'environnement est souvent morcelée, avec un attachement aux détails et une difficulté à considérer l'environnement de manière globale et signifiant. Il est donc essentiel de structurer l'environnement afin d'aider la personne avec TED à avoir une meilleure compréhension du point sur lequel elle doit fixer son attention.
- La mémoire visuelle est généralement performante, et les consignes verbales sont plus difficiles à comprendre, d'où l'intérêt de s'appuyer sur des supports visuels pour aider à la compréhension de consignes.
- L'abstraction et la conceptualisation sont difficiles d'accès pour la personne avec TED.
- Les classifications par catégorie et par séquences, les concepts de temps et d'espace sont difficiles d'accès, et peuvent être aisément compensés par l'apport de repères visuels
- La généralisation des compétences est généralement limitée
- Au niveau des processus d'apprentissage, le jeu symbolique est peu présent et les compétences d'imitation sont pauvres
- -La mobilisation des compétences peut être entravée par des difficultés motrices, de coordination ou d'équilibre.
- Toutes ces particularités entraînent des difficultés dans la vie quotidienne de la personne avec TED.

5.4.2. Les comportements-problème

Les problèmes de comportement devraient être envisagés comme la conséquence d'un environnement trop difficile à comprendre et trop envahissant pour la personne avec TED.

L'insuffisance de fonctionnalité de son système de communication est un des facteurs clés dans le déclenchement des comportement problème.

En référence aux recommandations de la Haute Autorité de la Santé (HAS) l'établissement propose au résident développant un comportement problème :

- la mise en place de système de communication augmentée ou alternative
- l'adaptation de l'environnement (ex. : structuration spatio-temporelle, environnement sonore et lumineux, etc.) ;
- une anticipation des situations entraînant habituellement un comportement problème.

Le recours au lieu d'apaisement tels que l'espace privatif (chambre) permet dans la majorité des situations la restauration d'un état émotionnel apaisé.

Son utilisation est encadrée par une procédure de traçabilité permettant la continuité de l'accompagnement, la garantie de sa mise en sécurité et le respect de la dignité de la personne.

5.5. PARTENARIATS, ORIENTATIONS INNOVANTES ET ACCES AUX NTIC

Il a été établi, dès l'origine de l'ouverture de l'établissement, que le développement d'outils de communication alternatifs pour ceux qui en avaient déjà, ainsi que la mise en place de ces outils, pour ceux qui n'en avaient pas et n'étaient pas en capacité de communiquer leurs besoins de manière fonctionnelle, était une priorité.

Le développement récent du marché des nouvelles technologies a conduit à rechercher des supports innovants pour soutenir les stratégies de communication proposées.

L'analyse plus précise du potentiel et des limites des outils existants complétée par une évaluation des besoins des résidents utilisateurs du PECS ont conduit une réflexion partagée sur la plus-value des outils numériques.

L'utilisation de l'outil numérique comme support supplémentaire venant étayer la prise d'autonomie dans les domaines de la communication et des loisirs a été priorisée.

Au sein de la structure, nous utilisons des outils tels que le PECS dont le contenu a été adapté, individualisé pour chaque résident de l'établissement. En effet, les différentes évaluations psychométriques (en particulier l'EFI ou l'AAPEP), ainsi que nos observations plus informelles, ont rapidement mis en avant les difficultés d'accès à la compréhension de pictogrammes pour une grande partie des résidents (certains comprennent des objets, d'autres des photos et des pictogrammes, d'autres des pictogrammes et des mots écrits...). Le travail engagé en équipe pluridisciplinaire a consisté à individualiser chacun des outils de communication proposé. Cela implique donc la création d'un stock lexical visualisé, individualisé pour chaque résident, et qui est en constante évolution.

La présence de l'outil informatique (ordinateur) sur l'établissement facilite l'accès au stock lexical de chacun. Toutefois, les outils utilisés par les résidents sont des classeurs de communication de type PECS dont le contenu est composé de pictos, photos, mots écrits... en fonction du niveau de compréhension du résident.

Une autre particularité de l'accompagnement proposé sur l'établissement est l'importance de la collaboration avec les familles des résidents, en particulier, en ce qui concerne la généralisation des outils leur permettant de mieux s'adapter et fonctionner dans leurs différents milieux de vie et en particulier le milieu familial.

L'utilisation des tablettes tactiles permet d'optimiser les stratégies d'accès à une plus grande indépendance dans les actes du quotidien par l'utilisation de schémas séquentiels, aussi bien au sein de l'établissement, mais également plus facilement transposables dans différents milieux (domicile familial, séjours de vacances, sorties...), permettant un soutien au travail de généralisation des compétences.

En effet, cela s'inscrit également dans le continuum des projets individuels des usagers ciblés dans ce projet. L'un des axes de travail réalisé dans l'accompagnement des adultes reçus sur l'établissement est l'accès à un maximum d'autonomie, au regard des potentiels existants (mesurés par des évaluations psychométriques tous les ans : Vineland, en particulier).

Du fait des difficultés de fonctions exécutives présentes chez les usagers concernés, nous proposons des supports séquentiels visuels leur permettant une réalisation des différentes activités, que ce soit dans le domaine de l'autonomie personnelle (toilette, habillage, préparation du petit déjeuner, par exemple) mais aussi pour des tâches domestiques (réalisation de la mise du couvert, préparation de la desserte pour la maison, entretien de son espace privatif...) ou des activités de loisirs (programmes de loisirs), en étant le plus indépendant possible (réalisation au maximum sans aide directe du professionnel).

Toutefois, ces supports ne sont pas toujours transposés aisément dans d'autres lieux de vie (domicile familial, séjours...). En effet, à nouveau l'impact de la stigmatisation est observé (supports trop imposants, par exemple) mais pas seulement. L'aménagement de l'environnement ne permet pas toujours la transposition de certains de ces supports. Lorsque cela est possible, cela demande également un temps non négligeable réservé à la réalisation de ces outils mais aussi à la mise en œuvre de stratégies d'évitement du risque de perte des ressources iconographiques de chacun.

L'utilisation d'une application mettant en œuvre des schémas séquentiels numériques permet également le transfert des schémas séquentiels visuels (individualisés) sur la tablette numérique, ce qui donne une plus grande fluidité dans l'utilisation de ces supports et le développement plus rapide de ceux qui seront nécessaires pour le développement de nouvelles tâches à réaliser en autonomie. L'outil numérique vient en effet bien répondre à certains besoins observés tels que la nécessité d'avoir un signal sonore associé à un support visuel renvoyant à

un schéma séquentiel visuel, par exemple. Ce support permet également l'accès à une plus grande facilité de généralisation des compétences dans différents lieux.

Les perspectives d'évolution de l'usage des outils numériques permettent d'envisager de :

- transférer des outils de communication alternatifs et augmentatifs en supports numériques individualisés,
- faciliter et généralisation des supports séquentiels visant à supporter l'auto-détermination de chacun
- permettre l'accès à de nouveaux supports de loisirs, de jeux soutenant et développant des compétences cognitives,
- permettre l'accès à des supports d'apprentissage et/ou de soutien aux compétences sociales...
- d'optimiser la transposition de l'usage à l'extérieur de l'établissement accompagné de professionnels ou de la famille.

6. LE PROJET DE SOIN

Comme souligné par les diverses recommandations de l'H.A.S., l'autisme est un trouble neuro-développemental pour lequel n'existe à ce jour aucune solution thérapeutique curative, médicamenteuse ou autre. Le soin, au sens large, est donc prioritairement la mise en place de stratégies éducatives et adaptatives spécifiques. Dans cette perspective, SOIGNER la personne avec autisme, C'EST L'ÉDUIQUER.

Toutefois, la prise en compte de la SANTÉ du résident, au sens de l'O.M.S., est une condition permettant la réalisation de cet objectif. Elle concerne l'ensemble du personnel de la MAS dans les limites du champ de compétences professionnelles de chacun.

Le projet de soin vise 2 objectifs complémentaires :

- Amélioration de la QUALITE de vie des personnes avec autisme pour rendre possible et optimiser la démarche éducative.
- Amélioration de la QUANTITE de vie pour corriger le scandale de l'espérance de vie réduite de 18 ans en France chez les personnes porteuses de handicap développemental avec déficience (Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire 24 octobre 2017).

C'est donc essentiellement une démarche PREVENTIVE.

Elle s'appuie principalement sur les Recommandations ANESM d'avril 2017 : *Qualité de vie : handicap, les problèmes somatiques et les phénomènes douloureux*, et HAS de décembre 2017 : *Troubles du Spectre de l'Autisme, interventions et parcours de vie de l'adulte*

6.1. LA PRÉVENTION PRIMAIRE

6.1.1. Hygiène de vie et éducation à la santé

- Hygiène corporelle générale, notamment cutanée et muqueuse, et confort dans la présentation à autrui (odeur, vêtue adaptée, ...)
- Hygiènes spécifiques : bucco-dentaire, génitale, ...
- Hygiène alimentaire : lutte contre les conséquences métaboliques et digestives de l'hypersélectivité, des troubles de mastication, en lien avec le service diététique et les cuisiniers du prestataire de restauration collective. Des régimes spécifiques sont adaptés aux besoins individuels repérés.
- Education physique et sportive en lien entre le pôle médical et le professeur de sport adapté: l'efficacité préventive dans les comportement problème, les problèmes orthopédiques, le vieillissement prématuré est bien démontrée aujourd'hui. Elle lutte contre la sédentarité et le surpoids associé. C'est également un précieux vecteur d'inclusion sociale.
- Hygiène du sommeil : plus de la moitié des personnes avec autisme ont des troubles du sommeil, altérant leur vigilance, le comportement et la disponibilité éducative.
- Education sexuelle et affective.
- Lutte contre les infections : surveillance vaccinale, mesures contre les infections collectives.

Dans tous ces domaines, le lien étroit entre les professionnels médicaux et éducatifs est fondamental.

6.1.2. Expression de la douleur

80% des problèmes comportementaux aigus ont à leur origine un phénomène douloureux ; or ils provoquent des hospitalisations et des ruptures de parcours, ainsi que des prescriptions psychotropes mal indiquées et peu suivies, à l'origine des problèmes métaboliques et de la surmortalité.

Les difficultés de communication expressive et les particularités sensorielles liées à l'autisme sont sources de manifestations très atypiques de la douleur, d'où un retard à sa prise en compte, aux conséquences péjoratives pour la santé.

Il est donc fondamental d'apprendre aux équipes et aux résidents à repérer la douleur. Des outils sont disponibles :

- Pour l'hétéroévaluation : échelle E.S.D.D.A. (Pr SARAVANE et Coll.) ou mieux échelle G.E.D.D.I. pratiquée en situation de confort et répétée en cas de problème. Elles posent l'indication des antalgiques en première intention et sont prévues dans le programme de soutien au comportement de chaque résident.
- Quand cela est possible, des outils personnalisés d'autoévaluation sont mis en place sous diverses formes : tablettes, dessins sur schémas corporels ou des organes, pictogrammes spécifiques, objets de demande d'antalgiques, ... pour exprimer, localiser et demander à soulager la douleur.

6.1.3. Habituation aux soins :

Tôt ou tard les personnes avec autisme auront besoin de recourir à des soins somatiques ; or l'accès aux soins leur reste difficile et est à l'origine de retard diagnostique et de prise en charge, réduisant qualité et quantité de vie.

Pour être reproduits, les soins doivent pouvoir se dérouler sans violence.

2 aspects complémentaires s'associent dans ce travail d'habituation aux soins :

- L'habituation proprement dite, fondée sur des techniques comportementales progressives éprouvées, avec supports individualisés sous forme de séquentiels (tablettes, images, photos ou vidéos), diversification des personnes impliquées, élargissement des temps et des lieux (protocoles KAPASS, BD Santé, Vi.co Hospital, SODHEV, ...)
- La sensibilisation des partenaires médicaux et para-médicaux, libéraux et hospitaliers, à l'accueil différencié des personnes dyscommunicantes. L'objectif est de créer et partager un réseau de soins avec les partenaires.

Les examens somatiques réguliers par les médecins traitants (généralistes locaux) ou de l'établissement, les infirmières, les consultations dentaires programmées sans attendre la maladie sont la clé de cette prévention primaire. Les programmes d'habituation lors d'ateliers dédiés mobilisent l'équipe éducative et infirmière dans une culture commune du soin préventif.

6.2. LA PRÉVENTION SECONDAIRE : DEPISTAGE ET DIAGNOSTIC PRECOCE DES COMORBIDITES

6.2.1. Les comorbidités somatiques

Elles sont la règle dans l'autisme (+ de 90%), leur fréquence augmentant avec l'âge. Elles concernent principalement :

- Les problèmes digestifs (constipation, côlon irritable, reflux gastro-oesophagien, ulcères gastro-duodénaux, pica, ...)
- Les carences nutritionnelles (fer, vitamine D, ...)
- Les problèmes neurologiques : épilepsie (30% des personnes avec autisme), mouvements anormaux
- Les problèmes orthopédiques : scoliose (50%), cyphose, inégalités de longueur des MI, pieds creux, troubles musculo-squelettiques
- Les problèmes bucco-dentaires (caries, orthodontie, bruxisme, dents de sagesse) à l'origine d'avulsions excessives faute trop souvent de soins conservateurs possibles
- Les problèmes ORL (sinusites, otites, bouchons de cérumen)
- Les problèmes cardio-vasculaires : insuffisance veineuse, maladies thrombo-emboliques et artérielles
- Les problèmes métaboliques : diabète, dyslipidémies
- Les problèmes cutanés : eczéma, acné, verrues, xérodémie, mycoses,...
- Les problèmes OPH : réfraction, cataracte précoce, troubles neurovisuels
- Les phénomènes migraineux
- Les problèmes immunitaires : risque auto-immun augmenté
- Les troubles du sommeil
- Les syndromes génétiques, retrouvés dans 50% de notre population accueillie ; leur diagnostic, outre l'intérêt pour le conseil génétique, permet de connaître et anticiper sur les complications médicales attendues dans l'évolution.

Ils doivent faire l'objet d'une exploration systématique annuelle, selon le protocole établi par le service du C.E.A.A. de Niort et l'ANP3SM (Pr SARAVANE)

Des examens complémentaires, biologiques ou paracliniques, doivent pouvoir être réalisés rapidement : l'utilisation du MEOPA (Mélange Equimolaire d'Oxygène et de Protoxyde d'Azote = KALINOX*) à disposition de l'établissement, tant en interne qu'en déplacements extérieurs pour favoriser les soins, est un outil très utile dans ce sens.

Des protocoles individualisés de prémédication éventuellement nécessaire pour permettre des soins sans violence sont établis et réévalués à chaque utilisation.

Les traitements spécifiques doivent pouvoir ainsi être instaurés dans des délais similaires à ceux de la population générale.

6.2.2. Les comorbidités psychiatriques

Elles concernent plus de 75% des personnes avec autisme à l'âge adulte :

- trouble anxieux : généralisé, phobique, compulsif ; presque tous, à divers degrés.
- TDA/H : 1/3
- Troubles de l'humeur et bipolarité : 1/3
- Episodes psychotiques : 10%
- Tics et maladie de Tourette : 25%

Elles nécessitent une démarche d'évaluation diagnostique rigoureuse

L'approche médicamenteuse, souvent indiquée, ne saurait être exclusive.

6.2.3. L'évaluation des traitements psychotropes

Leur prescription non régulée, surtout des neuroleptiques, est à l'origine de la majorité des problèmes métaboliques et neurologiques responsables de la surmortalité : la réévaluation régulière du rapport bénéfice/risque de ces traitements est fondamentale.

L'autisme lui-même n'ayant pas de traitement médicamenteux spécifique, 2 indications sont à l'origine de leur prescription au long cours :

- légitime : les comorbidités psychiatriques
- contestable : la régulation du comportement

dans tous les cas, des échelles d'évaluation doivent être pratiquées, soit formalisées, généralistes (ABC, ECA-R) ou spécifiques (anxiété, dépression, compulsions), soit personnalisées pour le patient traité, avant la mise sous traitement, tous les mois pendant 3 mois, puis périodiquement (2 fois par an) en cas de traitement au long cours.

La prescription médicamenteuse n'a de sens qu'accompagnée d'une stratégie éducative, environnementale ou thérapeutique (type TCC) visant à limiter l'impact des symptômes pour la personne.

Le suivi de la tolérance passe par le respect des recommandations HAS pour les examens cliniques et biologiques périodiques obligatoires, permettant de repérer au plus tôt les complications iatrogènes.

La perspective de réduction des traitements à la posologie minimum efficace est une volonté permanente : une situation comportementale ou psychiatrique stable pendant 6 mois impose un essai de réduction posologique progressive.

La préoccupation pour le repérage précoce de l'impact du vieillissement prématuré sur la population accueillie est une priorité pour les années à venir.

6.3. LA PRÉVENTION TERTIAIRE : EVITER LA SURVENUE DES COMPLICATIONS ET RECHUTES

Elle est basée sur l'organisation du suivi des soins au sein de l'établissement et sur la constitution d'un réseau de partenaires de santé, publics et privés (cf infra).

L'objectif est de permettre aux résidents d'obtenir la même qualité de soins que la population générale.

6.4. L'ORGANISATION DU PÔLE MÉDICAL

L'équipe médicale est coordonnée par le **médecin psychiatre**, médecin de l'établissement, (0,29 ETP) qui :

- Assure le suivi médical de la pathologie autistique des résidents
- Prescrit et évalue les traitements en lien avec la pathologie autistique
- Veille à la cohérence de la prise en charge thérapeutique et au respect des principes énoncés plus haut
- Coordonne et favorise la complémentarité des acteurs de santé, internes ou externes à l'établissement, notamment par des actions de sensibilisation, information et formation spécifiques sur le thème de la santé dans l'autisme.
- Informe et conseille les professionnels non médicaux et les familles dans l'établissement.
- Est en lien avec les médecins de l'ARS pour toute question de santé concernant la collectivité, avec les médecins du Centre de Ressources Autisme Aquitaine pour les questions diagnostiques ou thérapeutiques complexes et les actions de diffusion des connaissances actualisées sur la santé dans l'autisme.

Les **infirmières** intervenant à hauteur de 1,62 ETP :

- assurent la surveillance de l'état de santé des résidents en lien avec les médecins
- coordonnent la mise en œuvre des soins d'hygiène et de confort
- mettent en place les outils de surveillance de la santé
- contrôlent la chaîne de distribution des traitements
- réalisent des soins de santé
- planifient et accompagnent les consultations externes, programmées ou d'urgence.
- sensibilisent le personnel éducatif à l'importance de la santé, de la prévention, de la prise en compte de la douleur.
- participent à et supervisent l'habitué aux soins.

Et faisant lien avec les équipes socio-éducatives la **psychologue clinicienne**

- évalue formellement les compétences des résidents
- participe à l'évaluation des besoins des résidents
- oriente les stratégies éducatives à mettre en œuvre
- apporte une écoute et un soutien individuel aux résidents
- informe, conseille et soutient les familles des résidents.
- Peut animer des groupes spécifiques d'éducation socio-affective et sexuelle.

Les **médecins généralistes de ville**, médecins traitants des résidents, appartiennent à l'équipe médicale comme référents du parcours de santé individuel :

- ils assurent le suivi médical somatique notamment les consultations approfondies annuelles
- ils orientent les explorations médicales
- ils initient, renouvellent et évaluent les prescriptions médicamenteuses en dehors de l'autisme.

Des professionnels paramédicaux du secteur, kinésithérapeutes, pédicures-podologues, orthoprothésistes, orthophonistes interviennent à titre libéral à la demande de l'équipe médicale au sein de l'établissement, ou, si cette démarche est possible et souhaitable, rencontrent les résidents à leur cabinet.

Le projet de soins de chaque résident, actualisé annuellement, est rédigé sous la forme d'un bilan de santé par les infirmières, sous supervision du médecin de l'établissement ; il est intégré à son Projet Personnalisé d'Accompagnement et discuté avec les responsables légaux.

La coordination des soins fait l'objet d'adaptations régulières par la tenue de réunions périodiques décrites en §4.3.2

- réunions de santé
- réunions AS/IDE

Le suivi médical est systématiquement tracé dans le système d'information PSI.

TOUTE PRESCRIPTION, CONSULTATION, ÉVOLUTION DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ FAIT L'OBJET D'UNE INFORMATION DES RESPONSABLES LÉGAUX. Sauf situation d'urgence, cette information est préalable à la prise de décision et soumise à l'accord des tuteurs.

6.5. L'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ ET D'URGENCES MÉDICALES

La santé des résidents nécessite fréquemment le recours à des partenaires extérieurs à l'établissement pour des raisons de complexité, de technicité ou d'urgence des problèmes rencontrés.

La situation géographique de Grignols, en Gironde mais proche du Lot et Garonne, positionne la MAS Le Sabla au cœur d'un territoire de santé pouvant répondre globalement aux besoins sanitaires des personnes accueillies.

Ces ressources sont les suivantes par localité :

Grignols	<ul style="list-style-type: none">○ 4 médecins généralistes, médecins traitants des résidents○ 1 dentiste○ 2 kinésithérapeutes○ 1 pédicure podologue○ infirmiers libéraux rassemblés dans une maison pluridisciplinaire de santé
Bazas	<ul style="list-style-type: none">○ un laboratoire d'analyses médicales○ un cabinet de radiologie○ des orthophonistes○ un médecin généraliste avec orientation nutrition, traitant pour certains résidents
Cocumont	<ul style="list-style-type: none">○ un médecin généraliste en cours de D.I.U. Autisme, traitant pour certains résidents
Casteljaloux	<ul style="list-style-type: none">○ un dentiste proposant un accueil dédié à nos résidents
Langon	<ul style="list-style-type: none">○ un Centre Hospitalier, une polyclinique○ un service d'hospitalisation à domicile et de soins palliatifs ambulatoires (contacts pris, conventions possibles rapidement)○ urgences médicales, scanner, IRM○ médecins spécialistes variés
Cadillac	<ul style="list-style-type: none">○ un Centre Hospitalier Spécialisé permettant une supervision médicale en cas de comorbidité psychiatrique, voire des hospitalisations spécialisées, et certains examens somatiques en contexte protégé

Agen	<ul style="list-style-type: none">○ un Centre Hospitalier (La Candélie) avec un dispositif spécifique d'accueil des personnes dyscommunicantes : Handi 47, et un plateau technique permettant des explorations et soins simultanés sous AG
Bordeaux	<ul style="list-style-type: none">○ le CHU proposant un plateau technique toutes spécialités de haut niveau○ le CHS C.Perrens qui accueille l'équipe mobile du CRA Aquitaine et la RCP experte en psychopharmacologie de l'autisme ; elles peuvent être rapidement sollicitées en cas de situations complexes ou graves○ la Maison de Santé Protestante Bagatelle à Talence qui a ouvert en 2019 le Centre Expert Handicap permettant de répondre aux urgences somatiques non résolues par les ressources de proximité avec un plateau professionnel et technique ambulatoire performant.
Niort	<ul style="list-style-type: none">○ Le Centre d'Expertise Autisme Adultes, disponible rapidement pour des conseils, et pouvant proposer des hospitalisations d'évaluation somato-psychiatrique (délais importants).

Ce réseau permet aujourd'hui de répondre dans des délais raisonnables, comparables à la population générale, à la majorité des besoins sanitaires de nos résidents.

Il manque cependant une équipe mobile permettant de réaliser dans l'établissement des explorations techniques complexes (électroencéphalogramme, polysomnographies, examens ophtalmologiques) chez les résidents pour lesquels l'habitation ne permet pas de les réaliser correctement en milieu médical extérieur.

On regrette également l'absence de solutions d'hospitalisations somatiques ou psychiatriques adaptées à la population des adultes autistes pour mettre en place les explorations et les traitements indiqués en toute sécurité face à des situations comportementales dangereuses.

Par ailleurs, pour faire face aux situations d'urgence, l'établissement met en place pour chaque résident un **Dossier de Liaison d'Urgence** permettant d'informer rapidement les partenaires des problèmes de santé (antécédents, allergies, traitements en cours, vaccinations) et des principales spécificités de communication. Ces documents sont en cours d'inclusion dans le DMP informatique des patients associé à la Carte Vitale.

7. L'EVALUATION

L'évaluation est un processus qui permet de recueillir les informations nécessaires permettant l'amélioration du développement et de la qualité de vie des personnes accueillies. Elle permet de connaître le profil de la personne (avec ses points forts, ses points de difficultés et son potentiel d'évolution) à un temps T. Grâce à cela, des aménagements de l'accompagnement et de l'environnement sont alors possibles.

Les modalités de réalisation des évaluations sont les suivantes :

- Interroger directement la personne lorsque cela est possible
- Observer la personne (salle d'évaluation ou environnement écologique (lieu de vie, atelier, domicile familial...))
- Interroger les personnes significatives de son environnement (réfèrent, famille)

Les résultats des évaluations sont partagés avec la famille de la personne concernée afin de partager le plus objectivement possible les informations concernant le potentiel et les particularités de la personne, ce qui participe à avoir une représentation commune des besoins de la personne (besoins pouvant être différents en fonction des endroits fréquentés) permettant d'envisager des objectifs de travail et d'accompagnement partagés, qui seront validés lors du contrat de séjour.

7.1. LES DIFFERENTS OBJECTIFS

- Appréhender la situation globale de la personne avec autisme et de sa famille, en déterminant le potentiel présent (émergences) chez cette première ainsi que ses ressources (points forts) et ses capacités adaptatives et déterminer ses besoins.
- Poser un diagnostic
- Connaître le niveau de développement de la personne avec autisme dans les principaux domaines de fonctionnement
- Estimer, en fonction de son profil, les types d'accompagnement que l'on va proposer et donc déterminer les interventions thérapeutiques et éducatives à mettre en place (projet individualisé)
- Evaluer l'impact sur la qualité de vie de la personne de handicap(s) associé(s) dans différentes dimensions (motricité, intégration sensorielle de l'information, perceptions sensorielles, niveau d'anxiété, labilité émotionnelle...)
- Réajuster le projet individualisé au fur et à mesure de l'évolution (évaluations faisant suite aux objectifs mis en place)
- Evaluer son état de santé.

7.2. LES DIFFERENTS TYPES D'EVALUATION

7.2.1. Les évaluations formelles

Elles permettent d'obtenir le profil de la personne à un instant en mettant en avant à la fois ses ressources ainsi que ses particularités de fonctionnement afin de favoriser le recours et/ou l'apprentissage de stratégies lui permettant de s'adapter au mieux à son environnement afin d'être le plus indépendant possible au quotidien. Au sein de l'établissement, une évaluation formelle des capacités, du potentiel et des particularités cognitives de chacun des résidents est réalisée régulièrement par la psychologue, dans le cadre de son projet individualisé.

Pour ce faire, nous utilisons des outils psychométriques, complétés par des observations en situation naturelle. Le choix du contenu de l'évaluation, en particulier des outils utilisés sera réalisé en fonction des besoins du résident et des questions qui découlent des observations faites lors des derniers mois.

Ainsi il est essentiel de se tenir au courant des outils spécifiques, adaptés pour l'évaluation des compétences des personnes atteintes d'autisme, tout en prenant en compte leurs particularités et de leur âge chronologique.

Néanmoins, ces tests spécifiques ne sont pas toujours suffisants pour mesurer l'ensemble des dimensions nécessaires à la réalisation du profil de chacune des personnes concernées.

En effet, les adultes accueillis présentent souvent des difficultés attentionnelles, voire des comportements inadaptés avec le matériel (comportements de picas, stimulations sensorielles...). De plus, du fait de la présence d'autisme, ils peuvent présenter des difficultés de compréhension des consignes verbales. Cela rend l'utilisation de certains outils d'évaluations non spécifiques, par exemple des batteries d'évaluation du fonctionnement cognitif pour adultes, très difficile. Ainsi, afin d'objectiver les compétences et/ou le potentiel présent dans certaines dimensions, il est parfois nécessaire d'adapter les critères de passation de certains outils qui ne seront donc pas utilisés dans leurs conditions de validations. Par exemple, nous préférons la batterie d'évaluation du fonctionnement cognitif de Kaufman (K-ABC II) aux batteries de Wechsler (adultes et enfants) car cette première batterie est présentée de manière plus visuelle et structurée, ce qui permet de comprendre certaines consignes sans avoir recours au verbal, et convient mieux aux personnes atteintes d'autisme, du fait de leurs particularités. Néanmoins, nous ne feront donc pas référence à un étalonnage quelconque.

De plus, certains résidents sont reçus régulièrement par la psychologue dans le cadre d'entretiens individuels (à base d'échanges verbaux et de visualisation) en lien avec des problématiques d'anxiété et d'angoisses, parfois massives. Les éléments recueillis dans le cadre de ces entretiens (échanges verbaux mais également observation des signes cliniques) ainsi que par la synthèse des observations informelles réalisées par les différents professionnels de l'établissement participent également au processus d'évaluation.

De même, certains adultes vont avoir des difficultés motrices. Il est alors parfois nécessaire d'ajuster certains outils afin de pouvoir évaluer le potentiel de la personne, ce qui permet également de mettre en avant les stratégies d'adaptation pouvant permettre la réalisation d'une tâche.

Il faut également construire des grilles permettant d'évaluer plus finement et de manière plus objective certaines tâches. En effet, il faut parfois décrire de manière très précise les différentes sous-étapes nécessaires à la réalisation de chaque tâche afin d'avoir une vision plus objective à la fois du degré d'efficacité de la personne, mais aussi de pouvoir objectiver son degré d'évolution. Ce dernier point est particulièrement pertinent pour des personnes présentant des déficits très sévères car sinon, il est souvent difficile d'observer une évolution.

7.2.2. Les outils du processus d'évaluation :

Outils utilisés sur l'établissement	Usage (enfant, adolescent, adulte)	Niveau de développement (verbal ou langage non fonctionnel)	Mode de passation	Domaine(s) évalué(s)
Outils d'aide au diagnostic de la triade autistique				
CARS	Enfants, adolescents, adultes	Tous niveaux	Outil d'observation mixte (directe et indirecte) structuré de la personne	<ul style="list-style-type: none"> -Relations sociales -Utilisation du corps -Utilisation des objets -Réponses émotionnelles -Communication verbale et non verbale -Imitation -Adaptation aux changements

				<ul style="list-style-type: none"> -Réponses visuelles -Réponses auditives -Goût, odorat, toucher -Peur, anxiété -Niveau d'activité -Niveau intellectuel et homogénéité du fonctionnement -Impression générale
Tests classiques pour l'évaluation du niveau intellectuel et de l'adaptation sociale				
WAIS III	Adolescents, adultes, personnes âgées	Verbal (bonne compréhension des consignes complexes et bon niveau d'expression)	Administration directe au sujet	QI Total QI Performance QI Verbal Quatre indices : -Indice de compréhension verbale, -Indice d'organisation perceptive, -Indice de mémoire de travail, -Indice de vitesse de traitement
MEM III	Adolescents, adultes, personnes âgées	Verbal (bonne compréhension des consignes complexes et bon niveau d'expression)	Administration directe au sujet	-Mémoire Immédiate (auditive, visuelle) -Mémoire Générale (différée), (auditive, visuelle et reconnaissance auditive) -Mémoire de Travail
WNV	Enfants, Adolescents, adultes	Verbal ou non verbal	Administration directe au sujet	-note T par subtest (rend compte du fonctionnement cognitif général du sujet)

Matrices de Raven	Enfants, adolescents, adultes	Verbal ou non verbal	Administration directe au sujet	Niveau d'intelligence fluide
K-ABC II	Enfants, adolescents, adultes	Verbal ou non verbal	Administration directe au sujet	Note standard aux 3 indices : -indice de processus mentaux -indice Fluide-Cristallisée -indice non verbal
Vineland I&II (VABS I et II)	Enfants, adolescents, adultes	Tous niveaux	Questionnaire auprès d'une personne familière	Communication (réceptive, expressive, écrite) Autonomie (personnelle, domestiques, sociale) Interactions sociales (Relations interpersonnelles, loisirs, capacités d'adaptation) Comportements inadaptés
Tests spécifiques à l'autisme et à la déficience intellectuelle élaborés pour l'évaluation du fonctionnement cognitif et socio-adaptatif				
AAPEP	Adolescents, adultes	Tous niveaux	Administration directe au sujet	Compétences Professionnelles, Autonomie, Communication fonctionnelle, Activités de loisirs, Comportement Professionnel, Comportement interpersonnel
EFI	Adolescents, adultes	Tous niveaux, particulièrement adapté pour déficience sévère associée	Administration directe au sujet	Communication réceptive, Communication expressive, Travail de bureau, Travail ménager, Autonomie personnelle, Activités de loisirs.

ComVoor	Enfants, adolescents, adultes	Niveau de développement situé entre 12 et 60 mois	Administration directe au sujet	Communication réceptive (type d'outil et niveau d'attribution de la signification)
Echelles spécifiques pour l'évaluation et l'observation des comportements d'adultes avec autisme				
EPOCAA	Adolescents, adultes	Verbal ou non verbal	Outil d'observation mixte (directe et indirecte) structuré de la personne	Typologie des comportements inadaptés présentés, degré d'intensité et fréquence
IMPACT	Adultes	Verbal ou non verbal	Outil d'observation mixte (directe et indirecte) structuré de la personne	Analyse fonctionnelle des comportements défis
ABC	Enfants, adolescent, adultes	Tous niveaux	Questionnaire auprès d'une personne familière	Comportements inadaptés et impact sur le quotidien
Test spécifiques aux personnes avec déficience intellectuelle pour l'évaluation des intérêts professionnels				
EVI-CAT	Adolescents, adultes	Verbal ou non verbal	Administration directe au sujet	Degré d'intérêt pour différentes tâches dans le domaine du travail adapté et du quotidien

Nous complétons les évaluations par des observations consignées dans des grilles spécialement conçues pour répondre aux questions soulevées, ainsi qu'à des fiches de travail réalisées en interne.

Nous envisageons le recours au Profil Sensoriel de O. Bogdashina concernant la réalisation du profil sensoriel des personnes accueillies sur l'établissement, afin d'envisager de nouvelles pistes d'accompagnement et d'ajuster celles qui sont existantes.

En ce qui concerne l'évaluation des compétences en lien avec les perceptions sociales, nous envisageons l'utilisation des items de ce domaine contenu dans la NEPSY afin de compléter les données recueillis à la fois dans la Vineland II, l'AAPEP et lors des observations informelles.

7.2.3. Les évaluations informelles :

- Observations qui ont lieu dans un environnement naturel, réalisées par les parents et les professionnels afin de mieux connaître les compétences de la personne et de mesurer l'efficacité d'une intervention
- Description de ce que la personne est capable de faire (en terme mesurables et observables), dans quel contexte (activité, moment de la journée, aide apportée, lieu, avec qui, avec quel matériel...)
- Préciser les critères de réussite (afin de déterminer à quel moment la personne aura atteint l'objectif)

Au sein de l'établissement ces **évaluations informelles** sont réalisées par tous au quotidien :

- observations maison, ateliers, entretiens individuels,

- utilisation de l'outil informatisé de transmission des informations : le **PSI** (*Projet de Soins Informatisé*) : permettant une présentation, un suivi et une évaluation du résidant dans son lieu de vie.

Cet outil permet l'accès :

- **aux transmissions ciblées** (interpeler le milieu soignant sur un problème de santé du résident, la psychologue concernant l'analyse fonctionnelle des comportements problèmes),
- **à intranet** (interpeler un professionnel sur un point précis),
- **à la relève** : évaluation quotidienne du résident dans différentes catégories prédéfinies (communication, interactions sociales, sexualité, sensorialité, gestion du temps libre, activités, santé, sommeil, familles, séjours) et évaluation quotidienne du résident en lien avec les 2 objectifs retenus en réunion point toutes les 8 semaines.

Les différents éléments retenus lors de ces évaluations informelles sont synthétisés par le référent du résident lors de la **réunion point** (équipe pluridisciplinaire de la maison du résident concerné et psychologue) qui a lieu toutes les 8 semaines. Les données sont partagées, analysées et les objectifs de travail sont conceptualisés avec l'aide de la psychologue. Ceux-ci sont ensuite déclinés de manière opérationnelle en **réunion cohérence** avec la coordinatrice.

Les observations informelles en lien avec les comportements problèmes recueillis dans les transmissions ciblées sont synthétisées et analysés par la psychologue dans le cadre d'un processus d'analyse fonctionnelle simplifiée et sont ensuite partagées avec l'équipe médicale (infirmières, médecin psychiatre) et d'encadrement (directeur, chef de service, coordinatrice et psychologue) en complément des synthèses concernant l'évolution des résidents, réalisées par les éducateurs spécialisés de chacune des maisons.

8. LE PROJET INDIVIDUEL DU RESIDENT

La loi du 2 janvier 2002 rénove et modernise le secteur social et médico-social. Elle indique la nécessité de l'évaluation dans ce secteur, autant du côté de l'utilisateur que de la pratique des professionnels.

Les établissements et services mentionnés à l'article L 312-1 de cette loi doivent, depuis sa promulgation, procéder à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent. Ils sont en cela guidés par des recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Cette loi conduit à une exigence de qualité qui implique en outre une auto-évaluation tous les cinq ans et une évaluation par un organisme extérieur tous les dix ans.

Elle se base sur cinq orientations :

- Affirmer et promouvoir les droits des usagers
- Diversifier les missions et les offres en adaptant les structures aux besoins
- Pilotage du dispositif : Mieux articuler planification, programmation, allocation de ressources, évaluation
- Instaurer une coordination entre les différents acteurs
- Rénover le statut des établissements publics.

La loi de 2002 insiste sur la personnalisation de l'accompagnement de la personne en vue de la rendre actrice :

Art. L. 311-3. 3 -L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne prise en charge par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Dans le respect des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, lui sont assurés :

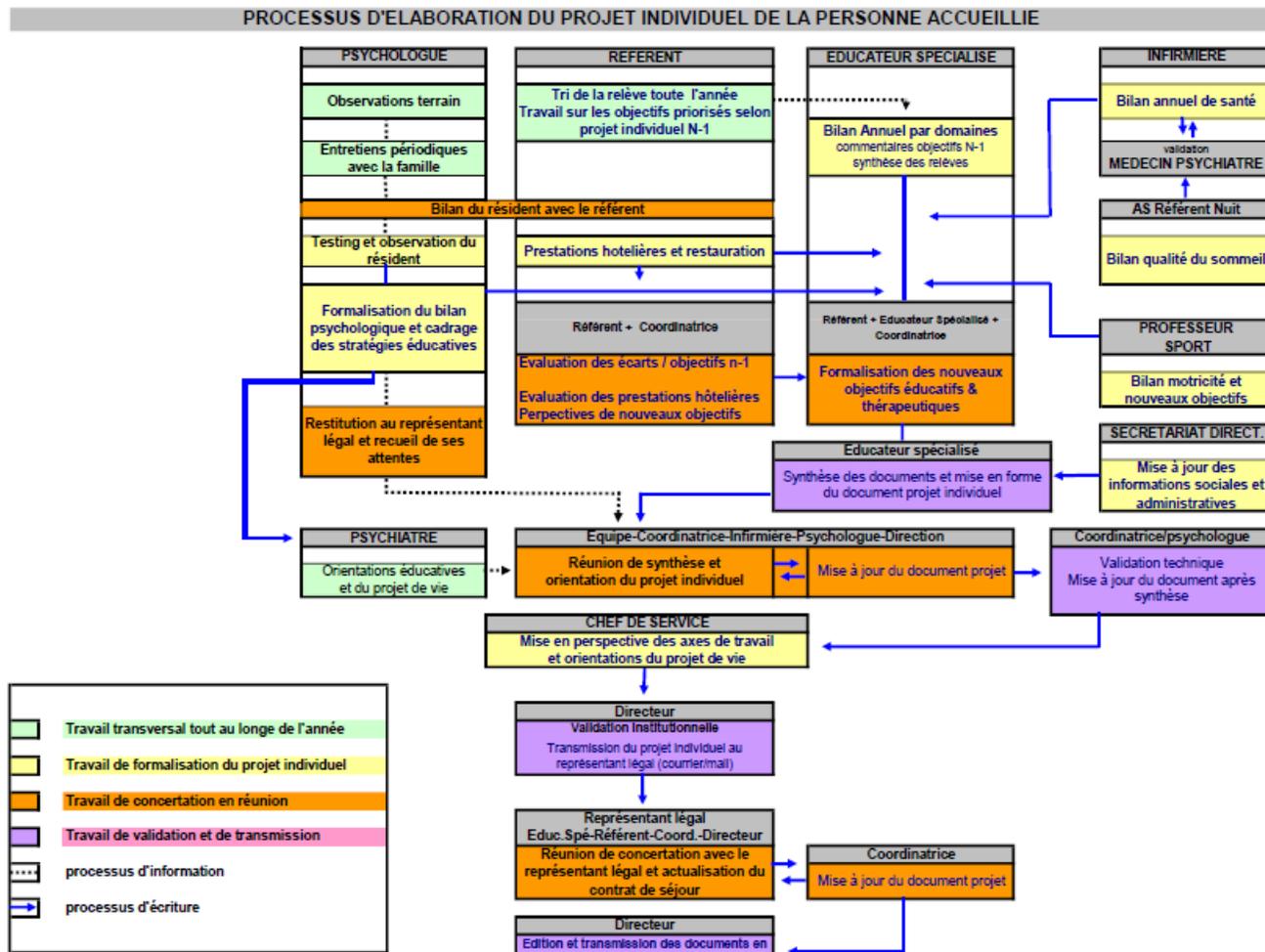
1. Le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité et de sa sécurité ;
2. Sous réserve des pouvoirs reconnus à l'autorité judiciaire et des nécessités liées à la protection des mineurs en danger, le libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes soit dans le cadre d'un service à son domicile, soit dans le cadre d'une admission au sein d'un établissement spécialisé ;
3. Une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins, respectant son consentement éclairé qui doit systématiquement être recherché lorsque la personne est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. A défaut, le consentement de son représentant légal doit être recherché ;
4. La confidentialité des informations la concernant ;
5. L'accès à toute information ou document relatif à sa prise en charge, sauf dispositions législatives contraires ;
6. Une information sur ses droits fondamentaux et les protections particulières légales et contractuelles dont elle bénéficie, ainsi que sur les voies de recours à sa disposition ;
7. 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.

Dans ses recommandations de bonnes pratiques l'ANESM précise que « Les attentes de la personne et le projet personnalisé » promeut l'expression et de participation de l'utilisateur dans la conception et la mise en œuvre de son projet de vie. Il s'agit donc pour les professionnels :

- de créer un cadre facilitant une expression différenciée des attentes : celles de la personne, celles de ses proches, celles du représentant légal.
- de prendre en compte les attentes de la personne vis-à-vis des professionnels (ces attentes peuvent être explicites ou implicites),
- d'aider la personne à affiner sa compréhension de sa situation, exprimer ses attentes et de construire avec elle le cadre d'un accueil et d'un accompagnement personnalisé.

Pour que la personne ait toutes les chances de s'exprimer autour de son projet (attentes, choix...) cela nécessite un accompagnement personnalisé de la part des professionnels. En effet, il doit être recherché que la personne soit préalablement associée à l'objectif de cette démarche. En fonction de son niveau de développement cognitif, des moyens de communication doivent être mis à sa disposition (pictogrammes, photographies, termes employés par la personne...).

Il s'agit donc pour les professionnels de questionner régulièrement leurs observations, de les mutualiser dans des espaces interprofessionnels pour tendre vers une analyse au plus près de la réalité de la personne accueillie.



Un référent de la personne accueillie est nommé pour suivre de manière privilégiée la mise en œuvre de son projet individuel. Il joue un rôle important dans la récolte et la diffusion d'informations en interne.

Toutes les 8 semaines il a un temps dédié pour analyser les relèves et les évaluations par rapports aux objectifs défini en réunion point.

Conjointement avec l'éducateur spécialisé de l'unité de vie, co-référent de chaque résident accueilli sur celle-ci, il veille :

- à la qualité de l'information transmise à la famille ou au représentant légal.
- à la mobilisation des moyens dédiés à la mise en œuvre des objectifs éducatifs
- à la qualité de vie du résident au sein de l'établissement
- à promouvoir toute action de bienveillance et de bonnes pratiques auprès du résident dont il a la référence.

9. GESTION DES EMPLOIS ET DES COMPETENCES

9.1. COMPOSITION DE L'EQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE

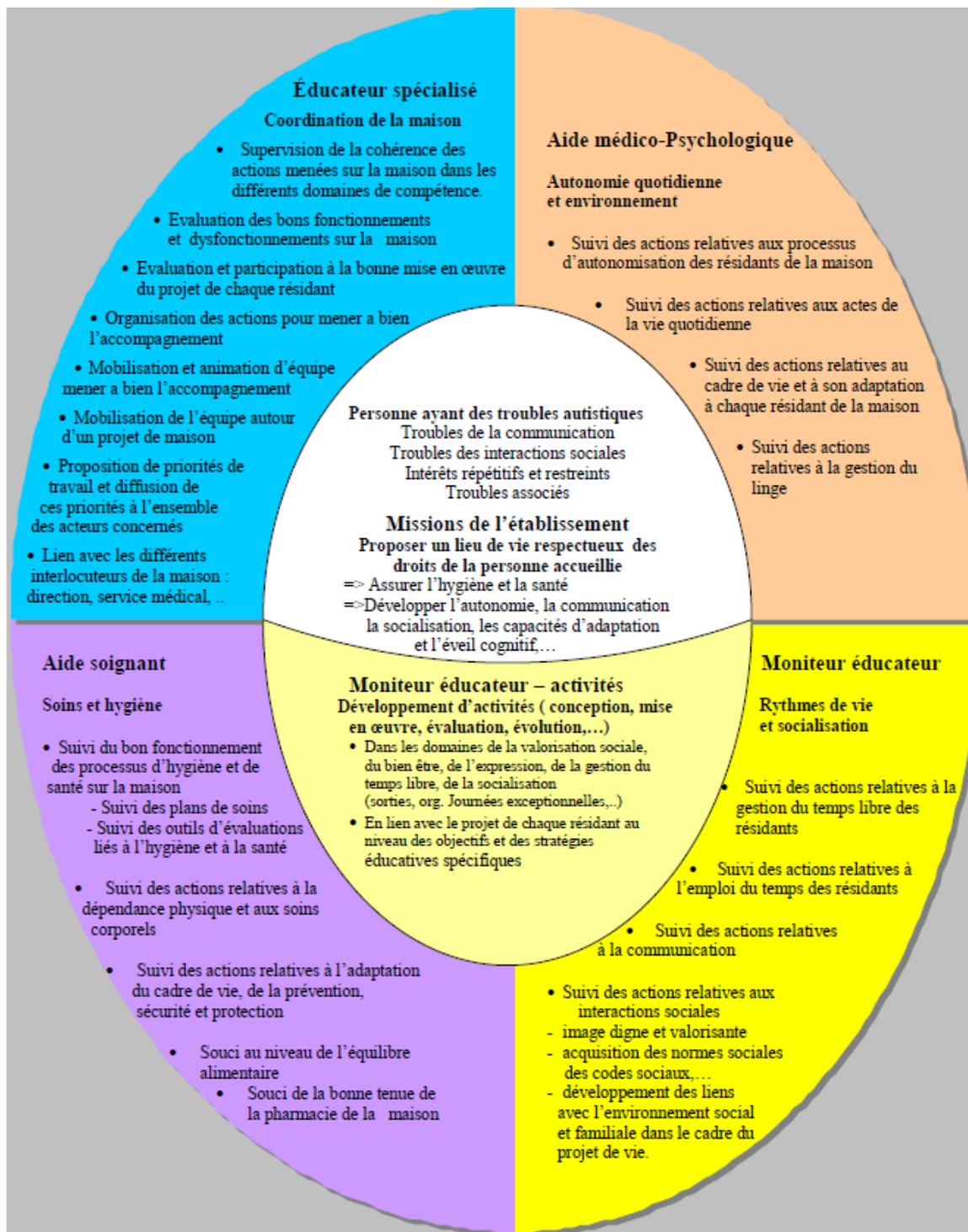
Les emplois occupés au sein de la MAS Le Sabla s'organisent selon le schéma fonctionnel suivant en s'appuyant sur des fiches de poste précises :

Domaine	Fonction	Commentaires
Direction Encadrement	Directeur Directeur Adjoint	<i>La permanence de la fonction de direction est assurée par une sujétion d'astreinte en roulement hebdomadaire</i>
Gestion Administration :	Secrétaire comptable	<i>La gestion sociale et la gestion comptable sont externalisées auprès d'un cabinet comptable</i>
Médical	Médecin psychiatre, Psychologue, Infirmière	
Accompagnement	Educateur coordinateur (cadre technique) Educateur spécialisé (ES) Moniteur éducateur (ME) Aide médico-psychologique (AMP) Aide soignant (AS)	<i>Chacune des 4 unités de vie est pilotée par un éducateur autour d'une équipe composée de 1 ME ; 2 AMP ; 1 AS spécialisé</i>
Activités	Moniteur éducateur (ME)	<i>4 ME assurent le suivi régulier des ateliers d'activités (protocolisation, formalisation des schémas séquentiels, évaluation et traçabilité des objectifs priorités)</i> <i>1 AMP assure le suivi des activités d'inclusion sociale hors les murs</i>
Activités sportives	Professeur EPS adaptée Moniteur d'activités physiques	
Services généraux	Ouvrier qualifié Agent de service intérieur ménage Agent de service intérieur buanderie	<i>Le personnel de restauration est mis à disposition de l'établissement dans le cadre d'une prestation de service assurée par une entreprise de restauration collective</i>

9.2. PLURIDISCIPLINARITE

Les fonctions métiers répondent aux critères de niveau de formation et de qualification conventionnels

Axes de vigilance par domaines de compétences



9.3. PILOTAGE ET ENCADREMENT DES PRATIQUES

DIRECTEUR			
Garant de la mise en œuvre du projet d'établissement dans le respect des valeurs associatives et des textes régissant le fonctionnement des établissements médico-sociaux >Dirige et coordonne l'action de l'équipe de direction >Evalue la pertinence de l'organisation fonctionnelle et définit les orientations stratégiques de développement			
PSYCHOLOGUE	COORDINATRICE	CHEF DE SERVICE	MEDECIN PSYCHIATRE D'ETABLISSEMENT
<p>Objectifs de la fonction :</p> <p>Construire un étayage théorique au développement du projet d'établissement</p> <p>Evaluer formellement les compétences des résidents</p> <p>Participer à l'évaluation des besoins des résidents</p> <p>Orienter les stratégies éducatives à mettre en œuvre</p> <p>Apporter un appui conceptuel et méthodologique aux équipes</p> <p>Contribuer à la formalisation des projets individuels des résidents</p> <p>Apporter une écoute et un soutien aux résidents</p> <p>Informier et conseiller les familles des résidents</p>	<p>Objectifs de la fonction :</p> <p>Contribuer à la déclinaison opérationnelle et au développement du projet d'établissement</p> <p>Accompagner les équipes dans la compréhension et la mise en œuvre des stratégies éducatives décidées</p> <p>Piloter la mise en œuvre des outils pédagogiques</p> <p>Apporter un soutien technique opérationnel aux équipes</p> <p>Contribuer à la formalisation des projets individuels des résidents</p> <p>Veiller à la généralisation des bonnes pratiques professionnelles</p> <p>Renseigner les outils visant l'optimisation et la qualité des prestations médico-sociales proposées aux résidents</p>	<p>Objectifs de la fonction :</p> <p>Mettre en place les moyens humains et matériels nécessaires à la déclinaison des stratégies éducatives</p> <p>Planification et organisation du travail de l'équipe socio-éducative</p> <p>Contribuer à la formalisation des outils de pilotage de l'établissement</p> <p>Identifier et réduire les écarts opérationnels et fonctionnels au niveau des maisons et des activités</p> <p>Accompagner les ES dans l'élaboration et la conduite de projets</p> <p>Apporter un appui technique fonctionnel aux équipes</p> <p>Animer le processus de formalisation des projets individuels des résidents</p> <p>Veiller à la généralisation des bonnes pratiques professionnelles</p> <p>Coordonner les pratiques professionnelles des personnels socio-éducatif et soignant</p> <p>Optimiser la coopération familles/établissement autour du projet individualisé.</p>	<p>Objectifs de la fonction :</p> <p>Assurer le suivi médical des résidents pour les pathologies justifiant le placement en MAS</p> <p>Evaluer la pertinence des traitements en cours en fonction de la symptomatologie</p> <p>Prescrire selon une posologie minimum efficace</p> <p>Veiller à la cohérence des prises en charges thérapeutiques</p> <p>Coordonner la complémentarité des acteurs de santé</p> <p>Contribuer à la meilleure prise en compte possible des besoins physiologiques, affectifs et sociaux des résidents</p> <p>Contribuer à l'évolution et à l'enrichissement du projet de vie des résidents</p> <p>Contribuer à la formalisation des projets individuels des résidents</p> <p>Permettre aux équipes de mieux appréhender les singularités de l'accompagnement des résidents</p> <p>Aider et conseiller les familles selon les besoins identifiés</p>

9.4. Accompagnement méthodologique des équipes éducatives

Il est assuré par les deux cadres techniques de l'établissement :

- Educatrice coordinatrice
- Psychologue clinicienne

9.4.1. Rôle spécifique de l'éducatrice coordinatrice

- Impulser une analyse des situations basée sur des connaissances théoriques dans le domaine de la psychologie, de la sociologie et de l'éducation.
- Participer de façon effective à l'accompagnement éducatif et social du résident et au fonctionnement quotidien de l'établissement.
- Veiller à la réalisation des projets d'accompagnements et les valider techniquement auprès de la Direction.
- Mobiliser les ressources de l'environnement de la personne ou du groupe.
- Mettre en place et adapter des actions et des outils éducatifs spécialisés visant à favoriser le développement de la personne accueillie.
- Veiller au maintien d'une image digne et valorisante de la personne.
- Adapter les stratégies éducatives aux compétences mobilisables de la personne et à leur état de santé.
- Coordonner les équipes éducatives pour la mise en place du travail éducatif.

- Transmettre ses observations, ses hypothèses et ses propositions d'actions en utilisant l'organisation et les outils existants.
- Animer auprès des équipes l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation du projet d'accompagnement.
- Transmettre ses observations dans le cadre de l'ajustement du projet d'établissement et l'évaluation de la qualité des prestations.
- Superviser le tutorat des stagiaires

9.4.2. Rôle spécifique de la psychologue clinicienne

- Impulser auprès des équipes une analyse des situations basée sur des connaissances théoriques dans le domaine de la psychologie, de la sociologie et de l'éducation.
- Contribuer à la diffusion des connaissances dans le domaine de l'autisme et des pratiques recommandées par l'ANESM
- Animer une réflexion partagée à partir des observations de terrain des équipes
- Transmettre aux équipes les recommandations pédagogiques à partir des évaluations psychotechniques réalisées

9.5. L'ENTRETIEN ANNUEL INDIVIDUEL DU SALARIE

C'est un moment important pour faire le point avec chaque salarié notamment dans le domaine de l'évaluation de ses besoins (accompagnement et formation)

Chaque année il y a un axe commun (compréhension de l'organisation – perception de la démarche qualité- lutte contre la maltraitance dans le cadre de la démarche qualité) pour lequel on mesure la compréhension, ce qui nous permet d'apporter de l'information complémentaire.

D'autres aspects plus individuels sont évoqués (bien être ou mal être au travail, projets, etc....).

9.6. FORMATIONS

Le plan de formation annuel est formalisé en concertation avec les IRP et l'association gestionnaire.

Le plan de formation du personnel s'articule dans une perspective de renforcement du socle de connaissance de l'autisme notamment au travers d'une consolidation des acquis et l'évaluation de l'efficacité des pratiques professionnelles au regard des recommandations en matière d'accompagnement des personnes avec autisme.

- -promouvoir la bientraitance
- -gestion des comportements problèmes
- -interventions pratiques (stratégies éducatives)

D'autres axes de formations peuvent être programmés afin de répondre aux obligations sécuritaires applicables à l'établissement (sécurité incendie, évacuation, secourisme)

10. AMELIORATION DE LA QUALITE ET PLAN D' ACTIONS QUINQUENNAL

En cohérence avec les recommandations d'amélioration de la qualité de service énoncées par l'ARS (inspection du 04/10/2012) nous retenons les axes de progrès suivants :

- Mettre en conformité le projet d'établissement conformément à l'article D344-5-5 du CASF
- Renforcer les formes de participation des usagers et de leurs représentants conformément au décret 2004-287 du 25/03/04 relatif au conseil de la vie sociale.
- Mise en place des dispositions de la circulaire du 23/07/10 relative à la maltraitance dans les ESMS

En complément des évolutions de mise en conformité règlementaire, notre plan d'actions quinquennal visera également :

- la poursuite du travail autour du projet numérique
- l'évaluation du profil sensoriel des résidents
- l'amélioration de la structuration éducative sur les temps d'apprentissages
- le développement des activités inclusives à l'extérieur et en particulier autour des médiations sportives
- l'amélioration des facteurs environnementaux susceptibles de renforcer l'autonomie et l'indépendance des résidents
- la réduction des sources d'inconfort somatique par la prévention et l'amélioration du cadre de vie
- le renforcement des savoirs faire et de l'efficience des pratiques professionnelles face aux comportements-problèmes
- la diffusion, la bonne connaissance et la maîtrise de mise en œuvre des protocoles d'accompagnement
- la systématisation des échanges professionnels/familles dans les différents domaines de prise en charge (éducatif, vie quotidienne, santé)