PROJET DE SERVICE

SAMSAH - SAVS Nîmes (30)

2018-2022

125 rue de l'hostellerie Parc Actiplus Bât C

30900 Nîmes

Direction des services : Annie DEBRUYERE

N° Finess SAMSAH : 30 000 88 69

N° Finess SAVS : 30 001 25 31

N° SIRET : 775 688 732 11225

Travaux accompagnés par

Nathalie MARTINEZ, Conseillère technique CREAI-ORS LR

14 septembre 2018 , validé par le Directeur Régional procédure APF France Handicap

SOMMAIRE

1. L'histoire des services 5
1.1. L'association gestionnaire 5
1.2. Statuts juridiques 5
1.3. L'historique des structures 6
2. Le cadre reglementaire et les definitions 7
2.1 Les textes législatifs et règlementaires de référence s'appliquant à la catégorie de structure concernée 7
2.2 L'inscription des services dans les orientations du schéma départemental pour les personnes en situation de handicap 8
3. utilité sociale et définition de la population accueillie 10
3.1 La définition de la population accompagnée 10
La desserte géographique 11
3.2 L'utilité sociale auprès des usagers 11
3.3 Auprès des familles et de l'entourage 12
3.4. Auprès de l'environnement : la dimension citoyenne 12
3.5. Les partenariats, les coopérations et les réseaux 13
3.5.1. Avec le secteur sanitaire : conventions et partenariats 13
3.5.2. Les partenariats avec le secteur médicosocial 14
3.5.3. Avec le secteur social 14
3.5.4. Avec le secteur associatif (partenariats et convention) 14
3.5.5. Avec le secteur professionnel 15
3.5.6. L'appartenance à des réseaux 15
3.6. La démarche continue d'amélioration de qualité 15
3.6.1. Présentation de la démarche d'amélioration qualité 15
3.6.2. Plan d'amélioration qualité 16
1-Favoriser la bientraitance et renforcer la sécurité 16
2-Favoriser la communication 17
3-Améliorer le parcours de l'Usager 18
4- Réactualiser le projet de service 19
5- Renforcer l'organisation du service en matière de ressources humaines 20
6-Réactualisation des outils de la loi 2002 21
7-Développer le réseau des partenaires 21
8- Optimiser l'outil d'accompagnement Dossier Unique de l'Usager 22
9- Mettre en place la gestion documentaire 22
4. Les prestations proposées par les services 23

4.1 Le cadre réglementaire 23
4.2 Les prestations 23
4.2.1 Exercice des droits et rôles sociaux 23
4.2.2 Participation sociale 25
4.2.3 Santé, soins et prendre soin 29
1.1 Objectifs 29
1.2 Mise en œuvre 29
4.2.4 L'accompagnement à la participation sociale 35
5. L'organisation de l'accompagnement 37
5.1. La procédure d'admission 37
5.2 La procédure relative au projet personnalisé (*dès lors que l'admission est prononcée)* 38
5.3 La procédure relative au projet personnalisé *(dans le cas d'une réactualisation du projet)* 39
5.4. Les procédures relatives à la sortie 40
5.4.1. dans le cas d'une sortie anticipée 40
5.4.2. dans le cas d'une aggravation de la maladie 41
5.4.3. dans le cas d'une réorientation vers une structure médicosociale consécutive aux limites du domicile 42
5.4.4. dans le cas d'un décès 43
Formulaire pour la rédaction du projet personnalisé 44
7. L'organisation MANAGERIALE (AXE ORGANISATIONNEL) 45
7.1 L'organigramme 45
7.1.1. L'organigramme hiérarchique 45
7.1.2. L'organigramme général traduit en ETP 45
7.2 La cartographie des réunions 46
7.3 La trame des fiches de poste 51
8. Les axes de developpement du projet a 5 ans (PERSPECTIVES) 54
8.1. La communication et l'association des usagers 54
8.2. La question autour de l'agrément 54
8.3. L'habitat inclusif 54
8.4. La parentalité 55
8.5. La formation des professionnels 55
9. Les ANNEXES 56
Le livret d'accueil 56
Le règlement de fonctionnement 56
La plaquette de présentation des services 56
Le projet d'accompagnement 56

Le contrat de séjour 56
La charte de l'APF 56

1. L'HISTOIRE DES SERVICES

Conformément à l'article L.311-1 du CASF définissant les missions de l'action sociale et médicosociale, le projet de service fait explicitement référence aux valeurs et à l'histoire de l'association gestionnaire.

1.1. L'association gestionnaire

L'Association APF France Handicap a pour objet de promouvoir la défense des droits et libertés des personnes en situation de handicap avec la mise en œuvre de solutions d'accompagnement innovantes et concrètes au plus proche de leurs besoins et de leurs attentes.

Elle est engagée dans la lutte contre les discriminations, pour l'égalité des droits, la citoyenneté, la solidarité, la réduction des inégalités, la participation sociale et le libre choix du mode de vie des personnes en situation de handicap et leurs proches.

APF France Handicap est l'un des acteurs incontournables dans le domaine du handicap grâce à la diversité de ses activités, à ses 100 000 acteurs : adhérents, militants, élus, usagers, salariés, bénévoles et volontaires et à ses structures de proximité : délégations, établissements et services, entreprises adaptées.

Quelques chiffres émanant du rapport annuel d'activité 2017 de l'APF France Handicap :

- 360 Etablissements et services Médico-sociaux adultes/enfants
- 50 Structures de travail (ESAT et EA)
- 96 Délégations départementales
- 25 300 Adhérents
- 25 000 Bénévoles
- 13 600 Salariés

Le projet associatif 2018-2023 « Pouvoir d'agir, pouvoir Choisir » détermine 5 axes stratégiques :

- Être acteur d'une société inclusive et solidaire
- Rendre les droits effectifs
- S'engager pour l'autonomie et l'autodétermination des personnes
- Renforcer notre dynamique participative
- Construire ensemble pour être plus forts

Le SAVS et le SAMSAH s'inscrivent dans les axes stratégiques déterminés dans le projet associatif, qui seront mis en évidence dans la déclinaison des prestations proposées.

1.2. Statuts juridiques

L'APF France Handicap, créée en 1933 et reconnue d'utilité public en 1945, est un mouvement national de défense et de représentation des personnes en situation de handicap moteur, et de leur famille. C'est une association relevant de la loi de 1901.

1.3. L'historique des structures

APF France Handicap a reçu un agrément en Décembre 2005 au regard du projet déposé pour la création d'un service d'accompagnement à la vie sociale de 75 places, et un service d'accompagnement médico-social pour adulte handicapé de 25 places sur une couverture géographique départementale.

En janvier 2006, la mise en fonctionnement des services est actée.

De 2006 à 2008 : une direction autonome, l'organisation de la gouvernance des services sera modifiée en septembre 2008, l'Association, à cette date mutualise le poste de direction sur l'ensemble des structures médico-sociales du Gard, le pôle enfants comprenant un SESSAD de 39 places réparties sur deux sites géographiques Alès et Bagnols sur Cèze, et le pôle adultes comprenant le SAVS et le SAMSAH agrément conjoint de 100 places.

Cette réorganisation sera validée par les autorités de tarification conjointe l'Agence Régionale de Santé et le Conseil Départemental du Gard (en 2009 Conseil Général).

On ne note pas d'évolutions significatives depuis l'ouverture du SAVS-SAMSAH en 2006, néanmoins progressivement les moyens en personnel ont été renforcés soit :

- Le SAVS :
  - À l'ouverture en 2006, moyens accordés en personnel : 2.10 ETP
  - En 2018, moyens accordés en personnel : 3.20 ETP
- Le SAMSAH :
  - À l'ouverture en 2006, moyens accordés en personnel : 3.90 ETP
  - En 2018, moyens accordés en personnel : 8.10 ETP

Dès l'ouverture des structures, une dynamique de mise en réseau et d'articulation avec le secteur sanitaire s'est instauré au regard du public accompagné et des besoins en soins au profit des usagers du SAMSAH, et pour le SAVS un rapprochement auprès des acteurs du secteur social et les gestionnaires de l'habitat Gardois.

<u>Depuis sa création les services d'accompagnement SAVS et SAMSAH présentent une occupation des places financées à 100%, et des listes d'attente constantes d'environ cinq situations</u>.

Le personnel est constant, on note aucun poste vacant.

2. LE CADRE REGLEMENTAIRE ET LES DEFINITIONS

2.1 Les textes législatifs et règlementaires de référence s'appliquant à la catégorie de structure concernée

- La loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 de rénovation de l'action sociale et médicosociale.

- La loi n° 2005-102 du 11 février 2005 « pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées » dite loi handicap.

- L'article L.311-8 du Code de l'Action Sociale et des Familles
  Cet article prévoit que « pour chaque établissement ou service social ou médicosocial, il est élaboré un projet d'établissement ou de service, qui définit ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement. Ce projet est établi pour une durée maximale de cinq ans après consultation du Conseil de la Vie Sociale ou, le cas échéant, après mise en œuvre d'une autre forme de participation. »

- Le décret n° 2005-223 du 11 mars 2005 relatif aux conditions d'organisation et de fonctionnement des services d'accompagnement à la vie sociale et des services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés.

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

- La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

- La circulaire du 2 mai 2017 relative à la transformation de l'offre d'accompagnement des personnes handicapées.

Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM/HAS

Le projet a été élaboré en prenant appui sur quatre recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM[1] :

- Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées (juillet 2008)
- Ouverture de l'établissement à et sur son environnement (décembre 2008)
- Les attentes de la personne et le projet personnalisé (décembre 2008)
- Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service (mai 2010)

[1] Agence Nationale de l'Evaluation et de la Qualité des Etablissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux, fusionné depuis le 1er avril 2018 avec la Haute Autorité de Santé (HAS), productrice également de Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles.

2 Schéma départemental Gard 2016-2022 de l'autonomie, orientations prioritaires 1,2 et 3

2.2 L'inscription des services dans les orientations du schéma départemental pour les personnes en situation de handicap

Le projet de service fait référence au schéma départemental du Gard en faveur de l'autonomie, des personnes âgées et des personnes handicapées 2016-2020.

ORIENTATION 1 : Anticiper, prévenir

Au vu des évolutions sociodémographiques, les démarches de prévention sont des éléments primordiaux pour le maintien de l'autonomie des personnes, en particulier celles vivant à domicile.

Leur mise en œuvre permet de retarder l'entrée dans la dépendance ou d'éviter l'aggravation des conditions de vie. La prévention relève d'une démarche globale allant d'une meilleure information ou de la lutte contre l'isolement au repérage des situations de fragilité.

La mise en place de la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées est un nouvel outil en la matière. Elle permettra via la mutualisation des démarches, l'identification des actions existantes et le développement de nouvelles actions de décliner une politique de prévention concertée.

Par ailleurs, les proches aidants occupent une place essentielle dans l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie, c'est pourquoi leurs besoins de soutien est un des enjeux forts du maintien à domicile. Pour les soutenir et éviter les ruptures, les professionnels ont un rôle central dans le repérage des situations les plus fragiles.

ORIENTATION 2 : Soutenir le choix de vie

Le respect du choix de vie, le plus souvent à domicile, des personnes âgées et des personnes handicapées repose sur leur participation aux prises de décisions qui les concernent.

La personne doit pouvoir demeurer et vivre au mieux dans l'environnement de son choix. L'autonomie des personnes est au cœur de cette orientation qui porte, entre autres, sur l'adaptation du logement, le maintien de la vie sociale et les transitions entre domicile et prise en charge plus institutionnelle. Les dernières années ont été marquées par le développement de nouvelles technologies de communication et de domotique. Celles-ci peuvent également faciliter l'intervention des aidants professionnels ou familiaux et contribuer, ainsi, à l'amélioration de la qualité de vie.

Le renforcement de la coopération entre acteurs ainsi que la complémentarité des prises en charge constituent, aussi, des leviers pour répondre qualitativement à l'accompagnement des personnes.

Axe 2.1

Mieux prendre en compte la parole et la volonté des usagers et de leurs familles

Axe 2.2 Favoriser l'accès à un logement adapté

Axe 2.3 Favoriser le maintien ou l'accès à la vie sociale

Axe 2.4 Anticiper sur les transitions et assurer la fluidité des parcours

Axe 2.5 Accompagner la parentalité des parents handicapés

ORIENTATION 3 : Proposer un accompagnement adapté aux besoins de chacun

L'orientation 3 a pour objectif de proposer une prise en charge soit à domicile soit en établissement soit via un dispositif alternatif permettant d'assurer aux personnes âgées dépendantes et aux personnes handicapées un accompagnement de qualité et adapté à leurs besoins tout au long de leur parcours. Toute personne handicapée ou âgée doit pouvoir choisir la réponse d'accompagnement qu'il souhaite ou qui correspond le mieux à ses attentes.

L'adéquation de l'accompagnement de la personne à son projet de vie tout au long de son évolution est un élément majeur de la qualité de la prise en charge. Cette adaptation repose sur la recherche d'une plus grande fluidité entre les acteurs, répondant ainsi, à une logique de complémentarité entre établissements et services.

Si le Département du Gard a fait le choix d'une politique de maintien à domicile depuis plusieurs années, il convient aussi de proposer un panel d'offres plus large et mieux articulé afin de répondre à la diversité des besoins. La structuration de l'offre de services et d'accueil en établissement constitue bien un enjeu majeur d'une politique départementale de la solidarité, d'autant plus que cette offre s'adresse aux plus fragiles.

La recherche de solutions innovantes doit permettre l'émergence de nouvelles prises en charge (accueil familial, accueil des situations d'urgence, habitat regroupé…) afin de satisfaire autant que possible les attentes des usagers.

En complément des efforts portés sur l'amélioration de l'habitat qui peuvent s'avérer insuffisants en raison soit de difficultés liées au logement soit à la situation de la personne, des formes innovantes d'habitat regroupé ont émergé notamment les « Maisons en partage ». Ces solutions alternatives entre domicile et établissement sont à favoriser comme l'une des réponses au souhait de vivre dans son domicile le plus longtemps possible.

3. UTILITE SOCIALE ET DEFINITION DE LA POPULATION ACCUEILLIE

Le SAMSAH et le SAVS s'inscrivent dans les valeurs présentes dans le projet associatif de l'APF.

L'utilité sociale des services se décline en trois points :

1) Chaque service rend d'abord un service direct aux personnes en situation de handicap moteur en leur proposant un accompagnement adapté, grâce à un étayage pluridisciplinaire spécialisé (secrétaire, éducateur spécialisé, assistante sociale, ergothérapeute, psychologue pour le socle commun et avec un pôle soins plus important pour le SAMSAH (médecin, infirmière de coordination, aide-soignant, accompagnant éducatif et social)[2].

Les services permettent d'étayer le maintien à domicile des usagers dans de bonnes conditions.

2) Chacun des services travaille en systémie avec l'entourage, dans le sens où il tient compte de l'entourage pour accompagner au mieux la personne.

3) Enfin, plus largement, les services soutiennent et favorisent l'inclusion sociale des personnes et participent à l'acceptation du handicap par l'environnement social.

3.1 La définition de la population accompagnée

Si l'on se réfère à l'agrément initial, pour lequel les services ont été créés en 2005, on note qu'il s'agissait d'une autorisation de 100 places, réparties comme suit :

- Le SAVS est autorisé pour accompagner 75 personnes
- Le SAMSAH est autorisé pour accompagner 25 personnes

Ce sont des services, accompagnant des femmes et des hommes adultes en situation de handicap moteur, âgés de 18 à 60 ans pour le SAVS et de 20 à 60 ans pour le SAMSAH.

Le SAMSAH et le SAVS accompagnent 55 personnes. Le Conseil Départemental du GARD a convenu qu'un accompagnement de 25 à 30 personnes dans le cadre du SAVS serait plus adapté et ce en cohérence avec l'organigramme de 3,20 ETP. Le SAMSAH accompagne pour sa part plus de 25 personnes par année.

La population accompagnée est la suivante :

Personne porteuse d'un handicap moteur prédominant avec ou sans troubles associés : « intégrité physique passagèrement ou définitivement diminuée sous l'effet d'un accident ou d'une maladie » (définition OMS)

Personnes présentants des déficiences motrices : il s'agit de maladies neurodégénératives et neuromusculaires, Infirmité Motrice Cérébrale, paraplégie, tétraplégie, polyhandicap, trauma crânien, lésions cérébrales, amputations acquises ou congénitales, séquelles motrices d'accidents.

Par ailleurs, le service accompagne des personnes âgées de plus de 60 ans, car le service maintient l'accompagnement au-delà de 60 ans.

Le handicap moteur impose des connaissances spécifiques en termes d'accompagnement matériel, technique et humain. L'accompagnement proposé dans un SAVS ou un SAMSAH à destination de personnes en situation de handicap moteur ne sera dès lors pas de même nature que celui dispensé

[2] A noter que les professionnels ont pointé le manque de temps, d'assistante sociale concernant le SAMSAH et d'éducateur spécialisé, et d'ergothérapeute et de psychologue pour ce qui est du SAVS.

dans le même type de services mais à destination de personnes en situation de handicap sensoriel, mental ou psychique. Les professionnels sont recrutés pour leurs compétences et leur expertise spécifiques liées au handicap moteur. Par l'accueil de personnes porteuses de troubles associés au handicap moteur, les services de l'APF France Handicap, favorisent l'accompagnement global de la personne dans le respect de son parcours, faisant preuve d'adaptation sur les plans éducatifs et thérapeutiques. Cela a nécessité le déploiement de partenariats supplémentaires pour l'accompagnement de troubles pour lesquels les compétences des professionnels des services trouvent leurs limites.

Une interrogation a notamment émergé du groupe de travail : « comment optimiser les interventions tout en restant un service à vocation départementale et au service d'une population avec troubles moteurs prédominants, avec ou sans troubles associés ? »

La desserte géographique

L'aire de rayonnement des services est départementale, à partir d'orientations notifiées par la CDAPH (la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées) de la MDPH.

Dès lors, ces services doivent gérer l'éloignement et les distances, pour garantir une même qualité d'expertise, d'accompagnement et de personnalisation quel que soit le lieu d'habitation de la personne en demande d'accompagnement et porteuse d'une orientation de la CDAPH du Gard.

3.2 L'utilité sociale auprès des usagers

Le SAMSAH et le SAVS d'APF France Handicap du Gard sont des services médicosociaux spécialisés dans l'accompagnement de personnes en situation de handicap moteur avec ou sans trouble associé.

Ouverts 240 jours par an, soit 5 jours par semaine :

- Du lundi au vendredi de 8h30 à 12h30 et de 13h30 à 17h
- Comprenant une fermeture durant les deux premières semaines d'août, ainsi que les jours fériés et les week-ends.

Ils proposent un accompagnement adapté et de qualité du fait de la pluridisciplinarité et de la cohésion de l'équipe.

Les services ont pour vocation de proposer une réponse adaptée aux problématiques de chacun des usagers. En référence à l'article L.313-3 du Code de l'Action Sociale et des Familles, les services s'engagent à développer les moyens pour atteindre les objectifs définis dans le cadre du projet personnalisé, mais n'ont pas une obligation de résultat.

Au travers d'un accompagnement diversifié et individualisé, les services visent plusieurs objectifs :

- Mettre en place un accompagnement personnalisé et individualisé afin d'être au plus près de ses besoins, souhaits et attentes
- Favoriser le maintien et le retour de la personne en situation de handicap dans son milieu de vie, à domicile en le sécurisant
- Protéger les usagers et assurer la bientraitance en veillant au repérage d'une mise en danger
- Permettre à l'usager de s'approprier et de se réapproprier son existence malgré le handicap, en veillant à respecter sa temporalité (cheminement et rythme de vie quotidien)
- Assurer la continuité et le suivi de l'accompagnement, qui peut aller jusqu'à la fin de vie
- Adapter le parcours de soin, l'individualiser et le personnaliser
- Améliorer une qualité de vie (habitudes de vie, projet de vie de la personne) par le biais de soins d'hygiène et de confort à maintenir tout en lui permettant d'être libre de ses choix

- Maintenir les acquis et capacités de l'usager
- Favoriser la participation sociale et l'inclusion avec et/ou sans la famille et l'entourage
- Promouvoir ses droits et respecter ses besoins et attentes en fonction de son choix de vie
- Conseiller et orienter la personne tout au long de l'accompagnement en étant à son écoute
- Prendre en considération la parentalité, notamment au travers du rôle social

3.3 Auprès des familles et de l'entourage

Sur la base d'un travail de partenariat, les professionnels des services visent à accompagner et soutenir la famille et l'entourage en général. L'expression de cette solidarité passe par une écoute des besoins, souhaits et attentes des familles.

Les principaux rôles des services par rapport à l'entourage sont :

- Travailler en systémie avec l'entourage de la personne : tenir compte de l'entourage pour accompagner au mieux la personne.
- Accompagner la famille, la prendre en considération, la protéger.
- Proposer un accompagnement souple : s'adapter aux habitudes de vie, aux horaires, aux cultures et aux religions.
- Soulager l'entourage par le biais de temps d'écoute, de séjours de répit afin que chaque personne dans la famille conserve son rôle social.
- Aider et accompagner les familles dans les démarches administratives par le biais d'un appui technique (assistante sociale).
- Leur proposer (ergothérapeute) un transfert de compétences concernant l'utilisation du matériel et des actions d'information ou de sensibilisation.
- Sensibiliser par des actions de prévention et d'éducation thérapeutique l'entourage (SAMSAH) au niveau alimentaire, manipulations, du matériel (stomies).
- Restaurer les liens familiaux, sociaux, universitaires et professionnels lorsqu'ils ont été rompus.
- Être en lien avec les tuteurs par rapport aux aspects financiers, médicaux, etc.
- Être en lien avec les associations d'aidants.

3.4. Auprès de l'environnement : la dimension citoyenne

Les services promeuvent la connaissance et la reconnaissance du handicap au grand public. Ce travail se traduit par la mobilisation des professionnels par le biais d'actions visant à permettre une information/sensibilisation auprès des différents partenaires et de l'environnement social. Le travail sur les représentations sociales, notamment le regard que porte autrui sur le handicap fait partie des priorités des services.

Par ailleurs, ils contribuent à intégrer la personne en situation de handicap moteur dans son environnement social grâce à un réel travail de socialisation et d'intégration des usagers dans la cité.

Les principaux rôles des services par rapport à l'environnement sont :

- Favoriser l'intégration et l'inclusion des personnes dans la cité.
- Sensibiliser au handicap l'environnement et les différents partenaires (écoles, IFME, IFSI, école d'ergothérapeutes, etc.).
- Accompagner et soutenir les personnes dans leur accès à la citoyenneté (sorties restaurant, loisirs, etc.) et en tant qu'acteurs à la vie locale.
- Favoriser l'inclusion professionnelle des usagers grâce à des partenariats.

- Être connu et reconnu de son environnement : le SAMSAH et le SAVS sont reconnus par certains partenaires (CHU, centre de rééducations, services d'aide humaine, bailleurs sociaux, services sociaux et médico-sociaux du territoire etc.).
- Développer les partenariats et s'en préoccuper en permanence afin de les pérenniser[3].
  A ce titre, proposer des rencontres avec les équipes MDPH pour éviter les « erreurs d'orientation », et permettre une meilleure connaissance par eux de nos services.
- Être une passerelle entre le domicile et le service hospitalier (pour le SAMSAH), et les structures médico-sociales proposant de l'hébergement (pour le SAMSAH et le SAVS).
- Nécessité d'avoir des limites claires d'accompagnement pour passer le relais lors d'une fin d'accompagnement.
- Permettre une évaluation préalable, afin de ne pas scinder entre besoins d'accompagnement et PCH.
- Être terrain de stage pour les étudiants (infirmier, aide-soignant, ergothérapeute, assistante sociale, psychologue, éducateur spécialisé, accompagnant éducatif et social, etc.).

3.5. Les partenariats, les coopérations et les réseaux

Pour mener leurs projets de services et assurer un accompagnement de qualité, les services nouent des partenariats, formalisent des conventions et s'insèrent dans divers réseaux qui sont précisés ci-après.

3.5.1. Avec le secteur sanitaire : conventions et partenariats

Des **conventions** existent avec le CHU Carémeau pour le SAMSAH (des kinésithérapeutes, des orthophonistes, des IDE, pédicure, sophrologue etc.)

Afin de répondre à des besoins sur un territoire donné, des **partenariats** existent avec :

- Les SSIAD (Services de Soins Infirmier A Domicile), les HAD (Hospitalisation A Domicile)
- Les cliniques, les centres de rééducation, les hôpitaux de Montpellier
- Les médecins libéraux et les professionnels paramédicaux (orthoprothésistes, kinésithérapeutes, orthophonistes etc.)
- Les EMSP (Equipes Mobiles de Soins Palliatifs) de Nîmes et Alès
- Les CMP (Centres Médico-Psychologique)
- Les Diététiciennes : aspect nutrition, alimentation
- Les médecins psychiatres
- Les pharmacies et revendeurs médicaux
- La CPAM et la CARSAT.

En termes de projections, il sera nécessaire de conventionner avec les SSIAD, tous les réseaux de soins palliatifs, les SAAD et de pérenniser et développer les partenariats.

[3] ce point est évoqué lors des entretiens annuels.

3.5.2. Les partenariats avec le secteur médicosocial

Avec le secteur médicosocial, il s'agit de partenariats avec :

- La MDPH
- La Direction Territoriale de l'ARS 30
- Dans le champ de l'enfance : les SESSAD
- Dans le champ des adultes en situation de handicap : ESAT, Foyers de vie, Foyers occupationnels du territoire et outremer, MAS, FAM, SAVS, SAMAD, EHPAD
- Les SAAD (Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile)
- Les CHRS (Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale)
- Les CCAS (Centre Communal d'Action Sociale)
- Les associations tutélaires : Mesures judiciaires
- Dans le champ des addictions : le CSAPA (Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention des addictions) de Nîmes.

En termes de projections, il serait nécessaire de développer les accueils temporaires et d'urgence avec les MAS/FAM ; avec Gard Lozère Dépistage (GLD) concernant les dépistages organisés des cancers du sein et colorectal (col de l'utérus à venir) et enfin avec l'ANPAA en matière d'addictions.

3.5.3. Avec le secteur social

- Les Centre Médico-Sociaux : assistantes sociales de secteur
- Les mairies
- Les bailleurs sociaux
- Les lieux de vie : maison en partage
- Action sociale
- Musées, médiathèques
- ANAH

En termes de projections, il serait opportun de tisser des liens avec le service « festivités » des mairies et des offices de tourisme Gardois, afin de faciliter l'inclusion des personnes accompagnées, en favorisant l'accès aux activités culturelles et artistiques.

3.5.4. Avec le secteur associatif (partenariats et convention)

Il existe une convention avec Handisport

- Projet APFINITY d'APF France handicap : mettre en lien des usagers avec des employeurs
- LOCADAPT
- Maison ouverte
- Association des aidants sexuels : APPAS
- AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome)
- APARD (Association pour l'Assistance Respiratoire à Domicile)
- Espélido : association pour les personnes sans domicile
- Les associations culturelles, de loisirs et sportives
- Les Fondations Leroy Merlin, Rotary, ANCV, etc.
- Les MJC, théâtres, cinémas, radios, etc.

En termes de projections, il s'agira de développer et d'entretenir des liens intra-APF.

3.5.5. Avec le secteur professionnel

Des partenariats existent avec les partenaires suivants :

- Cap emploi
- CRIP (Centre de Rééducation et D'Insertion Professionnel) de Castelnau
- AGEFIPH (Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion Professionnelle des Personnes Handicapées)
- GRETA (Groupements d'Etablissements)
- MLJ (Missions Locales Jeunes)
- L'école de la seconde chance
- Les centres de formation : IFME, IRTS, école d'ergothérapeute, IFSI
- L'organisme « Leader » qui accompagne les personnes en situation de handicap moteur vers l'emploi

3.5.6. L'appartenance à des réseaux

Les services appartiennent au réseau de l'APF.

La direction participe au réseau inter-SAMSAH Gard.

En termes de projections, il s'agira de développer et d'entretenir des liens intra-APF.

3.6. La démarche continue d'amélioration de qualité

3.6.1. Présentation de la démarche d'amélioration qualité

La démarche continue d'amélioration qualité est intégrée dans les actions managériales de la direction. Elle se décline depuis 2009. Cette démarche s'est inscrite en s'appuyant sur une méthodologie participative de tous les acteurs : Bénéficiaires, groupes de travail des salariés par thématiques. Elle s'est organisée autour d'un Copil qualité, composé de professionnels des deux services et en respectant l'interdisciplinarité, afin que tous les domaines soient pris en compte dans les travaux. Deux référents qualité sont nommés par la direction, ils sont garants de la sensibilisation auprès des professionnels de la structure. Deux revues de direction annuelles valident les démarches en cours, la poursuite des travaux, déterminent les priorités, et l'équipe de direction étudie avec les référents les financements en lien aux actions d'amélioration menées.

Conformément à la réglementation, la structure a procédé à un diagnostic de son fonctionnement (évaluation interne), de son organisation et ses missions, afin de déterminer un plan d'amélioration qualité et de rédiger un rapport interne. Ce dernier a été finalisé en décembre 2017 et transmis aux autorités compétentes à les recevoir : l'Agence Régionale de Santé et le Conseil Départemental, ainsi que la Direction Qualité APF France Handicap.

Les travaux se poursuivent à rythme régulier : du dernier trimestre 2017 et sur le premier trimestre 2018, la réécriture du projet de service accompagné par le CREAI ORS et la préparation de l'évaluation externe qui se clôturera par un rapport à transmettre aux autorités compétentes avant fin Décembre 2018.

3.6.2. Plan d'amélioration qualité

TABLEAU DE BORD DEMARCHE QUALITE JUILLET 2018 : PLAN D'AMELIORATION DU SERVICE RENDU DANS LE CADRE DE L'EVALUATION INTERNE ET AVANCEE

1-Favoriser la bientraitance et renforcer la sécurité

Objectifs d'amélioration priorisés	Période de réalisation (prévisionnelle)	Etat d'avancement / Période de réalisation (réelle)	Observations
1-Réaliser une procédure de signalement et de traitement des « évènements indésirables »	Février (3 heures)	**Objectif en cours** / Groupe de travail (3 professionnels, 2H le 5/04/18)	A finaliser
2-Réaliser la procédure de prévention de signalement et de traitement des situations de maltraitance	Mars (3 heures)	**Objectif atteint** / Groupe de travail (3 professionnels ; 2H le 5/04/18 + 1 professionnel 6H les 05/04 et 26/04	
3-Afficher les dispositifs gouvernementaux CNIL, ARS etc.	Avril (3 heures)	**Objectif en cours :** 1 professionnel ; 1H le 23/04	A finaliser
4-Mettre en place des protocoles de prévention et de soin liés aux risques collectifs relatifs à la santé des usagers	Avril à mai 2018 (6 heures)	**Objectif en cours**/ 1 professionnel ; 2H le 12/07	A finaliser

2-Favoriser la communication

Objectifs d'amélioration priorisés	Période de réalisation (prévisionnelle)	Etat d'avancement / Période de réalisation (réelle)	Observations
1-Permettre une meilleure lisibilité des services sur internet	Janvier à mars 2019	Nouvelle échéance fixée : Septembre à décembre 2018	
2-Permettre une meilleure lisibilité des services sur la voirie	Janvier à mars 2019	**Objectif en cours** / 1 professionnel ; 1H le 28/06	A finaliser
3-Permettre une meilleure signalétique interne	Janvier à mars 2019	**Objectif atteint** / 1 professionnel ; 4H (28/06/18)	
4-Réactualiser la plaquette	Mai à juin 2018 (En attente suite changement dénomination de l'APF)	**Objectif en cours** / 3 professionnels ; 6H, le 5/04/18 (2H), le 3/05/18 (2H), le 07/06/18 (2H)	
5-Réaliser un trombinoscope	Mai à juin 2018	**Objectif atteint :** 1 professionnel ; 6H, le 21/03/18 (4H) et le 18/07/18 (2H)	

3-Améliorer le parcours de l'Usager

Objectifs d'amélioration priorisés	Période de réalisation (prévisionnelle)	Etat d'avancement / Période de réalisation (réelle)	Observations
Réaliser la procédure d'admission de l'usager	Janvier à février 2018 (4 heures)	**Objectif atteint** / 10 professionnels ; 2H le 18/01/18 (dans le cadre de la réalisation du projet de service)	
2-Réaliser la procédure d'accompagnement de l'usager	Janvier à février 2018 (6 heures)	**Objectif atteint** / 10 professionnels ; 2H le 18/01/18 (dans le cadre de la réalisation du projet de service)	
3-Réaliser la procédure de fin d'accompagnement	Janvier à février 2018 (4 heures)	**Objectif atteint** / 10 professionnels ; 2H le 18/01/18 (dans le cadre de la réalisation du projet de service)	

4- Réactualiser le projet de service

Objectifs d'amélioration priorisés	Période de réalisation (prévisionnelle)	Etat d'avancement / Période de réalisation (réelle)	Observations
1-Réactualiser le projet de service	Septembre 2017 à Mars 2018	**Objectif atteint** ; de septembre 2017 à juillet 2018 : équipe pluridisciplinaire + direction + accompagnant extérieur (10 journées au total, mobilisant l'ensemble des professionnels sur différents temps de travail)	

5- Renforcer l'organisation du service en matière de ressources humaines

Objectifs d'amélioration priorisés	Période de réalisation (prévisionnelle)	Etat d'avancement / Période de réalisation (réelle)	Observations
1-Mettre en place le DUERP	Octobre à Décembre 2016	**Objectif atteint :** 3 professionnels ; 5H : le 27/03/18 (2H), le 12/04/18 (2H), le 17/05/18 (1H)	
2-Finaliser les fiches de poste	Mai à septembre 2018	**Objectif atteint ;** 5 professionnels (25H au total)	
3-Elaborer une procédure d'accueil et d'intégration des nouveaux salariés et des stagiaires	Octobre à novembre 2018	**Objectif en cours** : 4 professionnels ; 4H : le 03/05/18 (2H) et le 07/06/18 (2H)	A finaliser
4-Optimiser le plan de formation	Octobre 2016 février 2018	Objectif atteint	Et à reconduire chaque année

6-Réactualisation des outils de la loi 2002

Objectifs d'amélioration priorisés	Période de réalisation (prévisionnelle)	Etat d'avancement / Période de réalisation (réelle)	observations
1-Réactualisation du règlement de fonctionnement	Mars à avril 2018 (4Heures)	**Objectif atteint** : 4 professionnels ; 2H (le 05/04/18)	
2-Réactualiser le livret d'accueil usager	Mars à avril 2018 (4Heures)	**Objectif en cours :** 3 professionnels ; 6H (5/04/18 (2H) ; 3/05/18 (2H); 06/07/18 (2H)	A Finaliser
3-Réactualiser le contrat d'accompagnement	Mars à avril 2018 (4Heures)	Objectif atteint	Document gardé en l'état
4-Renforcer les modes de participation et d'expression des usagers	Mars à avril 2018 (4Heures)	**Objectif atteint** : 3 professionnels ; 4H : le 3/05/18 (2H) et le 07/06/18 (2H) ; 1 professionnel, 2H30 : le 3/05 (1H30) et le 7/06 (1H)	

7-Développer le réseau des partenaires

Objectifs d'amélioration priorisés	Période de réalisation (prévisionnelle)	Etat d'avancement / Période de réalisation (réelle)	Observations
1-Renforcer les partenariats	Octobre 2016 à décembre 2019	Objectif en cours	A poursuivre

8- Optimiser l'outil d'accompagnement Dossier Unique de l'Usager

Objectifs d'amélioration priorisés	Période de réalisation (prévisionnelle)	Etat d'avancement / Période de réalisation (réelle)	Observations
1-Optimiser l'outil papier	Avril à Mai 2018	**Objectif en cours** : 3 professionnels ; 4H (le 7/06/18 (2H) et le 29/06 (2H)	A finaliser
2- Mettre en place le dossier informatisé sur EASY Suite	Janvier 2017 à Décembre 2018	Objectif en cours (janvier 2017 jusqu'à ce jour)	A poursuivre

9- Mettre en place la gestion documentaire

Objectifs d'amélioration priorisés	Période de réalisation (prévisionnelle)	Etat d'avancement / Période de réalisation (réelle)	Observations
1-Mettre en place la gestion documentaire	Septembre à Octobre 2019	**Objectif en cours** : 6H (+ formation logiciel Blue médi) Nouvelle échéance fixée : d'avril 2018 à janvier 2019	A poursuivre

S'ajoute à cela des réunions COQUA (comité qualité) pour la mise en œuvre du plan d'amélioration du service rendu élaboré dans le cadre de l'évaluation interne, pour l'organisation des groupes de travail, la validation des différents travaux faits et la validation par l'équipe de direction.

Depuis janvier 2018, 3 réunions COQUA (6 professionnels) se sont déjà tenues : 12/03/18 (3H) ; 18/06/18 (3H) ; Réunion 1 référent qualité + équipe de direction 11/07/18 (2H) ; et un travail de validation par l'équipe de direction (2 professionnels), soit 20h au total.

4. LES PRESTATIONS PROPOSEES PAR LES SERVICES

4.1 Le cadre réglementaire

Conformément aux articles D.312-12 et suivants du Code de l'Action Sociale et des Familles : « Dans le cadre d'un projet personnalisé, en lien avec l'usager et/ou son représentant légal, les accompagnements tendent à favoriser l'épanouissement, la réalisation de toutes les potentialités intellectuelles, affectives et corporelles, l'autonomie maximale quotidienne sociale et professionnelle. »

4.2 Les prestations

4.2.1 Exercice des droits et rôles sociaux

EXERCICE DES DROITS ET ROLES SOCIAUX	
Finalité : Faciliter l'appartenance dans la société en toute autonomie	
Objectifs	Mise en œuvre :
Faciliter l'accès aux droits	L'usager co-construit son projet personnalisé, à partir du recueil de ses besoins et attentes exprimés, et observés à partir de la procédure relative au PP
	Lors des réunions de l'équipe pluridisciplinaire, échanger sur la situation administrative de l'usager
	Rencontrer au domicile l'usager et/ou ses entourages pour réaliser un état des lieux de l'existant au niveau administratif et vérifier qu'il bénéficie des droits auxquels il peut prétendre (assistante sociale)
	Informer les usagers de l'intégralité des droits auxquels ils peuvent prétendre et les soutenir dans les démarches administratives et les recherches de financement (plan d'aide humaine, PCH, suivi des installations et travaux, dossier MDPH, etc.)
	S'assurer du suivi et de la mise en œuvre des démarches, y compris au niveau du soutien juridique en lien avec le handicap
	Réaliser un accompagnement social à domicile (assistante sociale) et permettre des relations partenariales (MDPH, assistantes sociales de secteur ou hospitalières, Conseil départemental, etc.)
	Avec l'accord de l'usager, faire le lien avec les différents professionnels ou structures étant intervenus précédemment auprès de ce dernier
	S'assurer du relais en fin d'accompagnement de l'usager et post-sortie
Faciliter l'appartenance dans la société	Lors de l'entretien avec l'usager, évaluer et l'informer sur ses droits civiques : inscription sur la liste électorale, droit de vote, accessibilité (administrations, transports, etc.)

	Recueillir les besoins, attentes de l'usager en matière de religion
	Recueillir les besoins et attentes de la personne concernant l'accès à la scolarité, la formation et l'emploi, aux loisirs et à la culture.
	Si la personne souhaite être accompagnée dans l'accès à la scolarité, la formation et l'emploi, aux loisirs et à la culture, la soutenir et la mettre en lien avec les partenaires
	Etayer, aider l'usager et ses entourages dans un premier temps de manière à ce qu'il soit lui-même acteur ensuite
	Travailler en réseau, établir et pérenniser des partenariats afin de permettre l'ouverture sur l'extérieur
Permettre l'accès aux soins	Rencontrer à son domicile l'usager et/ou son entourage pour faire un état des lieux de l'existant : déclaration d'un médecin traitant, existence d'une mutuelle, carte vitale à jour, etc.
	Réaliser un état des lieux des différents intervenants médicaux et paramédicaux à domicile
	Soutenir la mise en place des intervenants médicaux et paramédicaux
	Se coordonner avec les intervenants médicaux et paramédicaux par le biais d'échanges téléphoniques, mails ou de rencontres
	Expliquer, renseigner, transmettre une information éclairée et adaptée, évaluer l'usager et/ou son représentant en cas de refus de soin
	S'assurer de l'accessibilité des différents lieux de soin
Faciliter l'accès à une vie affective et sexuelle	Auprès des usagers et à partir de leurs questionnements, évaluer leurs connaissances et leurs besoins
	Travail de sensibilisation sur la contraception,
	Leur proposer et faciliter, le cas échéant, l'accès à des forums, des congrès, des sites de rencontres, des rencontres, des groupes de parole
	Être à l'écoute de la personne et de l'entourage sur les questions liées à la vie affective et sexuelle
Faciliter et accompagner la parentalité	Être à l'écoute et sans jugement du projet de parentalité de l'usager
	Prendre en considération la parentalité, notamment au travers du rôle social
	Diffuser et Consulter la brochure réalisée par l'APF intitulée « *Parents handis pas à pas* »

4.2.2 Participation sociale

PARTICIPATION SOCIALE	
Finalité : Favoriser l'inclusion sociale et la participation de l'usager	
Objectifs	Mise en œuvre :
Favoriser l'accès aux loisirs, à la culture et aux sports	Recueillir les besoins, envies et attentes de l'usager lors des entretiens à domicile ou à l'extérieur (lieu neutre) par les éducateurs et/ou lors des réunions de l'équipe pluridisciplinaire
	A travers les activités de loisirs, sportives ou culturelles, amener l'usager à se dépasser, prendre des « risques », du plaisir et s'épanouir
	Rechercher toutes les activités possibles, accessibles en impliquant chaque fois que possible l'usager
	Profiter de l'activité loisirs (cuisine, sorties) pour travailler d'autres axes de l'accompagnement ne relevant pas uniquement du rôle de l'éducateur
	Travail de partenariats avec Handisport, des associations, services d'auxiliaires de vie
	Lors des sorties, si cela est justifié, faciliter le travail en binôme (pour des raisons d'encadrement et de technicité)
	Faire en sorte que la personne puisse réaliser seule les activités culturelles, sportives ou de loisirs
	En groupe ou de manière individuelle en fonction des demandes des usagers, visite de musées, sorties handiplage, sorties centre-ville, centres commerciaux, cinémas, cafés, restaurants, séjour nautique en cours
	Sensibilisation au handicap : faire en sorte que les personnes extérieures et rencontrées s'adressent à l'usager
	Veiller à la fréquence et à la temporalité (en lien avec le PP) des activités et des sorties : tenir les engagements en réciprocité
	Favoriser la paire-aidance, sensibilisation des usagers vers d'autres usagers
	Evaluer les capacités de la personne en matière d'autonomie dans les déplacements et les possibilités en matière d'architecture, des aménagements, l'apprentissage de la personne (aide technique de déplacement) pour permettre à la personne de sortir de chez elle
	Connaître et formaliser un répertoire de l'offre en matière de transports adaptés

Faciliter l'autonomie et les déplacements	Sensibiliser les commerçants, l'espace public pour faciliter l'accessibilité
	Les services disposent d'un parc de véhicules adaptés (2) permettant certains déplacements
	Être en partenariat avec le service Access de la délégation de l'APF France Handicap
	Possibilité de prêt des véhicules le week-end aux familles : convention entre famille et services
Prendre en compte l'entourage	Associer l'entourage à l'élaboration du PP si l'usager le souhaite
	Transfert de compétences vers les familles pour faire en sorte que les activités de loisirs, culturelles puissent perdurer même sans l'appui du SAMSAH ou du SAVS
	Recenser les personnes ressources pour l'usager et prendre appui sur ces dernières pour mieux l'accompagner
	Permettre des séjours de répit pour les aidants familiaux et l'usager (accueil temporaire, accompagnements physiques, etc.) pour prévenir les situations d'épuisement
	Faciliter la mise en place d'auxiliaires de vie, d'accueil de jour pour soulager au quotidien les familles et proposer un relais de professionnels médicaux
	Proposer un soutien psychologique (entretien individuel ou groupe de parole)
	Proposer des séjours de répit en vue d'une entrée dans une structure médicosociale
	Travailler en coordination avec l'ASE, la PMI, SESSAD, mandataires judiciaires, etc.
	Vigilance quant à la bienveillance parentale ou familiale à domicile et le cas échéant, procéder à un signalement (en suivant le protocole)
	Orienter les familles vers le café des familles et d'autres associations spécifiques locales
Accompagner l'usager après la sortie du service	En cas de sortie temporaire (hospitalisation, vacances, répit)
	Lors d'hospitalisations d'urgence, l'accompagnement est maintenu, un professionnel rend visite à l'usager, transmet les informations et prépare le retour à domicile, livre le matériel spécifique (fauteuil, chaise de douche, etc.)
	Evaluer avec l'hôpital les modalités de sortie en s'assurant de la sécurité de l'usager

	Rôle du médecin de coordination détaché du CHU permettant le lien et la fluidité des informations
	Relais avec les CMP, les assistantes sociales de secteur, autres ESMS (SAVS, SAMSAH, etc.), les paramédicaux
	Lors de vacances ou séjours en famille, s'assurer qu'il y ait des aides techniques et humaines suffisantes pour permettre un accueil adapté de l'usager
	En cas de sortie du service
	Suite à une réunion de projet, les professionnels en lien avec l'usager proposent une fin d'accompagnement
	Suivre la procédure en cas de sortie du service (page 35)
	Accompagner la personne vers la nouvelle structure : visite de la structure avec la personne, accompagnement physique, liens avec les différents professionnels, remise à l'usager de synthèses de l'accompagnement réalisé et des évaluations réalisées.
	Prendre en compte la temporalité de la personne, le PP est de 6 mois pour préparer la sortie
	Dans le contrat d'accompagnement de la personne, la suspension est précisée
Accompagner les équipes à appréhender la fin de vie et/ou le décès de l'usager	En cas de décès ou fin de vie
	En cas de décès brutal d'un usager, un protocole existe en intra et en extra
	Protocole : informer les professionnels, 15 jours après mise en place d'un temps d'échanges composé de professionnels le souhaitant, proposé et animé par le psychologue ; Si le vécu du décès est trop douloureux, possibilité de faire appel à une personne extérieure au service (professionnel pilotant l'analyse des pratiques auprès des équipes) ; possibilité de participer aux obsèques pour les professionnels en accord avec la famille (ne pas limiter le nombre de professionnels et leur laisser le libre choix), présence de la direction, ou la cheffe de service.
	Réfléchir à l'information des autres usagers dès lors qu'ils se connaissaient (décès brutal ou fin de vie)
	Un temps d'analyse des pratiques existe, animé par un superviseur externe
	Donner l'information à chaque personne concernant les directives anticipées et la désignation d'une personne de confiance en tenant compte de la pertinence (anxiété, compréhension, etc.)

	Partenariats avec les équipes mobiles de soins palliatifs pour interventions auprès de l'équipe
	Partenariat à mettre en place de manière systématique avec le médecin généraliste référent.
	Dans le protocole, prendre en compte les 10 critères de la SFAP (Société Française d'accompagnement et de soins palliatifs).
	Soutenir la famille à tous les niveaux (administratif, psychologique, matériel, etc.) si elle le souhaite

4.2.3 Santé, soins et prendre soin

SANTE, SOINS ET PRENDRE SOIN	
Finalité : Coordonner le parcours de soin de l'usager avec bienveillance	
1.1 Objectifs	**1.2 Mise en œuvre**
Accompagner le parcours de soin souvent complexe de l'usager au domicile	En amont de l'admission, avoir une fiche navette relative aux données médicales de la MDPH à destination du médecin, avec l'accord de l'usager (démarche en cours auprès de la MDPH)
	Suite à l'admission de l'usager, le médecin : - Lui adresse un courrier afin de recueillir les informations médicales et accéder à son dossier médical - Réalise un examen clinique sommaire
	Evaluer les besoins de l'usager : hygiène bucco-dentaire, veille dénutrition et obésité
	Rédiger les documents tels que synthèses, prescriptions, etc. et tenir à jour le dossier patient informatisé (DPI)
	Sensibiliser les usagers aux dépistages organisés des cancers du sein et colorectal à partir de la lettre d'invitation adressé par Gard Lozère Dépistage
	Réévaluer de façon périodique et en fonction du besoin de l'usager afin de réajuster l'accompagnement sur l'axe soins
	Coordonner et valider les accompagnements rééducatifs et éducatifs afin qu'ils soient en adéquation avec les capacités de l'usager ainsi que l'annexe spécifique au volet soin du projet personnalisé
	Informer, expliquer, conseiller, orienter l'usager sur les dispositifs existants, sur la règlementation (exemple les directives anticipées)
	Veiller à la continuité de l'accompagnement afin que l'usager ne soit pas en rupture de soin, y compris les week-ends, lorsque cela est nécessaire
	Suivre et accompagner l'usager lors des hospitalisations (visites aux patients hospitalisés), des consultations, sollicitations, etc.
	Des liens et des contacts réguliers existent entre le médecin traitant de l'usager et le médecin de coordination du SAMSAH.
	Suivre les conduites à tenir et assurer la veille et la prévention sanitaire : canicule, grippe, et les différentes préconisations de l'ARS, etc. Il existe un protocole prévention épidémie grippale

	Etablir des liens avec les différents intervenants médicaux et paramédicaux et formaliser des conventions avec le CHU Carémeau, des kinésithérapeutes, des orthophonistes, des IDE
	Travailler en réseau avec les centres et les équipes ressources locales et nationales (SLA, syndrome de Marfan, maladies neuromusculaires, etc.) afin de personnaliser la réponse et d'apporter une réponse au plus près des besoins de l'usager
	Mise en place du Dossier de Liaison d'Urgence (fiche Samu) pour certains usagers
	Contacter les Equipes Mobiles de Soins Palliatifs et rencontrer les équipes relais (soins palliatifs, SSIAD) en vue de liens, soutien et coordination
	Favoriser les liens avec l'équipe pluridisciplinaire par le biais de la réunion du jeudi matin en facilitant les concertations et le transfert de compétences tout en respectant le secret partagé
	Faciliter le travail en collaboration et le transfert de compétences avec d'autres professionnels
	Avoir un rôle de soutien et de médiateur pour l'environnement (entourages, paramédicaux, etc.) : réassurance, pôle ressources
	Informer les usagers autour des différentes addictions
	Des visites régulières à domicile des usagers sont réalisées par l'infirmière de coordination et/ou le médecin (consultation médicale clinique) pour du suivi ou parce qu'un partenaire, l'entourage ou un membre de l'équipe a fait remonter un élément particulier à la demande de l'usager ou du médecin traitant
	Organisation et préparation des RDV médicaux ; accompagnement physique à ces RDV, restitution à l'usager (explication, conseil, s'assurer que la personne a compris le sens de l'accompagnement à la consultation) en lien avec le pôle soin.
	Travail en réseau avec les partenaires, tels que SSIAD, les services d'auxiliaires de vie, les paramédicaux, les entourages en veillant au respect du secret partagé
	Recueil des données paramédicales par l'Infirmière de coordination.
	Organisation et planification des RDV, en lien avec le médecin : au domicile du patient, prise d'un temps spécifique avec l'Infirmière de coordination, sensibilisation
	Proposer des accompagnements pour des sorties : travail en collaboration avec l'éducatrice spécialisée, validation de la faisabilité par le médecin du service.

	Sensibilisations, interventions dans les écoles d'Alès et Nîmes : module handicap (IFSI CHU et Croix Rouge) de l'IDEC et de l'ergothérapeute en collaboration
	Être terrain de stage pour les élèves infirmiers, aides-soignants, ergothérapeutes
	Proposer à l'usager des outils thérapeutiques adaptés (Snoezelen, sophrologie, relaxation etc.)
Permettre à l'usager d'avoir un espace de parole et une écoute spécialisée	AUPRES DE L'USAGER
	Etablir une rencontre systématique avec l'usager afin de recueillir et d'évaluer ses demandes, de s'assurer s'il y avait un suivi psychologique antérieur et le cas échéant, avec son accord, appeler ou rencontrer le professionnel
	Lui proposer un accompagnement régulier dans un premier temps et selon les besoins ensuite mettre une fréquence réciproque (adaptée aux deux parties) et réaliser une synthèse de l'accompagnement en respectant le secret professionnel.
	Orienter et accompagner physiquement vers des spécialistes (médecins psychiatres, addictologues, centre antidouleur, clinique du positionnement)
	Possibilité de rencontrer l'usager dans un lieu neutre, autre que le domicile
	Proposer à l'usager un outil thérapeutique adapté (sophrologie, entretien individuel, hypnoanalgésie, etc.)
	Accompagner l'usager dans des activités de loisirs à visée thérapeutique (tai chi, yoga, etc.)
	Inviter, inciter l'usager, lorsque cela est possible, à aller vers un autre professionnel ou un centre médico-psychologique.
	Avoir un rôle de tiers médiateur vis-à-vis de l'usager et être dans une neutralité bienveillante afin de le rassurer
	Avoir une dimension de conseil pour l'usager en fin de vie (proposer un relais avec les équipes mobiles de soins palliatifs)
	AUPRES DES ENTOURAGES (conjoint, enfants, fratrie)
	Proposer une rencontre aux entourages pour établir et évaluer la situation et les difficultés
	Suite à l'évaluation, soit les orienter vers un professionnel extérieur ou faciliter des rencontres systémiques (groupe de parole)
	Rassurer les entourages en amont, pendant et/ou après
	Répondre à leur demande suite à des problèmes liés au quotidien

	Partager une activité, un repas avec les entourages afin de faire émerger un autre regard
	Dans les situations de fin de vie, accompagner et soutenir les entourages
	Si les entourages le souhaitent, les rencontrer suite au décès de l'usager
	AUPRES DE L'EQUIPE
	Travail en binôme en collaboration avec le médecin : lors des visites à domicile
	Soutenir et aider l'équipe lors de temps de réunion ou de groupes de travail sur des thèmes choisis par l'équipe (écoute et relation, etc.) afin de faciliter le questionnement éthique et la dynamique de groupe
	Possibilité pour un professionnel, sur une situation singulière d'interpeller et de rencontrer le psychologue
	Mettre en place un temps de parole auprès des professionnels le souhaitant consécutivement au décès d'un usager
	AUPRES DES PARTENAIRES
	Si l'usager avait un suivi psychologique antérieur, avec son accord, appeler ou rencontrer le professionnel
	Permettre une meilleure compréhension du vécu psychique de la personne auprès des différents partenaires (auxiliaires de vie, SSIAD, libéraux, etc.)
	Accueillir des stagiaires psychologues
	Si un accompagnement de fin de vie est nécessaire, faire le lien avec les équipes mobiles de soins palliatifs
	Réaliser des comptes rendus écrits à destination des différents partenaires
	Prévoir un temps avec les libéraux suite à un décès
Assurer le suivi paramédical et rééducatif	Après l'admission, faire des visites à domicile afin de permettre des observations en milieu de vie en vue de mise en situation écologique d'évaluer, de mettre en confiance l'usager et ses entourages, de réaliser un bilan
	Elaborer le cahier des charges en lien avec l'usager et son entourage
	Faire des préconisations au plus près des besoins des usagers avec leur accord après validation et prescription médicale
	Travailler en binôme avec le psychologue en vue de l'acceptation des préconisations

	Accompagner dans les rééducations possibles (utilisation d'outils de communication, conduite des fauteuils manuels et électriques, aides techniques à la marche, rééducations motrices, travail cognitif, etc.)
	Faciliter la coordination entre l'usager et les divers financeurs (MDPH, mutuelles, Sécurité sociale) pour la mise en œuvre du projet dans le respect de la temporalité de chacun
	Travailler en lien avec les différents intervenants libéraux (kinésithérapeutes, orthophonistes, infirmière, Auxiliaire de vie, diététicienne) et faciliter le transfert de compétences et veiller au respect du secret partagé
	Travailler en coordination avec l'équipe pluridisciplinaire
	Permettre les essais de matériel à domicile et se coordonner avec les revendeurs, fabricants, CHU, services spécifiques (UCL, etc.)
	Assurer une veille technologique afin d'être à la pointe de l'innovation technologique et technique
	Accueillir des stagiaires et transfert de compétences dans le service.
Prendre soin	Veiller à mettre du sens dans l'accompagnement de chaque usager : recueillir ses besoins et attentes, lui proposer un accompagnement adapté, au plus près de ses besoins, et s'ajuster, le plus possible
	Respecter les engagements conjointement définis par les professionnels et l' usager concernant son projet personnalisé
	Développer la sensibilisation des usagers à l'hygiène corporelle, bucco-dentaire et alimentaire
	Avoir une posture professionnelle : être à l'écoute de l'usager (et son entourage) et le reconnaître dans son unicité
	Accompagner l'usager dans le respect de son intimité, ses croyances, ses capacités et sa temporalité
	Avoir et respecter son cadre d'intervention en tant qu'Educateur spécialisé : être à l'écoute et orienter vers le bon professionnel
	Veiller à la mise en sécurité des usagers grâce à un accompagnement adapté au niveau quantitatif et qualitatif
	Chercher chez des partenaires des compétences pour proposer à l'usager un accompagnement de qualité
	Faciliter la coordination et la communication entre professionnels lors des réunions formelles ou de temps informels
	Poursuivre les temps d'analyse des pratiques professionnelles
	Sensibiliser en interne les équipes à la question de la douleur et ses différentes échelles

	Être formé (sur le secret médical et le secret partagé, formation aux techniques d'aspirations endotrachéales, actes spécifiques de la vie quotidienne, immersion dans une structure, par exemple à la MAS de Montblanc APF France Handicap, etc.)
	Grâce au logiciel qualité de l'APF France Handicap « Blue Medi », accessible à tous les usagers avec des codes différenciés, un outil de signalement des évènements indésirables existe pour les usagers
	Veiller à la sécurité des personnes en cas de suspicion de mise en danger en suivant le protocole de signalement

4.2.4 L'accompagnement à la participation sociale

VIE QUOTIDIENNE AUTONOMIE ET INDEPENDANCE	
Finalité : Accompagner la personne à s'approprier ou se réapproprier son existence avec le handicap	
Objectifs	Mise en œuvre :
Accompagner le souhait de la personne d'être maintenue à domicile	Evaluer l'environnement de l'usager, les éventuelles personnes ressources (famille, voisins, etc.) et ses capacités afin de lui permettre de rester à domicile
	Valoriser l'ensemble des potentialités de la personne
	Mobiliser, inclure les personnes ressources dans la possibilité de maintien à domicile
	En fonction du choix de vie de la personne y compris dans des situations complexes, adapter l'accompagnement en veillant à sa sécurité, en travaillant en collaboration avec les intervenants à domicile (auxiliaires de vie, IDE, kinésithérapeutes, médecin traitant, etc.)
	Lorsque le maintien au domicile actuel est possible, proposer à l'usager toutes les aides existantes (techniques, humaines et autres) pour compenser le handicap et s'assurer de la mise en œuvre des aménagements et réajuster en fonction de l'évolution des besoins
	Evaluer périodiquement les besoins de l'usager afin de personnaliser l'accompagnement et l'adapter en fonction de son évolution (procédure spécifique à formaliser)
	Si le maintien n'est pas possible, orienter la personne vers une recherche de logement adapté individuel ou collectif ou vers des structures médicosociales
	Veiller à inclure le logement dans un environnement correspondant aux besoins de l'usager
	Jouer le rôle de médiateur entre l'environnement et l'usager si besoin
	Proposer et accompagner l'usager dans l'organisation et la réalisation de séjours de répit
	Repérer les mises en danger, les négligences et les maltraitances et les signaler en suivant le protocole de signalement
Evaluer et favoriser l'indépendance	Evaluer les besoins et les capacités d'autonomie de l'usager (sur la base du GEVA) en priorisant ses souhaits dans sa temporalité
	Evaluer les différents lieux dans lesquels l'usager pourrait évoluer (dans son logement et à l'extérieur)
	Veiller à ce que l'autonomie ne se fasse pas au détriment de la sécurité et de la fatigue de l'usager

	Solliciter, stimuler les capacités de l'usager pour qu'il soit actif, lorsque cela est possible
	Être en lien avec les revendeurs de matériels : cahier des charges de ce que l'usager aurait besoin (couverts adaptés, chaise douche, outil d'aide technique à la communication, etc.)
	Être en lien avec les associations ou les organismes tels que les transports adaptés, les groupe de parole, l'aide aux aidants, Handisport, service de téléassistance, etc. et favoriser le lien auprès des usagers
	Mesurer l'indépendance fonctionnelle (MIF) de l'usager autrement dit sa capacité à réaliser l'action
	Aider et encourager les usagers à ce qu'ils soient acteurs et autonomes : dans un premier temps, réaliser avec eux les actes de la vie quotidienne dans l'objectif qu'ils parviennent à les réaliser seuls ensuite
Accompagner pour accomplir les activités domestiques	Evaluer et promouvoir l'autonomie de l'usager
	Accepter le choix de l'usager sans porter de jugement
	Être en lien avec les divers intervenants à domicile afin d'apporter des outils, des réponses
	Mettre en œuvre les moyens de compensation existants : aides ménagères, auxiliaires de vie, portages de repas, téléassistance, etc.
	Prévoir de détailler les aspects liés aux activités domestiques dans le projet personnalisé
	Rendre possible la participation de l'usager à la confection de repas, à la liste de course, etc.
Favoriser l'expression, l'autonomie et la citoyenneté	Recueillir les souhaits des usagers ou l'expression de leur désaccord pour les aider à solliciter les dispositifs existants et faire valoir leurs droits
	Evaluer la capacité de jugement et de discernement de l'usager
	Accompagner l'usager à l'exercice de ses droits et libertés (liberté de conviction politique, droit de vote, convictions religieuses, etc.) : cf. charte des droits et libertés
	Les soutenir dans les démarches administratives (projet de vie, recours amiable) et juridiques (TCI)
	Afin d'être au plus près des besoins de l'usager, travailler en lien avec les mandataires judiciaires
	Orienter vers les instances militantes (service Access, délégation APF France Handicap) ou de défense des droits

5. L'ORGANISATION DE L'ACCOMPAGNEMENT

5.1. La procédure d'admission

Etape 1 : Lors du premier contact avec le service par l'usager lui-même, un proche ou un professionnel, une fiche premier contact est remplie par les assistantes sociale ou la chef de service. Le secrétariat enregistre ensuite la personne dans Easy suite et dans le tableau des admissions, et lui transmet le dossier d'admission avec un courrier pour le premier rendez-vous.

Etape 2 : Si l'usager a une notification d'orientation de la CDAPH, une rencontre à son domicile est organisée dans un délai raisonnable, avec la cheffe de service et le médecin de coordination, pour une demande SAMSAH, et le psychologue ou l'assistante sociale ou l'ergothérapeute pour une demande SAVS.

Il s'agit là d'évaluer ses besoins et vérifier l'adéquation avec le service, à l'aide du recueil des besoins et du dossier de demande d'admission. La cheffe de service remet la plaquette du service et la charte de l'association. Une synthèse de première rencontre est réalisée.

Si l'usager n'a pas de notification d'orientation, mais exprime le souhait d'être accompagné, une rencontre sera proposée entre la cheffe de service et la personne concernée, afin de présenter les missions du service et d'envisager l'opportunité d'un accompagnement ou non, en renseignant la personne sur la marche à suivre.

Lors de ce temps, la cheffe de service remet le dossier de demande d'admission et le Cerfa de la MDPH à la personne.

Etape 4 : Réunion de commission d'admission à laquelle participent la directrice, la cheffe de service, le médecin, la psychologue, une assistante sociale et une ergothérapeute afin de statuer sur l'admission ou non à partir des besoins recueillis et des critères définis (selon les effectifs, le type de pathologie, ou un logement dans le département du Gard).

Etape 5.1 : l'usager n'est pas admis

Si la personne n'est pas admise en raison d'un manque de place ou d'une non-conformité à l'accompagnement, un appel téléphonique et un courrier lui sont adressés en précisant les motifs, dans un délai raisonnable.

Etape 5.2 : l'usager est admis

La cheffe de service se rend au domicile de l'usager afin de lui faire signer le contrat d'accompagnement et lui remettre les outils issus de la loi 2002/2 (livret d'accueil et règlement de fonctionnement) en vérifiant que ces outils soient rendus accessibles et soient faciles à lire et à comprendre.

5.2 La procédure relative au projet personnalisé (*dès lors que l'admission est prononcée)*

Les étapes suivantes se déroulent dans les 6 mois suivant l'admission au service :

1ère étape : Réunion pluridisciplinaire

Au cours de cette réunion, les membres de la commission d'admission présentent l'usager à l'équipe et lui transmettent les besoins d'évaluation.

2ème étape : Période d'évaluations de l'usager d'une durée maximale de 4 mois

Chaque professionnel évalue l'usager, recueille ses besoins et attentes et les intègre dans EASYSUITE (logiciel spécifique)

3ème étape : Réunion pluridisciplinaire

Tous les professionnels viennent à cette réunion avec une synthèse de leurs observations et leur évaluation. A partir de l'ensemble des synthèses sont définis les grands axes du préprojet. Le référent est nommé lors de ce temps sur les bases de critères définis en fonction de son temps de travail, du volume de dossier de référence déjà attribué, et de sa fréquence auprès de l'usager suivant les axes de travail déterminé dans le projet.

4ème étape : Rencontre de l'usager à son domicile par le référent

Le référent présente à l'usager les grands axes définis lors de la réunion pluridisciplinaire et recueille ses attentes et besoins.

5ème étape : Réunion de projet

A cette réunion participent l'usager, la directrice ou la cheffe de service, le médecin de coordination (SAMSAH) ou l'Infirmière de coordination, le référent, ainsi que les partenaires et l'entourage si la personne accompagnée le désire. L'objectif est de coconstruire le projet personnalisé. Le référent prend note des éléments en vue de la rédaction de ce projet.

6ème étape : Rédaction du projet personnalisé

Le référent rédige, sur la base d'une trame commune, le projet personnalisé et le soumet au médecin de coordination (pour le SAMSAH) et à la cheffe de service pour lecture et validation.

7ème étape : Signature du projet personnalisé

La directrice donne sa validation finale en signant le projet personnalisé, puis le référent rencontre l'usager afin de le lui faire signer et lui en remettre un exemplaire.

5.3 La procédure relative au projet personnalisé *(dans le cas d'une réactualisation du projet)*

1ère étape : Alimentation d'EASYSUITE

Dans l'année, chaque professionnel alimente EASYSUITE

2ème étape : Réunions de suivi de projet tous les 3 mois

Ces réunions permettent de réaliser un bilan de projet : état des lieux, avancée. La secrétaire et le référent prennent en note les éléments.

3ème étape : Rencontre de l'usager à son domicile par le référent

Le référent présente à l'usager les grands axes définis lors des réunions précédentes et recueille ses besoins et attentes.

4ème étape : Formalisation d'un écrit synthétique par les professionnels

Chaque professionnel réalise un écrit synthétique au maximum 1 mois avant la date de réunion de projet suivante.

5ème étape : Réunion de préparation du Projet Personnalisé

Une semaine à 15 jours avant la réunion de projet, l'équipe pluridisciplinaire met en commun ses écrits et évoque le bilan de l'année écoulée. Elle envisage la continuité des projets actuels ou en défini des nouveaux, et détermine les axes d'accompagnement pour l'année à venir.

6ème étape : Réunion de projet

Y participent l'usager, la directrice ou la cheffe de service, le médecin de coordination (SAMSAH) ou l'infirmière de coordination, le référent, ainsi que les partenaires et l'entourage si la personne accompagnée le désire. L'objectif est de coconstruire le projet personnalisé. Le référent prend note des éléments en vue de la rédaction de ce projet.

7ème étape : Rédaction du Projet Personnalisé

Le référent rédige, sur la base d'une trame commune, le PP et le soumet au médecin de coordination et à la cheffe de service pour lecture et validation.

8ème étape : Signature du Projet Personnalisé

La directrice donne sa validation finale en signant le PP, puis le référent rencontre l'usager afin de lui faire signer et lui en remettre une copie.

5.4. Les procédures relatives à la sortie

5.4.1. Dans le cas d'une sortie anticipée

Etape 1 : Evaluation lors des réunions pluridisciplinaires

Lors de ces temps (au minimum une fois an), l'équipe s'interroge sur le bien-fondé ou pas de poursuivre l'accompagnement d'un usager, pour qui cela ne présente plus de sens.

Etape 2 : Réunion de projet

Si l'accompagnement nécessite d'être interrompu, l'équipe pluridisciplinaire l'évoque avec l'usager et son entourage lors d'une rencontre spécifique.

Etape 3 : Deux cas de figures

Etape 3.1. : Si l'usager est d'accord avec l'équipe, un passage de relais avec d'autres structures (ou pas si cela n'est pas nécessaire) est mis en place, et un courrier est adressé à la MDPH et à l'ARS si nécessaire.

Etape 3.2. : Si l'usager n'est pas d'accord avec l'équipe, un travail de préparation vers la sortie s'opère avec la personne accompagnée et son entourage.

5.4.2. Dans le cas d'une aggravation de la maladie

Etape 1 : Constat de l'aggravation de la maladie

Etape 2 : Réunion en urgence

L'équipe pluridisciplinaire se réunit en urgence pour réviser le projet d'accompagnement suite au constat de l'aggravation de la maladie de l'usager.

Etape 3 : Rencontre MDPH, commission situations critiques

La cheffe de service contacte ou rencontre la MDPH pour évoquer la situation en commission des situations critiques et demander une réévaluation de la notification de l'usager.

Etape 4 : Révision du plan d'aide

Dans l'attente de la décision de la MDPH, des actions concrètes sont alors mises en œuvre : appui si nécessaire sur le secteur hospitalier, mise en place de la téléalarme, augmentation du nombre d'intervenants paramédicaux à domicile, réévaluation de la mesure de protection, implication des médecins, ré-évocation des directives anticipées si nécessaires pour un maintien de vie à domicile sécure et respectueux du choix de vie de la personne.

5.4.3. Dans le cas d'une réorientation vers une structure médicosociale consécutive aux limites du domicile

Etape 1 : Souhait de réorientation ou repérage

La personne accompagnée formule le souhait de modifier son projet, ou le professionnel repère des difficultés à domicile.

Etape 2 : Réunion pluridisciplinaire

Cela est évoqué lors de la réunion hebdomadaire. Des propositions d'établissements ou de services sont indiquées ainsi que des grands axes d'accompagnement.

Etape 3 : Contacts des structures potentielles

Les professionnels de l'équipe prennent contact auprès des ESMS potentiels (indication sur la problématique de l'usager, vérification de place, temporalité, critères, possibilités d'accueil temporaire, coût…). A l'issue de ces contacts, quelques structures correspondant au profil de l'usager sont identifiées.

Etape 4 : Rencontre de l'usager et/ou du tuteur

Le référent ou l'assistante sociale rencontre l'usager et/ou le tuteur pour lui indiquer les établissements pressentis et susceptibles de l'accompagner.

Etape 5 : Montage du dossier par l'assistante sociale

Si l'usager et le tuteur sont d'accord, l'assistante sociale constitue le dossier et un membre de l'équipe le dépose à la MDPH. Un récépissé de dépôt du dossier est remis à l'usager.

Etape 6 : deux cas de figures se présentent

Etape 6.1. : Si l'usager est admis, soit à temps complet, soit en accueil temporaire, une transmission d'informations et un relais avec la nouvelle structure s'opère.

Etape 6.2. : Si l'usager n'est pas admis et attend une place, l'équipe propose une réévaluation de la situation avec l'usager et une réadaptation du projet d'accompagnement.

5.4.4. Dans le cas d'un décès

Etape 1 : Information du décès

La famille, l'entourage, l'hôpital ou la structure informe du décès de l'usager. La direction doit être mise au courant. Elle informe ensuite toute l'équipe et envoie une carte de condoléances à la famille.

Etape 2 : Rencontre avec les partenaires

Compte tenu du fait que le service coordonne les actions à domicile, il sera nécessaire de proposer une rencontre aux partenaires impliqués auprès de l'usager de manière à formaliser la fin de l'accompagnement. Cette rencontre sera animée par un professionnel de l'équipe désigné dans le cadre d'une réunion pluridisciplinaire.

Etape 3 : Proposition de soutien administratif aux familles

Si la famille le souhaite, l'assistante sociale proposera un soutien social et administratif à la famille et aux proches. L'équipe pluridisciplinaire se tiendra à disposition également.

Etape 4 : Temps d'échanges avec les professionnels

Un temps d'échanges avec les professionnels le souhaitant est mis en place, animé et proposé par la psychologue dans les 15 jours suivant le décès. Si le vécu est trop douloureux, ils ont la possibilité de faire appel à une personne extérieure au service.

Etape 5 : Information aux autres usagers

Déterminer en équipe, comment et qui informe les autres usagers dès lors qu'ils connaissaient la personne décédée.

Etape 6 : Participation aux obsèques de l'usager

Les professionnels le souhaitant peuvent assister aux obsèques de l'usager, si la famille et les proches en sont d'accord.

Etape 7 : Envoi d'un courrier à la famille ou prendre contact

Un an après le décès de l'usager, adresser un courrier à la famille et aux proches.

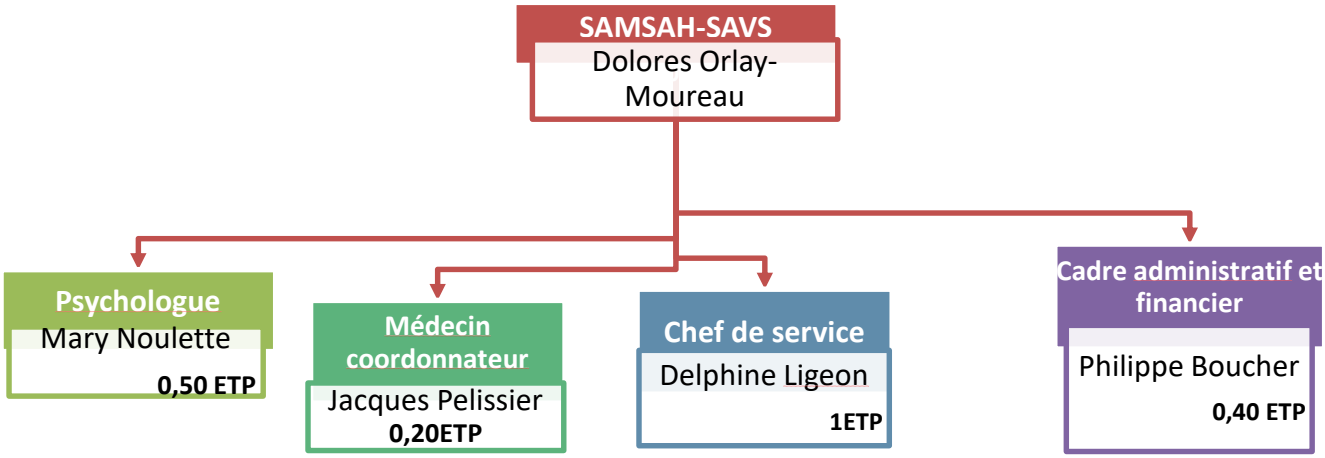
Formulaire pour la rédaction du projet personnalisé

NOM/PRENOM DE L'USAGER			
Rappel des souhaits de l'usager			
PRESTATIONS	OBJECTIFS	MOYENS	EVALUATION
VIE QUOTIDIENNE AUTONOMIE ET INDEPENDANCE			
EXERCICE DES DROITS ET ROLES SOCIAUX			
SANTE, SOINS ET PRENDRE SOIN			
PARTICIPATION SOCIALE			

7. L'ORGANISATION MANAGERIALE (AXE ORGANISATIONNEL)

7.1 L'organigramme

7.1.1. L'organigramme hiérarchique



7.1.2. L'organigramme général traduit en ETP

Métier	Nombre de salariés	SAVS	SAMSAH		Total
			Partie accompagnement	Partie Soins	
Direction	1	0,15	0,15	0	0,30
Chef de service	1	0,50	0,30	0,20	1
Secrétaire	2	0,50	0,70	0,50	1,70
Comptable	1	0,20	0,20	0	0,40
Médecin de coordination (MPR)	1	0	0	0,20	0,20
Psychologue	1	0,10	0	0,60	0,70
Infirmière de coordination	1	0	0	0,90	0,90
Aide- soignant	1	0	0	0,75	0,75
Accompagnant Educatif et Social	1	0	0	1	1
Ergothérapeute	3	0,55	0	1,50	2,05
Educateur spécialisé	1	0,20	0,60	0	0,80
Assistante sociale	2	1	0,50	0	1.50
TOTAL	**16**	**3,20**	**2,45**	**5,65**	**11,30**

7.2 La cartographie des réunions

Le SAVS et le SAMSAH sont en devoir de garantir une cohérence institutionnelle aux personnes accompagnées. En ce sens, il importe de décrire les temps de réunion directement en lien avec le suivi du projet personnalisé, ceux réservés à des espaces professionnels où se questionnent plus indirectement les missions d'accompagnement et enfin les réunions qui favorisent l'expression directe des usagers et leur famille ou représentant légal, en vertu des articles L 311-5 et L 311-6 du CASF.

Les éléments mis au travail pour les cinq prochaines années dans le projet d'établissement 2018/2022 sont notés en vert.

Type de réunion	Participants	Fréquence	Durée	Animateur	Objet
Réunion de commission d'admission	Directrice, cheffe de service, médecin de coordination MPR, psychologue, coordinatrices de projet.	Une fois par mois	1H	Cheffe de service	Statuer sur l'admission ou pas d'un usager ou sur une fin d'accompagnement.
Réunion de cadres techniques et hiérarchiques	Directrice, cheffe de service, médecin MPR, psychologue.	Tous les deux mois	1h	Directrice	Articuler les positionnements de l'encadrement et des réflexions organisationnelles et de fonctionnement.
Réunion de cadres hiérarchiques	Directrice, cheffe de service SAVS-SAMSAH, cheffe de service du SESSAD.	Tous les deux mois	2H	Directrice	Partage des problématiques des services et des projets de développement sur les différents secteurs d'activité ; Articulation entre les différents services APF France Handicap Gard ; Analyse de situations singulières ; Articulation et mise en cohérence sur la gestion des ressources humaines.
Réunion de coordination	Direction et/ou cheffe de service et équipe pluridisciplinaire du SAVS et du SAMSAH.	Hebdomadaire par service SAVS le mardi SAMSAH le jeudi	2H	Directrice et/ou cheffe de service	Evocation de situations particulières, préparation des réunions PP, temps de suivis des projets personnalisés.
Réunion d'information générale	Directrice, cheffe de service, l'équipe pluridisciplinaire du SAVS et du SAMSAH.	Mensuelle	45 minutes	Directrice	Vie des services, informations ressources humaines, avancement des projets en cours, dynamique associative régionale et nationale APF France Handicap, informations

Type de réunion	Participants	Fréquence	Durée	Animateur	Objet
					partenaire, retour de formation à l'équipe, Points d'actualité.
Réunion de Projet	Personne accompagnée et/ou son représentant légal, les proches en accord avec l'usager, directrice ou cheffe de service, le médecin ou l'infirmière de coordination pour le SAMSAH, les partenaires.	Annuelle pour chaque personne accompagnée	1h/ 1h30 En fonction de la situation et du nombre de participants	Un membre de la direction en binôme avec le référent de la situation	Co-construire et réactualiser le projet personnalisé de l'usager. Se déroule dans les locaux du service ou au domicile de l'usager.
Réunion qualité	COQUA (copil Qualité)	Tous les trimestres	1H30	Référent en binôme avec l'équipe de direction	Amélioration continue de la qualité, point sur l'avancement des travaux en cours
Réunion revue de direction Qualité	Direction, cheffe de service, référents qualité	Tous les 6 mois	1H	Direction	Présentation des travaux finalisés, validation par la direction des travaux à venir et en déterminer les moyens accordés en personnel et en investissement financier. Validation de la programmation et/ou réactualisation du PAQ
Réunion Pôle soins	IDEC, AES, Aide-soignant, en présence du médecin si possible. Participation possible à la demande d'un technicien autre pour éclairer sur une situation particulière.	Hebdomadaire	1h	IDEC ou le médecin	Articulation du pôle soins et planification
Réunion d'analyse des pratiques	L'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire hors cadres	Toutes les 6 semaines	2h	Intervenant extérieur	A partir de situations amenées par les professionnels, échange entre pairs, régulations par l'intervenant, questionnement divers, apport théorique et pratique, aide à la mise à distance par l'intervenant.

Type de réunion	Participants	Fréquence	Durée	Animateur	Objet
Réunion institutionnelle	Ensemble des équipes	Annuelle	Matinée	Direction et équipe de direction (CDS et cadres techniques)	Informations générales sur le fonctionnement et l'organisation des services ; Projets divers.
Réunion CTT (comité technique Territorial Gard/Hérault)	Directeur Régionale Occitanie, tous les directeurs des services, établissements et délégations Gard/Hérault	3 dans l'année	2h	Directeur Régional et directeur Territorial	Articulation Gard/Hérault et partage des différents travaux en cours sur le territoire.
Réunion CTRS (Comité Technique Régional stratégique)	Le directeur Régional Occitanie L'équipe régionale Occitanie Tous les cadres dirigeant APF France Handicap de l'Occitanie	4 par an	Séminaire de 2 jours	Directeur Régional Occitanie, son équipe, Intervenants du siège national suivant les thématiques abordées	Stratégie Nationale et sa déclinaison en Occitanie ; réflexions et évolutions des politiques nationales sur les questions du handicap ; Articulation et cohérence entre les acteurs.
Réunion inter-SAMSAH Gard	Directeurs et chefs de service des SAMSAH du Gard (ARTES, APSH30, CABA, ADRH)	3 par an	2H	Le Directeur qui reçoit	Travail sur de thématiques diverses (CPOM, Projets de développement, Evaluations internes et externes) Partage d'expériences et expertises Mutualisation d'outils.
Réunion DP	Les Elus et la directrice	Mensuelle	1h30	La directrice	Questions posées par les élus, ou la direction.
Réunion CE Occitanie 2	Les élus et la présidente du CE	Mensuelle	2h30	Présidente (la directrice)	Questions relatives aux missions des CE, suivant ordre du jour communiqué.
Réunion CHSCT	Les élus et la présidente	Trimestrielle	2h30	Présidente (la directrice)	Actions d'amélioration des conditions de travail, suivant ordre du jour validé.

Type de réunion	Participants	Fréquence	Durée	Animateur	Objet
Réunion équipe de direction	Directrice, cheffe de service	Hebdomadaire	1h	La directrice	Coordination, validation de décisions.
Réunion d'expression des salariés	Tous les salariés hors cadres dirigeant	Annuelle	1h	Un salarié	Expression libre du personnel (en référence au code du travail) sur l'organisation et les conditions du travail.
Convention cadre des directeurs	Dynamique nationale APF France Handicap tous les cadres dirigeants	Tous les 3 ans	Séminaire de 2 jours	Le directeur Générale et l'équipe de direction générale	Stratégie nationale et ateliers thématiques.
Congrès national APF France Handicap	Le Conseil d'administration, la direction générale, et les directeurs de service, les cadres dirigeants, un certain nombre d'adhérents, les élus départementaux et régionaux APF France Handicap.	Tous les 5 ans	Séminaire de 3 jours	Le président et le Copil d'organisation de la direction générale et du conseil d'administration	Approbation du nouveau projet associatif ; Echanges politiques.

7.3 La trame des fiches de poste

FAMILLE : Santé et accompagnement

METIER : Rééducation

FICHE DE FONCTION : Ergothérapeute

FINALITE :

Il contribue au développement de l'autonomie et du confort de la personne dans son environnement et au domicile, en concevant des activités utilitaires et de réadaptation.

MISSIONS PRINCIPALES :

Evaluation

- Il évalue les capacités et incapacités de la personne, les aides techniques ou matérielles disponibles ou nécessaires dans le cadre de vie et élabore un diagnostic ergothérapique dans le cadre du projet personnalisé d'accompagnement.
- Il organise les échanges avec la personne, concernant l'évolution de ses besoins dans le but de l'impliquer dans le projet personnalisé.

Elaboration de réponses rééducatives personnalisées

- Il conçoit et conduit un du projet de rééducation ou de réadaptation pour accompagner la personne au niveau de ses capacités fonctionnelles
- Il conçoit, réalise et préconise tous types d'aides techniques et d'aménagement qui favorisent l'autonomie et l'inclusion de la personne dans son environnement
- Il recherche les solutions innovantes susceptibles d'être utiles à l'autonomie de la personne

Accompagnement et suivi

- Il informe et conseille la personne et son entourage sur des aménagements, des équipements ou des aides techniques
- Il assure la formation de la personne et de son entourage à l'utilisation appropriée des aides techniques ou matériels adaptés
- Il adapte et révise les aides techniques et les aménagements
- Il assiste et conseille la personne et son entourage dans leurs rapports avec les fournisseurs de matériels et d'aides techniques
- Il conseille les acteurs concernés sur l'adaptation du cadre de vie de la personne en situation de handicap
- Il éduque et conseille dans le domaine de l'indépendance fonctionnelle la personne, son entourage et les autres professionnels

Gestion médico-administrative

- Il rédige et met à jour pour sa partie le dossier unique de la personne
- Il renseigne les documents médico-administratifs utiles à l'obtention des droits par la personne
- Il prépare et/ou participe aux réunions concernant la personne
- Il peut assurer le cas échéant le rôle de référent pour la personne

COMPETENCES PROFESSIONNELLES REQUISES :

- Rattachement conventionnel
- CCN51 Filière soignante – regroupement de métiers Rééducateur

Formations requises et expérience souhaitée :

- Diplôme d'Etat d'ergothérapeute
- Expérience auprès de personnes en situation de handicap

Principaux domaines de compétences transverses :

- Conseil
- Réalisation des soins et rééducation
- Travail en équipe

Qualité facilitant l'exercice de la fonction :

- Aisance relationnelle
- Adaptabilité
- Maîtrise de soi
- Analyse et synthèse
- Curiosité intellectuelle
- Ecoute
- Communication
- Disponibilité
- Goût du travail en équipe

ENVIRONNEMENT DU POSTE :

Rattachement hiérarchique

- La direction de la structure et par délégation le chef de service

Rattachement fonctionnel

- Le médecin coordonnateur des services
- Les homologues des services et de l'APF France Handicap Occitanie

Les principaux interlocuteurs :

- Tous les acteurs APF France Handicap

- Les usagers des services et leurs proches
- Les salariés des services
- Les partenaires

Les exigences du poste :

- Mission au domicile des personnes sur un territoire départemental imposant de nombreux déplacements
- Flexibilité dans l'organisation du travail (adapté aux besoins spécifiques du public accueilli)

Remise en main propre le …./…./….

8. LES AXES DE DEVELOPPEMENT DU PROJET A 5 ANS (PERSPECTIVES)

Le travail de réactualisation du projet de service a permis de faire émerger cinq axes de travail sur lesquels le SAVS et le SAMSAH vont pouvoir poursuivre leur travail de complémentarité et d'articulation. Les cinq axes principaux avec des perspectives à cinq ans sont les suivants :

- La communication et l'association des usagers
- La question autour de l'agrément
- L'habitat inclusif
- La parentalité
- La formation des professionnels

8.1. La communication et l'association des usagers

La question de la communication et de l'association des usagers aux projets les concernant sont des axes majeurs des différentes lois depuis 2002.

Le décret du 15 mai 2007 est venu renforcer la nécessité de recueillir les besoins et les attentes des usagers à tous les niveaux.

8.2. La question autour de l'agrément

Lors de la séance relative à la définition des axes de développement du projet, il a été posé qu'au moment du dépôt du rapport de l'évaluation externe (4ème trimestre 2018) l'agrément pourrait être re-questionné :

- Maintien des missions départementales pour le SAMSAH ? Sachant que cette mission départementale est nécessaire sur la spécificité des maladies neurologiques évolutives (SLA, Parkinson, Locked-in-syndrome, etc.).
- Réduction pour le SAVS au bassin nîmois ou des moyens complémentaires en personnel pour pérenniser la couverture départementale ou la réduction en capacité de l'agrément du SAVS.
- Réflexion autour d'un service unique SAMSAH -SAVS :
  Notification par la CDAPH à double orientation, passage automatisé à l'admission par le SAMSAH pour une évaluation des besoins en soins, orientation en interne vers une réponse SAMSAH ou SAVS, suivant les attentes de la personne et les besoins repérés par l'équipe, possibilité au cours du parcours et de l'évolution de la situation de diversifier l'accompagnement par le SAVS ou le SAMSAH.

8.3. L'habitat inclusif

La question autour de l'habitat inclusif est un axe stratégique de l'APF France Handicap, qui a publié en 2014 un rapport sur les « Recommandations pour promouvoir un habitat dans une société inclusive. Diversification de l'offre de service en matière d'habitat et société inclusive ». L'APF France Handicap propose une **typologie des nouvelles formes d'habitat** visant à accueillir des personnes ayant des déficiences en s'appuyant sur quatre critères principaux :

- **Le type d'habitat** : l'habitat s'intègre-t-il au sein d'ensembles immobiliers banalisés ou constitue-t-il une entité spécifique ?

- **La nature du logement** : s'agit-il d'un logement autonome disposant d'un espace de vie personnel ou d'une chambre agrémentée d'espaces collectifs ?
- **Le statut de l'occupant** : s'agit-il d'un bail individuel classique, d'une collocation ou d'un contrat de séjour ? Y-a-t-il un intermédiaire entre l'occupant et le bailleur ?
- **Le mode d'organisation des services** : s'agit-il de services internalisés ou externalisés ? Par ailleurs, les services font-ils l'objet d'une mutualisation ou non ?

Cet axe de travail constitue l'orientation n°2 du schéma départemental du Gard en faveur des personnes en situation de handicap 2016-2020. En effet, l'axe 2.2 du schéma préconise de favoriser l'accès à un logement adapté, en améliorant la qualité de vie et la sécurité des personnes à domicile et en permettant le développement et l'accès du plus grand nombre aux technologies favorisant l'autonomie comme la domotique. Parmi les objectifs opérationnels, on note le développement de l'offre quantitative de logements adaptés notamment dans le parc social afin d'offrir une alternative, la facilitation des démarches d'adaptation au logement dans le parc privé ou encore la veille domotique (Cf. pp 76-79).

8.4. La parentalité

L'axe relatif à la parentalité est également une des orientations du schéma départemental du Gard en faveur des personnes en situation de handicap 2016-2020. L'axe n° 2.5 : « accompagner la parentalité des personnes handicapées » a pour objectifs stratégiques :

- D'accompagner les parents handicapés dans leur fonction parentale en s'appuyant sur leurs compétences ;
- D'aider les parents handicapés en difficulté à trouver des solutions de répit ;
- D'améliorer le niveau de compétence des professionnels intervenant dans l'accompagnement des parents handicapés.

Là encore, cet axe est également un des axes stratégiques de l'APF France Handicap, qui a publié fin 2017 un guide intitulé « *Parents Handis pas à pas. Du désir d'enfant à son entrée en maternelle*. » Ce guide élaboré par le groupe national de l'APF France handicap « Parent Handis » permet non seulement de faire évoluer l'accueil des futurs parents et parents ayant un handicap moteur dans les différentes structures liées à la parentalité mais également de réfléchir et recenser les « trucs et astuces » facilitant la parentalité par les personnes à mobilité réduite, en termes de mobilier, de documents ou de matériel technique. Ce guide, fort bien documenté, offre un panorama de la parentalité, allant du désir d'enfant à la procréation, de la grossesse à l'accouchement et ce, jusqu'à l'entrée en maternelle.

8.5. La formation des professionnels

L'axe autour de la formation est à optimiser et à renforcer sur le handicap en général ou d'autres thématiques autour des évolutions législatives et règlementaires et des orientations de l'association.

Cette démarche de formation répond à l'objectif de partager des valeurs et des références communes au sein des deux services de l'APF France Handicap.

9. LES ANNEXES

Le livret d'accueil

Le règlement de fonctionnement

La plaquette de présentation des services

Le projet d'accompagnement

Le contrat de séjour

La charte de l'APF

****