



A l'attention de nos lecteurs : collaborateurs, professionnels,
stagiaires, partenaires, financeurs...

Ce Projet de Services est le fruit d'un gros travail réalisé par
les équipes des 9 services autorisés du SESVAD.
Comme les personnes que nous accompagnons, vous
pourrez faire, en lecture, un parcours au sein de notre
dispositif !

Un socle commun unit les 9 services du dispositif appelé
SESVAD dont l'offre est multiple mais toujours au service
d'un mode de vie autonome à domicile.

Ainsi, après la lecture des 58 premières pages communes
aux 9 services, vous pourrez opter pour ne lire que les
chapitres concernant le ou les services qui vous intéressent !
Avec l'ensemble de mes collaborateurs, je vous souhaite une
agréable découverte de notre organisation, de nos savoir-
faire, mais aussi de nos projets pour les 5 prochaines
années.

Bonne lecture !!



Anne ENSELME LEVRAUT
Directrice SESVAD

S o m m a i r e

LISTE DES SIGLES UTILISES	1
1 INTRODUCTION	3
2 APF FRANCE HANDICAP	6
1.4 UNE LOGIQUE DE MOUVEMENT : LE NIVEAU REVENDICATIF.....	7
1.5 UNE LOGIQUE DE GESTION DE STRUCTURES MEDICO-SOCIALES	8
1.6 GOUVERNANCE ET DIRIGEANCE.....	9
1.7 LE DIRECTEUR : UNE DIRIGEANCE DE PROXIMITE.....	10
3 LE SESVAD : SERVICES SPECIALISES POUR UNE VIE AUTONOME A DOMICILE	11
1.1 HISTOIRE.....	11
1.2 CADRE REGLEMENTAIRE	12
1.2.1 LA LOI 2002-2 DU 2 JANVIER 2002 RENOVANT L’ACTION SOCIALE ET MEDICO-SOCIALE.....	12
1.2.2 LE DECRET DE LA LOI 2002-2 N° 2005-223 DU 11 MARS 2005.....	12
1.2.3 LA LOI 2002-303 DU 4 MARS 2002.....	13
1.2.4 LE DECRET 2004-613 DU 25 JUIN 2004	13
1.2.5 LA LOI N°2005-102 DU 11 FEVRIER 2005	14
1.2.6 LA LOI PORTANT REFORME DE LA PROTECTION JURIDIQUE DES MAJEURS DU 5 MARS 2007	14
1.2.7 LE DECRET 2009-322 DU 20 MARS 2009.....	14
1.2.8 LA LOI 2009-879 DU 21 JUILLET 2009 “HOPITAL, PATIENTS, SANTE, TERRITOIRES” (HPST)	14
1.2.9 LA CHARTE ROMAIN JACOB	15
1.2.10 LE RAPPORT « ZERO SANS SOLUTIONS » de M. PIVETEAU DU 10 JUIN 2014	15
1.2.11 LE PROJET SERAFIN-PH	17
1.2.12 LE SCHEMA D’ORGANISATION MEDICO-SOCIALE METROPOLITAIN	17
1.2.13 LE PROJET REGIONAL DE SANTE	17
1.2.14 LES CPOM.....	18
1.2.14.1 AVEC LA METROPOLE DE LYON	18
1.2.14.2 AVEC L’AGENCE REGIONALE DE SANTE	19
1.3 SITUATION GÉOGRAPHIQUE ET LOCAUX.....	20
1.3.1 LES DIFFÉRENTS PÔLES	20
1.3.2 L’ESPACE D’ACCUEIL ET LA PERMANENCE	21
1.3.3 LA SALLE DE RÉUNION	22

1.3.4	L'ESPACE DE COMMUNICATION	22
1.3.5	LA SALLE CONVIVIALE DE L'HABITAT SERVICE	22
1.3.6	LES LOCAUX DES SERVICES DU SECTEUR SUD OUEST	23
1.4	LES MOYENS MATÉRIELS	23
1.5	LES RESSOURCES HUMAINES.....	24
1.5.1	LES EQUIPES.....	24
1.5.1.1	LES EQUIPES SONT MULTIDISCIPLINAIRES	24
1.5.1.2	LE TRAVAIL D'EQUIPE	24
1.5.1.3	L'ENSEMBLE DES PROFESSIONNELS ASSOCIENT DES QUALITES HUMAINES.....	25
1.5.1.4	L'EQUIPE DE DIRECTION	25
1.5.1.5	L'EQUIPE ADMINISTRATIVE ET LOGISTIQUE.....	28
1.5.2	L'ORGANIGRAMME FONCTIONNEL	30
1.5.3	LA PYRAMIDE DES AGES.....	31
1.5.4	LE SOUTIEN TECHNIQUE AUX SALARIES.....	31
1.5.4.1	D'APF FRANCE HANDICAP	31
1.5.4.2	D'ORGANISMES EXTERIEURS.....	33
1.5.5	L'ACCUEIL DE STAGIAIRES.....	33
1.5.6	LE CADRE DE LA REGULATION SOCIALE	34
1.5.7	QUALITE DE VIE AU TRAVAIL ET RISQUES PSYCHO-SOCIAUX.....	35
1.5.7.1	L'ACCORD D'ENTREPRISE RELATIF A LA PREVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS ET AU MAINTIEN DANS L'EMPLOI.....	35
1.5.7.2	LES PLANS D'ACTION RPS	35
1.5.8	ORIENTATIONS ET OBJECTIFS STRATEGIQUES DE LA GESTION DES RH	36
1.5.8.1	DES PERSPECTIVES D'EMPLOIS STABLES OU EN LEGERE CROISSANCE POUR LES PROCHAINES ANNEES..	36
1.5.8.2	DES PREVISIONS DE RECRUTEMENTS POUR FAIRE FACE AUX DEPARTS ET AUX NOUVEAUX BESOINS.....	36
1.5.8.3	VIRAGE INCLUSIF, DEVELOPPEMENT DES SERVICES A DOMICILE ET ACCUEIL DE NOUVEAUX PUBLICS ...	36
1.5.8.4	SYSTEME D'INFORMATION ET RESEAUX	37
1.5.8.5	PLAN D'ACTION PRIORITAIRE	38
1.6	LES VALEURS ET SPECIFICITES AU SESVAD	41
1.6.1	LE DOMICILE : UN MODE D'ACCOMPAGNEMENT PARTICULIER.....	41
1.6.2	DEFINITION DU DOMICILE	42
1.6.3	INTERACTION AVEC L'ENVIRONNEMENT.....	43
1.6.4	LES LIMITES DE L'ACCOMPAGNEMENT.....	43
1.6.5	LE DOMICILE : DES EXIGENCES SPECIFIQUES	43
1.6.6	DES QUESTIONNEMENTS D'ORDRE ETHIQUE.....	44
1.6.7	LE REGLEMENT DE FONCTIONNEMENT	44

1.6.8	LIBRE CHOIX ET IMPLICATION DE LA PERSONNE	44
1.6.9	LA BIENTRAITANCE AU CŒUR DE NOTRE ACCOMPAGNEMENT	45
1.6.10	LES EVENEMENTS INDESIRABLES	47
1.6.11	ACCOMPAGNER LE PROJET PERSONNALISE : UNE DEMARCHE DE CO-CONSTRUCTION	48
1.6.11.1	L'ACCOMPAGNEMENT INDIVIDUEL.....	48
1.6.11.2	L'ACCOMPAGNEMENT COLLECTIF.....	49
4	LA COORDINATION AVEC LES PARTENAIRES	52
1.1	LES PRESCRIPTEURS EN AMONT	52
1.2	LES RELAIS EN AVAL.....	53
1.3	LES NOMBREUX PARTENAIRES.....	53
1.4	PARTENARIAT AU SERVICE DES FENOTTES	54
1.5	LES CONVENTIONS	55
1.6	L'ANCRAGE DANS L'ENVIRONNEMENT	57
1.7	LES REUNIONS DE SYNTHESE AVEC LES PARTENAIRES.....	57
1.8	LES OUTILS.....	57
5	LE PUBLIC ACCOMPAGNE	58
1.1	AU SAMSAH, AU SSIAD, A LA GIN,	58
1.2	AU SAVS, A L'HABITAT SERVICE	59
1.3	AU SAMSAH, AU SAVS, A LA GIN	59
1.4	AUX FENOTTES	59
6	L'OFFRE D'ACCOMPAGNEMENT : LA DEMARCHE DE PROJET.....	60
	60	
1.	LE SAMSAH (SERVICE D'ACCOMPAGNEMENT MEDICO-SOCIAL POUR ADULTES HANDICAPES).....	61
1.4.1	L'EQUIPE MEDICALE, SOIGNANTE ET SOCIALE.....	62
1.4.1.1	Le médecin coordonnateur	62
1.4.1.2	L'infirmière coordinatrice.....	63
1.4.1.3	L'infirmier	64
1.4.1.4	L'aide-soignant	65
1.4.1.5	L'ergothérapeute.....	66
1.4.1.6	La psychologue	66
1.4.1.7	L'accompagnant social	67
1.4.2	LA PROCEDURE D'ACCUEIL NOUVELLE DEMANDE (AND)	68
1.4.3	UNE PREMIERE EVALUATION DES BESOINS.....	69
1.4.4	UN TRAVAIL DE PREPARATION SOUTENU AU FIL DES MOIS.....	70

1.4.5	LES DELAIS D'ATTENTE.....	71
1.4.6	L'ADMISSION ET LE DEBUT D'ACCOMPAGNEMENT.....	71
1.4.7	L'EXPRESSION ET L'IDENTIFICATION DES BESOINS, SOUHAITS ET CAPACITES DE LA PERSONNE ACCOMPAGNEE.....	73
1.4.7.1	L'EVALUATION SOCIALE AU SAMSAH.....	74
1.4.7.2	L'EVALUATION PSYCHOLOGIQUE AU SAMSAH.....	75
1.4.7.3	L'EVALUATION ERGO THERAPEUTIQUE AU SAMSAH.....	75
1.4.7.4	L'EVALUATION SOIN AU SAMSAH.....	76
1.4.7.5	L'EVALUATION PLURIDISCIPLINAIRE AU SAMSAH.....	76
1.4.8	LE PROJET PERSONNALISE D'ACCOMPAGNEMENT (PPA).....	76
1.4.9	LA COORDINATION ET LE SUIVI DES ACTIONS.....	78
1.4.9.1	LA REUNION D'EQUIPE SAMSAH.....	78
1.4.9.2	LES RELEVES SOIN SAMSAH.....	79
1.4.9.3	LA COMMUNICATION INTERNE AUTOUR DES ACCOMPAGNEMENTS.....	79
1.4.10	LA FIN D'ACCOMPAGNEMENT ET LE PASSAGE DE RELAIS.....	80
1.4.11	LE COUT DU SAMSAH.....	83
2.	LES SAVS ET L'HABITAT SERVICE.....	85
1.4.1	LE SAVS (SERVICE D'ACCOMPAGNEMENT A LA VIE SOCIALE).....	85
1.4.2	L'HABITAT SERVICE.....	86
1.4.3	L'EQUIPE.....	88
1.4.3.1	L'accompagnant social.....	88
1.4.3.2	L'ergothérapeute.....	89
1.4.3.3	La psychologue.....	90
1.4.4	LA PROCEDURE D'ACCUEIL NOUVELLE DEMANDE (AND).....	90
1.4.5	UNE PREMIERE EVALUATION DES BESOINS.....	91
1.4.6	UN TRAVAIL DE PREPARATION SOUTENU AU FIL DES MOIS.....	92
1.4.7	LES DELAIS D'ATTENTE.....	92
1.4.8	L'ADMISSION ET LE DEBUT D'ACCOMPAGNEMENT.....	93
1.4.9	L'EXPRESSION ET L'IDENTIFICATION DES BESOINS, SOUHAITS ET CAPACITES DE LA PERSONNE ACCOMPAGNEE.....	95
1.4.9.1	L'EVALUATION SOCIALE AU SAVS et HABITAT SERVICE.....	95
1.4.9.2	L'EVALUATION PSYCHOLOGIQUE AU SAVS et HABITAT SERVICE.....	96
1.4.9.3	L'EVALUATION ERGO THERAPEUTIQUE AU SAVS et HABITAT SERVICE.....	96
1.4.9.4	L'EVALUATION PLURIDISCIPLINAIRE AU SAVS et HABITAT SERVICE.....	97
1.4.10	LE PROJET PERSONNALISE D'ACCOMPAGNEMENT.....	98
1.4.11	LA COORDINATION ET LE SUIVI DES ACTIONS.....	99

1.4.11.1	LA REUNION D'EQUIPE SAVS et HABITAT SERVICE.....	100
1.4.11.2	LA COMMUNICATION INTERNE AUTOUR DES ACCOMPAGNEMENTS.....	101
1.4.12	LA FIN D'ACCOMPAGNEMENT ET LE PASSAGE DE RELAIS.....	101
1.4.13	LE COUT DU SAVS ET DE L'HABITAT SERVICE.....	105
3.	LE SSIAD.....	106
1.4.14	L'EQUIPE.....	107
1.4.14.1	L'infirmière coordinatrice.....	108
1.4.14.2	L'aide-soignant.....	108
1.4.15	LE SECTEUR GEOGRAPHIQUE.....	109
1.4.16	LA PROCEDURE D'ACCUEIL NOUVELLE DEMANDE (AND).....	111
1.4.17	UNE PREMIERE EVALUATION.....	112
1.4.18	LES DELAIS D'ATTENTES.....	112
1.4.19	L'ADMISSION ET LE DEBUT D'ACCOMPAGNEMENT.....	112
1.4.20	L'EXPRESSION ET IDENTIFICATION DES BESOINS.....	112
1.4.21	LE PROJET INDIVIDUALISE DE SOINS (PIS).....	113
1.4.22	LA COORDINATION ET LE SUIVI DES ACTIONS.....	113
1.4.23	LA FIN DE L'ACCOMPAGNEMENT.....	114
1.4.24	LE COUT DES SSIAD.....	114
4.	LA GARDE ITINERANTE DE NUIT (GIN).....	116
1.4.25	L'EQUIPE.....	118
1.4.25.1	L'infirmière coordinatrice.....	119
1.4.25.2	L'aide-soignant.....	120
1.4.26	LE SECTEUR GEOGRAPHIQUE.....	121
1.4.27	LA PROCEDURE D'ACCUEIL NOUVELLE DEMANDE (AND).....	122
1.4.28	UNE PREMIERE EVALUATION.....	122
1.4.29	LES DELAIS D'ATTENTE.....	122
1.4.30	L'ADMISSION ET LE DEBUT D'ACCOMPAGNEMENT.....	123
1.4.31	LE PROJET INDIVIDUALISE DE SOINS (PIS).....	123
1.4.32	LA COORDINATION ET LE SUIVI DES ACTIONS.....	123
1.4.33	LA FIN DE L'ACCOMPAGNEMENT.....	124
1.4.34	LE COUT DES GIN.....	125
5.	LES FENOTTES.....	126
1.4.35	L'EQUIPE.....	126
1.4.35.1	La coordinatrice.....	127
1.4.35.2	La psychologue :.....	127

1.4.35.3	La secrétaire :	127
1.4.36	LA PROCEDURE D'ACCUEIL NOUVELLE DEMANDE	128
1.4.37	L'ADMISSION ET LE DEBUT D'ACCOMPAGNEMENT	129
1.4.38	UNE PREMIERE EVALUATION	129
1.4.39	L'ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISE	129
1.4.39.1	Le suivi de l'accompagnement	129
1.4.39.2	L'accompagnement de l'aidant familial	129
1.4.39.3	Les temps individuels	130
1.4.39.4	Les temps collectifs	132
1.4.40	LA COORDINATION ET LE SUIVI DES ACTIONS	134
1.4.40.1	La coordination Interne	134
1.4.40.2	La coordination externe	135
1.4.41	LA FIN DE L'ACCOMPAGNEMENT	137
1.4.42	LE COUT DES FENOTTES	137
7	LA DEMARCHE D'EVALUATION ET D'AMELIORATION DE LA QUALITE	139
1.5	UNE DEMARCHE GLOBALE CENTREE SUR LA PERSONNE ACCOMPAGNEE : L'APPUI DU CVS	139
1.6	UNE EVALUATION GLOBALE DU SESVAD	140
1.7	LA DEMARCHE QUALITE AU SEIN DU SESVAD	141
1.8	RAPPEL DE L'HISTORIQUE DE LA DEMARCHE	142
1.9	L'EVALUATION INTERNE ET EXTERNE	143
1.10	LA DEMARCHE D'AMELIORATION QUALITE AU QUOTIDIEN	144
1.11	LA QUALITE AUJOURD'HUI ET POUR LES ANNEES A VENIR	145
1.12	DISPOSITIF D'EVALUATION DU PROJET DE SERVICE ET LES MODALITES DE COMMUNICATION EVALUER LE PROJET	146
8	LISTE DES ANNEXES	149



LISTE DES SIGLES UTILISES



AAH : Allocation Adulte Handicapé

AFM : Association Française pour les Myopathies

ANESM : Agence Nationale de l'Evaluation de la qualité des Etablissements et Services sociaux et Médico-sociaux

APF FRANCE HANDICAP : Association des Paralysés de France

APL : Aide Personnalisée au Logement

ARS : Agence Régionale de la Santé

CA : Conseil d'Administration

CAF : Caisse d'Allocations Familiales

CDAPH : Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées

CIF : Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la santé

CIH2 : Classification Internationale du Handicap

CMP : Centre Médico Psychologique

CNU : Conseil National des Usagers

CODIR : Comité de Direction

COQUA : Comité Qualité

CPOM : Contrat Pluri Annuel d'Objectifs et de Moyens

CROSMS : Comité Régional d'Organisation Sociale et Médico-Sociale

CVS : Conseil de la Vie Sociale

DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

DIF : Droits Individuels de Formation

DQ : Démarche Qualité

DRH : Direction des Ressources Humaines

DUU : Dossier Unique de la personne accompagnée

DUPA : Dossier Unique de la Personne Accompagnée

HAD : Hospitalisation A Domicile

HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoires loi du 21 juillet 2009

GIN : Garde Itinérante de Nuit

IDEC : Infirmière Coordinatrice

IMC : Infirme Moteur cérébral

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

MDR : Maison du Rhône

MPR : Médecine Physique et Réadaptation

PAQ : Plan d'Amélioration de la Qualité

PCH : Prestation de Compensation du Handicap

PPA : Projet Personnalisé d'Accompagnement

PRIAC : Programme Interdépartemental d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie

RQ : Référente Qualité

RH : Ressources Humaines

SAP : Services d'Aide à la Personne

VAE : Validation des Acquis de l'Expérience

SAVS : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale

SAMSAH : Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés

SEP : Sclérose En Plaques

SESVAD : Services Spécialisés pour une Vie à Domicile

SSIAD : Service de Soins Infirmiers à domicile

SLA : Sclérose Latérale Amyotrophique





1 INTRODUCTION



De nombreuses personnes en situation de handicap expriment leur préférence pour une vie à domicile, dans leur bassin de vie, près de leur entourage. Et l'une des valeurs principales d'APF France handicap¹ est le **libre choix du mode de vie**, afin qu'elles s'inscrivent dans un parcours de vie choisi.

Des orientations associatives fortes associées à des valeurs humaines, de participation, de démocratie, se traduisent dans le nouveau projet associatif « **...Pouvoir d'agir, pouvoir choisir...** » **2018-2023**, qui a été adopté au congrès d'APF France Handicap en mai 2018.

Dans le même temps, APF France handicap a révisé ses statuts et s'est doté d'un nouveau règlement intérieur avec une évolution majeure : l'élargissement de son action à d'autres types de handicap pour défendre les droits de toutes les personnes **quel que soit leur handicap**.

Le SESVAD **est un seul et même dispositif** proposant différentes formes d'accompagnement, complémentaires et adaptées à des personnes accompagnées ayant des besoins spécifiques, accompagnement matérialisé sous la forme du **Projet Personnalisé d'Accompagnement** résultant à la fois du projet social et du projet de soin de la personne.

Depuis l'écriture du précédent Projet de Services en 2012, le SESVAD a évolué avec la création de services sur le Secteur Sud-ouest (SAVS, SSIAD et GIN).

Avec l'offre sur le Secteur Sud-ouest, le SESVAD s'est développé sur le Rhône, ce qui a contribué

à plus d'équité pour les personnes en situation de handicap.

En décembre 2018, **le SESVAD propose 207 places d'accompagnement, plus l'offre du service des Fenottes, sur deux territoires Est et Sud-ouest du Rhône**. La tendance observée ces dernières années est que, si la porte d'entrée vers les services est encore majoritairement le handicap moteur et/ou la cérébro-lésion, de nombreuses personnes présentent des difficultés psycho-sociales importantes (situations complexes), justifiant le besoin d'un accompagnement soutenu et expert par les services du SESVAD.

La volonté de l'équipe de direction de parvenir à ce que tout acteur, salarié, partenaire, financeur et personne accompagnée, aient un réel sentiment d'appartenance au SESVAD, quel que soit le service qui l'emploie ou qui l'accompagne, nous a guidés à élaborer **un seul Projet de Services** mais avec, différemment au Projet de 2012, une déclinaison de chaque type de service (SAMSAH, SAVS, HABITAT SERVICE, SSIAD, GIN et FENOTTES).

Pour la révision du Projet de Services, nous nous sommes attachés à ...

- Être en cohérence avec le **nouveau projet associatif France handicap** « **...Pouvoir d'agir, pouvoir choisir...** » qui souhaite encore plus de participation de la personne accompagnée avec une horizontalité entre les structures et une mutualisation des prestations et des moyens.

¹ L'association des Paralysés de France a changé de dénomination en avril 2018 pour devenir APF France handicap.

- Respecter le Guide des Bonnes Pratiques « *élaboration et approbation des projets d'établissement ou de service APF France handicap* » et les Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles (RBPP).
- Nous mettre dans une logique de « **Réponse Accompagnée pour Tous** » (RAPT) :

. Rechercher la participation active de la personne : développement de la capacité de la personne à agir, accompagnement à « l'accès à la décision » ;

. Nous orienter vers une Logique de parcours et non plus de places / Dispositif d'Orientation Permanent ;

. Favoriser la réponse collective, la coopération entre les différents acteurs, selon le principe de subsidiarité ;

. Solliciter un Plan d'Accompagnement Global (PAG) quand aucune solution n'a pu émerger ;

. Encourager le Soutien par les pairs : pair aidance.

Nous sommes partis ...

D'un Projet de Services qui a été écrit en décembre 2012 pour :

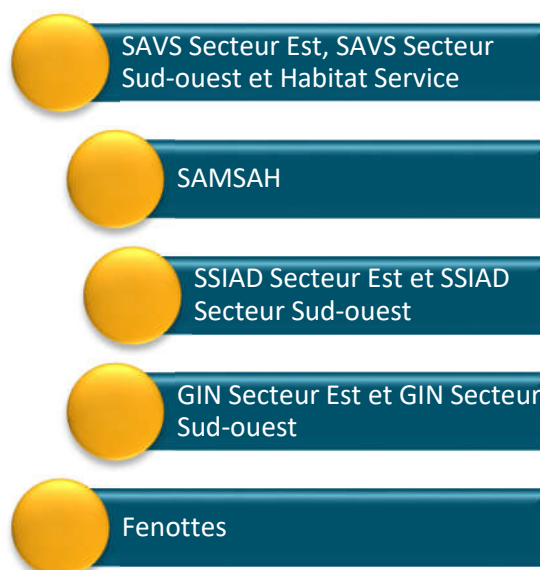
- Le SAMSAH, le SAVS Secteur Est, la GIN Secteur Est, l'Habitat Service et les Fenottes.

Depuis 2012, des services ont été autorisés, tant sur le secteur Est que Sud-ouest. Le Projet

En 2012, le choix avait été fait de regrouper toutes les données des différents services, qui étaient bien moins nombreux, au sein d'un document globalisé.

En 2018, nous faisons le choix de conserver une présentation commune pour les éléments introductifs, la présentation d'APF France handicap et du SESVAD, les Ressources Humaines, les valeurs et la Démarche Qualité.

A cela, s'ajoutera une présentation détaillée par services, regroupés ainsi :



de Service des SSIAD a été écrit en 2017 et celui des Fenottes révisé en 2018 (du fait de son autorisation en 2017 par l'ARS).

Il s'agit aussi d'actualiser les données du précédent Projet de Services en tenant compte :



La mise à jour a été réalisée avec des professionnels des services concernés pilotés par le **Comité de direction** et le **Comité qualité**.

Des groupes de travail se sont rencontrés, entre le 1^{er} septembre et le 15 novembre 2018, à raison de 2h00 par regroupement et entre 2 et 4 regroupements par groupe, sur chacun des 2 sites.

Une sensibilisation de tous les professionnels a été réalisée en amont, lors de la réunion plénière du 28 juin 2018, à l'issue de la présentation du Rapport d'Activité 2017.

Un sommaire a été préparé avec la Direction et validé en Comité Qualité. Il avait pour but de guider les groupes dans les éléments à faire apparaître impérativement pour proposer un document pertinent et harmonieux.

Les Référents Qualité ont préparé une extraction des données du précédent Projet de Services, pour chaque groupe de travail, ainsi que des documents complémentaires, comme les Evaluations Internes (EI), les Evaluations Externes (EE), Plan d'Action, RBPP etc.

Les questions restant en travail, les thèmes devant être encore approfondis ont constitué, par service, une à deux fiches action avec des perspectives de travail.

Les COQUA du 2nd semestre (07/09, 05/10, 09/11, 07/12) ont permis de faire des points de situation sur chaque groupe de travail.

La compilation des écrits, la mise en forme et la relecture finale ont été réalisées par l'équipe de direction.

Sur cette période, une présentation des points clef de la réécriture du Projet de Services a été proposée, par le biais d'un Power Point, en CVS le 26 octobre 2018, où les élus représentent tous les services du SESVAD. Des personnes accompagnées volontaires de l'ensemble des services ont été également accueillies et associées.

Les Référents Qualité et les représentants des salariés au CVS, ont sensibilisé les personnes accompagnées à participer à une réunion CVS intermédiaire organisée le 7 décembre 2018. Les accompagnants sociaux ont aussi expliqué la démarche aux personnes accompagnées lors de leurs visites.

Des rencontres entre animateurs des groupes, Référent Qualité, Comité Qualité et Comité de Direction ont eu lieu à des étapes intermédiaires pour clarifier certains points.

Le Projet de Services du SESVAD sera finalisé en **février 2019** et il est le fruit du travail de nombreux professionnels, avec des personnes accompagnées, et de l'écriture finale de la direction du SESVAD.

C'est un document riche et détaillé, qui s'adresse **aux personnes accompagnées** par les services, **aux salariés, aux partenaires, aux collaborateurs d'APF France handicap**, aux **organismes de tutelle**, aux **financeurs** et à toute personne intéressée par le projet de vie à domicile de personnes en situation de handicap.

Il sera largement diffusé ayant été conçu pour témoigner de pratiques et pour favoriser l'échange sur celles-ci.

2 APF FRANCE HANDICAP

L'association APF France handicap est la plus importante organisation française, reconnue d'utilité publique, de défense et de représentation des personnes en situation de handicap et de leurs proches.

Créée en 1933, connue et reconnue jusqu'en avril 2018 sous le nom de l'Association des Paralysés de France, elle est devenue **APF France handicap le 18 avril 2018**, dans un nouvel élan voté par les adhérents en juin 2017 dans le cadre de la modification des statuts de l'association.

APF France handicap a une double identité avec deux objets sociaux :

Un mouvement revendicatif

Une association qui s'est développée dans une logique publique, de gestion de services, d'établissements médico-sociaux et d'entreprises adaptées.

A ces fins, elle s'appuie sur une charte et un projet associatif communs à tout le mouvement.

En 2018, **540 services, établissements** et délégations portent APF France handicap pour une nouvelle identité, rajeunie, plurielle, ouverte et une volonté d'ouverture - déjà réelle - à d'autres types de handicap, au-delà de la déficience motrice.

APF France handicap porte des valeurs humanistes, militantes et sociales et un projet d'intérêt général, celui d'une société inclusive et solidaire.

L'association agit pour l'égalité des droits, la citoyenneté, la participation sociale et le libre choix du mode de vie des personnes en situation de handicap et de leur famille. Dans le fondement

de ses valeurs, APF France handicap² vise à promouvoir l'être humain, dans toutes ses dimensions, au-delà du handicap et de la maladie : « *L'être humain ne peut être réduit à son handicap ou à sa maladie quels qu'ils soient ; en tant que citoyenne, la personne handicapée exerce ses responsabilités dans la société, elle a le choix et la maîtrise de son environnement* ». La vocation première d'APF France handicap est de tout faire pour que chacune des personnes en situation de handicap vive sa citoyenneté au quotidien, en



APF France handicap rassemble aujourd'hui :

100 000

Acteurs mobilisés dans plus de 540 structures autour des projets et actions de l'APF

21000 Adhérents

30000 Usagers

14100 Salariés

25000 Bénévoles

²Annexe 1 : Charte APF

choisissant librement son mode de vie et en ayant accès à tout, en dehors de toute discrimination.

L'article 1 des statuts de l'organisme gestionnaire stipule qu'APF France handicap a pour but

*« ...l'amélioration de la situation sociale, matérielle et de l'état de santé des personnes, enfants ou adultes, atteintes de déficiences motrices avec ou sans troubles associés et de leur famille. »
Elle précise à l'article 2 que :
« Ses moyens d'action sont la mise en œuvre directe ou indirecte de toutes opérations jugées utiles, toutes activités économiques ou non, permettant d'atteindre ses buts et, particulièrement :
Incitation à l'innovation et à la création ou à la gestion d'établissements, de services pour répondre à des besoins recensés ou pour en démontrer la nécessité ou l'utilité »*

nouveau projet dans la lignée du précédent : « **...Pouvoir d'agir, pouvoir choisir...** » adopté par les adhérents lors du Congrès de Montpellier le 21 juin 2018. Ce projet fixe des orientations stratégiques au service de la personne, s'appuie sur l'approche par les droits et repose sur l'innovation sociale et technique, l'entraide et une démarche démocratique.

Les cinq axes stratégiques sont :



1.4 UNE LOGIQUE DE MOUVEMENT : LE NIVEAU REVENDICATIF

Depuis 2004, l'association mise sur une responsabilité accrue des adhérents et des usagers, appelés à représenter politiquement l'association au niveau local, grâce à l'élection de **Conseils Départementaux**. Ceux-ci reçoivent, dans une logique participative de proximité nommée alors « *Démocratie ensemble* », délégation du conseil d'administration et représentent l'instance de portage politique départementale. L'idée forte est bien d'intégrer la notion de participation sociale et de consacrer le statut « d'acteurs du mouvement » des adhérents de l'association.

APF France handicap met le pouvoir d'agir des personnes au cœur de son action et cela fonde son dernier projet associatif 2018-2023,

Il est à noter que le nouveau Projet associatif valide l'ouverture d'APF France handicap à tout type de handicap.

Article 1 du règlement intérieur - Les buts : L'association a, entre autres buts, la défense et le soutien à titre collectif et individuel des **personnes en situation de handicap**, notamment pour les cas de discrimination.

1.5 UNE LOGIQUE DE GESTION DE STRUCTURES MEDICO-SOCIALES

Les logiques « *d'entre aide* » et surtout de revendications, fondatrices du mouvement associatif ont peu à peu glissé vers des logiques de service public. Entre initiative privée et service public, elles ont constitué le « **secteur médico-social** » qui sera consacré par la parution des deux lois fondatrices en 1975.

APF France handicap gère de nombreuses structures financées par l'État, les organismes de sécurité sociale ou les collectivités territoriales. Celles-ci apportent une réponse, d'une part au libre choix du mode de vie et d'accès aux soins, mais également au libre choix du parcours scolaire, de formation professionnelle et du parcours professionnel.

La feuille de route de l'offre de service d'APF France handicap, validée par le Conseil d'Administration le 27 janvier 2017, pose les fondamentaux politiques d'une offre résolument axée vers l'inclusion des personnes et s'inscrivant dans une vision dynamique. APF France handicap est inscrite dans une vision dynamique de l'offre de service qui répond à trois objectifs :

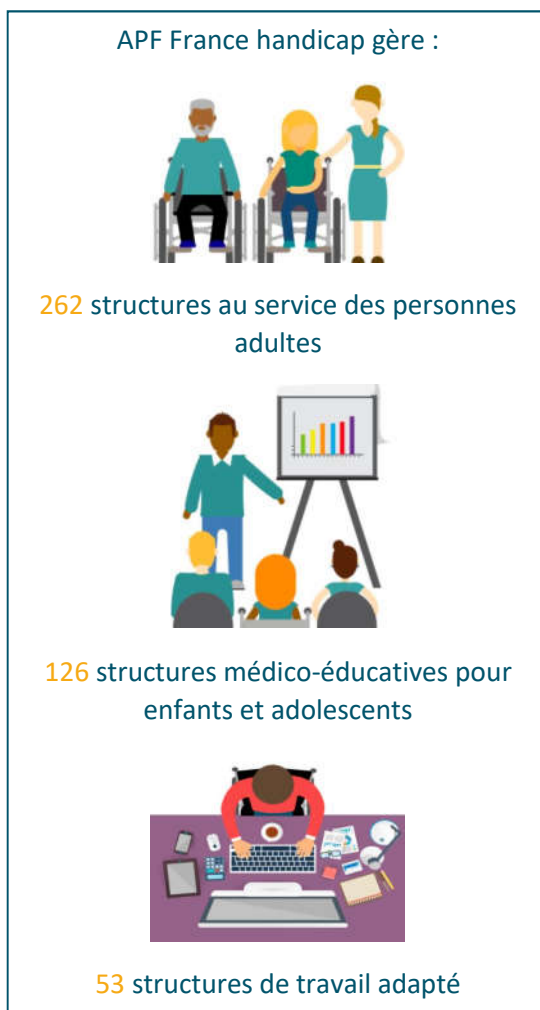
Le modèle de fonctionnement (organisationnel et économique) d'APF France handicap s'inscrit dans une **logique de continuité** par rapport à celui des années précédentes, sans rupture organisationnelle ou évolution interne ou externe qui viendrait impacter lourdement les métiers en nombre et en qualité.

Cependant, le secteur du handicap est fortement impacté par l'évolution législative et

réglementaire de ces dernières années et par les différents chantiers nationaux que sont « **une Réponse Accompagnée pour Tous** » (RAPT) ou encore le projet de réforme de la **tarification SERAFIN-PH**.

Avec la généralisation des CPOM, la réforme des nomenclatures pour favoriser la fluidité des parcours, les établissements et services sont enjoints à déployer de nouvelles formes d'accompagnements plus souples et plus adaptées à la prise en compte des situations individuelles. Aujourd'hui, le secteur du handicap ne doit plus être défini en termes de structures mais **en termes d'actions et de prestations**, en direction

des personnes et de leur environnement.



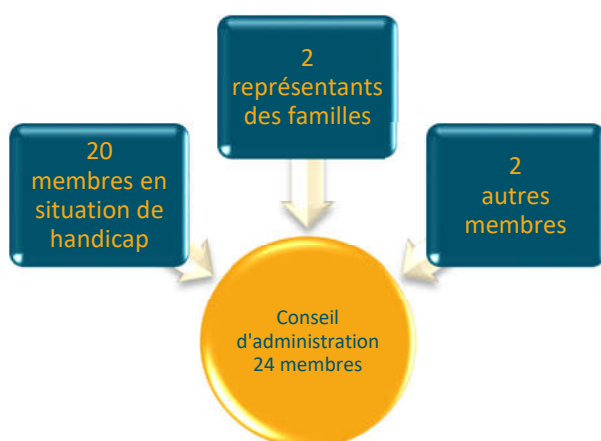
La souplesse,

La réponse aux besoins émergents,

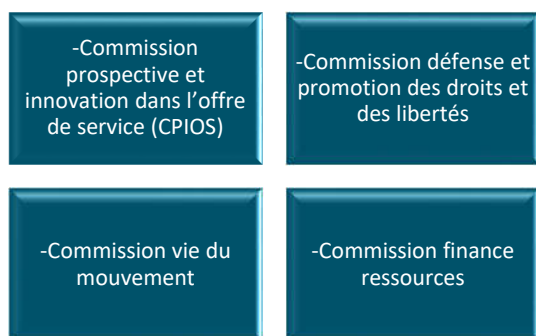
Le rôle central des délégations pour initier de nouvelles offres de service.

1.6 GOUVERNANCE ET DIRIGEANCE

APF France handicap est une association nationale unique qui instaure une gouvernance de proximité. Elle est dirigée par un conseil d'administration élu par ses adhérents, composé de :



Ils définissent régulièrement, à partir de leur expression, les grands axes de revendications de l'association. Le CA est organisé autour de 4 commissions nationales :



Chaque département dispose d'une présence technique et d'une représentation politique. Le territoire est **maillé de délégations**. Ces dernières permettent un ancrage local, une mobilisation des acteurs et une appartenance des adhérents. La délégation du Rhône est un espace de proximité avec un lieu d'accueil et d'activités, pour représenter, revendiquer mais aussi développer et dynamiser l'offre, grâce à une équipe de professionnels qui est complétée de bénévoles et de volontaires en service civique. La délégation du Rhône fait

partie du territoire Ain-Rhône dirigé par un seul directeur.

L'équipe de la délégation est en lien avec le Conseil APF France handicap du département (CAPFD) et l'instance régionale, le Conseil APF France handicap de région (CAPFR).

Le CAPFD :

- définit et met en œuvre les orientations politiques nationales et départementales

- donne un avis préalable sur chaque projet du département soumis au CA.

Le CAPFR garantit la mise en œuvre :

- des actions de proximité de chaque territoire

- des actions à mener en commun entre les territoires.

APF France handicap a adopté un modèle de dirigeance territoriale. En lien avec le Conseil d'Administration, au siège - 17 Boulevard de Blanqui Paris 13^e- la Direction Générale met en œuvre la politique et les orientations décidées par le CA. Elle pilote la mise en œuvre du projet associatif avec l'ensemble des acteurs. Elle est organisée en pôles de compétences pour apporter son soutien technique de proximité aux cadres du terrain. Le siège assure, grâce à 6 Directions Nationales, pour le compte des établissements et services des fonctions relatives à :

- ✓ L'organisation,
- ✓ L'informatique,
- ✓ Les systèmes d'informations,
- ✓ La facturation,
- ✓ La comptabilité,
- ✓ La politique ressources humaines,
- ✓ La qualité et la sécurité,
- ✓ Ainsi qu'une partie des prestations informatiques (maîtrise d'ouvrage MOA -SI).

Ces fonctions doivent être distinguées de celles relevant de la vie associative (et de son budget propre).

12 Directions Régionales représentent l'échelon déconcentré de proximité de la Direction Générale. Sur le territoire de la région, le Directeur Régional coordonne une équipe de responsables régionaux. Ainsi il s'appuie sur une collaboration avec le

Responsable de l'Offre de Service, le Responsable Ressources Humaines, le Responsable Administratif Financier et le Responsable Interrégional des Actions Associatives. Les différents pôles de la direction générale soutiennent et garantissent la cohérence entre le niveau régional et le niveau national.

Au niveau de notre région Auvergne Rhône-Alpes, APF France handicap gère 49 structures dont 20 incluses dans le CPOM régional ARS 2018-2022.

1.7 LE DIRECTEUR : UNE DIRIGEANCE DE PROXIMITE

Au sein de APF France handicap chaque structure³, ou pôle comprenant plusieurs agréments, est placé sous la responsabilité d'un directeur qui est nommé par le Conseil d'Administration, sur proposition du Directeur Régional. Il est placé sous l'autorité du Directeur Régional. Selon la volonté du Conseil d'Administration, des délégations de pouvoir pleines et entières sont confiées aux directeurs par le Directeur Général.

Le directeur porte les valeurs associatives auprès des équipes, des personnes en situation de handicap et de leurs familles ainsi qu'auprès des partenaires extérieurs et veille à leur respect. Il est également engagé dans la mise en œuvre du projet associatif auquel il apporte sa contribution et dont il assure la diffusion auprès des salariés des équipes.

Chaque directeur doit définir ou adapter le projet de sa structure, en déclinaison du projet associatif adopté pour 5 ans. La mission du directeur s'inscrit, au-delà de sa propre structure, dans le réseau d'APF France handicap. A ce titre, il participe au **Comité Technique Départemental**, collectif qui réunit l'ensemble des cadres dirigeants des structures

APF France handicap du département et animé par le directeur de la délégation départementale. Ce collectif est le support de toute « réflexion projet » sur le département, en soutenant la diversification de l'offre de service et en accompagnant les évolutions. Enfin, des liens stratégiques existent entre l'instance politique (représentants élus localement formant le CAPFD et le CAPFR) et ce comité de directeurs qui est une instance technique.

Entre amélioration des accompagnements et contraintes budgétaires, la fonction de directeur et de cadre impose une capacité d'adaptation certaine et une grande polyvalence.

Les missions concernent notamment :



Le directeur anime un **comité de direction** (CODIR) constitué des professionnels du SESVAD ayant une fonction d'encadrement des équipes.

Avec le CODIR, le directeur doit aussi se projeter « sur ce que sera la structure demain ».

³APF FRANCE HANDICAP retient le terme de structure, il regroupe établissements et services.

3 LE SESVAD : SERVICES SPECIALISES POUR UNE VIE AUTONOME A DOMICILE

1.1 HISTOIRE

A son origine, le service social départemental d'APF France handicap était composé exclusivement d'assistants sociaux. Ils avaient une mission d'accueil, d'information et de conseil, sous forme d'interventions individuelles, auprès des personnes en situation de handicap moteur sur tout le département. Compte tenu de la complexité des situations des personnes handicapées, il est apparu nécessaire de doter le service social de professionnels spécialisés comme les ergothérapeutes, apportant leur savoir-faire en matière de réadaptation et de compensation du handicap.

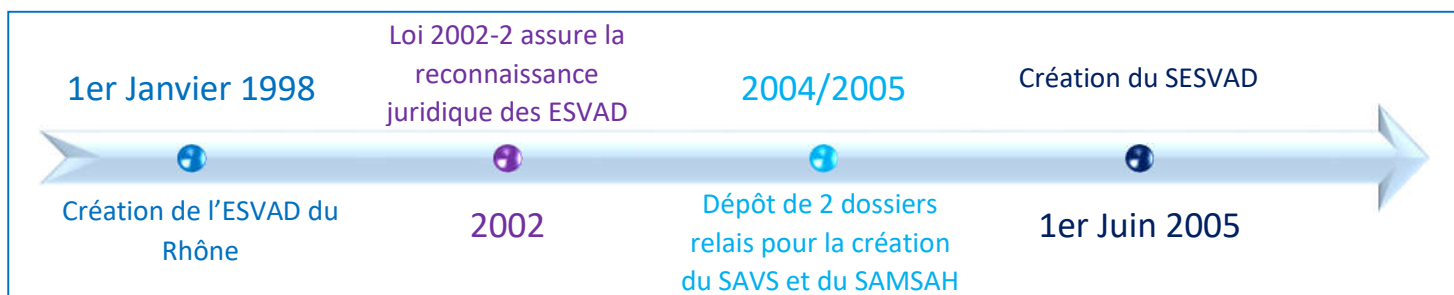
Ainsi, à partir de 1994 sur le plan national, APF France handicap a développé des **Équipes Spécialisées pour une Vie Autonome à Domicile** (ESVAD) et ce, dans une cinquantaine de départements dont le Rhône. La loi de 1975 ne donnant pas d'existence légale aux ESVAD, elles ont pour la plupart gardé jusqu'en 2002 un statut expérimental et

une configuration particulière liée aux financements locaux.

L'ESVAD du Rhône a été créée le **1 janvier 1998**, suite à l'adoption par le Conseil général en décembre 1995 du premier schéma départemental pour les personnes handicapées. Elle fut gérée par la délégation départementale APF France handicap jusqu'en 2005.

La **Loi n° 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale**, en application de l'article 15/7⁴ et 15/11° a permis la reconnaissance juridique de l'existence des ESVAD, en leur procurant un statut. En conséquence, le conseil d'administration d'APF France handicap a décidé en 2003, leur autonomisation administrative concomitante de leur financement à 100% par les autorités publiques.

D'autre part, le projet de loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées prévoyait déjà à ce moment-là, la création de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH). La MDPH devait



reprendre les missions d'accueil, d'information

⁴Article 15/7°: « Sont des établissements et services sociaux et médico-sociaux [...] les établissements et les services qui accueillent des personnes adultes handicapées, quel que soit leur degré de handicap ou leur âge, ou des personnes atteintes de pathologies chroniques, qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de

soins ou une aide à l'insertion sociale ou bien qui leur assurent un accompagnement médico-social en milieu ouvert ».

et de conseil de l'ESVAD sur le département et pour tout type de handicap.

Pour toutes ces raisons, l'ESVAD du Rhône a présenté **deux dossiers « relais » au Comité Régional d'Organisation Sociale et Médico-sociale (CROSMS)** en octobre 2004 et en Février 2005 pour la création d'un SAVS et d'un SAMSAH.

L'ESVAD se transforme donc **le 1 juin 2005 en SESVAD (Services Spécialisés pour une Vie Autonome à Domicile)**, autonomisés administrativement et financièrement de la délégation du Rhône de APF France handicap et financés en totalité par le Conseil général et l'assurance maladie, sous tutelle de la DDASS devenue aujourd'hui l'Agence Régionale de Santé (ARS).

1.2 CADRE REGLEMENTAIRE

Les établissements et services médico-sociaux et les professionnels qui les composent sont des acteurs œuvrant dans la mise en place des politiques publiques sociales. Nous allons présenter les **références législatives et les références territoriales** les plus significatives.

1.2.1 LA LOI 2002-2 DU 2 JANVIER 2002 RENOUVANT L'ACTION SOCIALE ET MEDICO-SOCIALE

Le SESVAD s'est construit et est reconnu comme une **structure médico-sociale découlant de la loi du 2 janvier 2002**. L'évolution de la demande sociale, économique et politique s'est orientée en faveur d'une diversification des réponses apportées aux personnes en situation de handicap, notamment par le biais de prestations à domicile. La loi 2002-2 affirme le droit au libre choix de la personne et de son

entourage, entre une réponse au domicile ou en établissement et élargit la nomenclature des établissements et services avec notamment **la reconnaissance des SAVS et la création des SAMSAH**.

Par ailleurs, il y a une forte volonté de donner aux personnes accompagnées leur pleine citoyenneté : être accompagné ne doit en effet pas conduire à une réduction des droits. Chaque personne étant au cœur du dispositif d'accompagnement, nous veillons à l'application de tous les droits que la loi leur confère⁵.

Les représentants des personnes accompagnées élus au CVS sont chargés de donner leur avis ou de faire des propositions sur toutes les questions liées au fonctionnement des services :



1.2.2 LE DECRET DE LA LOI 2002-2 N° 2005-223 DU 11 MARS 2005

Paru au Journal Officiel du 13 Mars 2005, il fixe les **conditions d'organisation et de fonctionnement des SAVS et des SAMSAH**⁶. Le décret 2005-223, définit ces services dépourvus jusqu'alors de cadre réglementaire, détermine les publics pouvant être accompagnés et enfin précise le type de prestations qui doivent être apportées.

⁵Tous les outils mis en œuvre par la loi et applicables aux services l'ont été dès l'ouverture du service en 2005 et ils ont été révisés régulièrement.

⁶Annexe 2 : Décret N° 2005-223 du 11 mars 2005

Le SAMSAH géré par le SESVAD APF France handicap fut l'un des premiers SAMSAH ouvert en France, l'arrêté de création signé le 30 mars 2005 conjointement par le **Préfet du Rhône** et le **Président du Conseil général**, ayant tout juste suivi la parution du décret au journal officiel. Le SAMSAH propose les missions d'un SAVS, et en sus des prestations en soins médicaux et paramédicaux.



Diversification de l'offre sociale et médico-sociale

1.2.3 LA LOI 2002-303 DU 4 MARS 2002

Le législateur a tenté de répondre aux malades quant à leurs droits, et quant à la qualité du système de santé.

Un élément fort de cette loi et qui s'applique à chaque personne accompagnée par le SESVAD,

« Toute personne dispose d'un droit fondamental à la protection de sa santé, au respect de sa dignité, au respect de sa vie privée, au secret des informations la concernant ».

est la possibilité pour chacune **de désigner une personne de confiance** qui sera consultée dès lors que la personne accompagnée sera dans l'incapacité d'exprimer sa volonté. Toute personne peut avoir désormais un accès direct à son dossier médical, sans devoir recourir à l'intermédiaire d'un médecin : cette dernière disposition s'applique naturellement aux usagers des services de soin du SESVAD.

- Confidentialité
- Respect de la vie privée

⁷Créées le 1^{er} avril 2010, les **Agences Régionales de Santé** (ARS) sont des **établissements publics administratifs** de l'État français chargés de la mise en œuvre de la politique

Et plus récemment en complément :

• **Décret du 20 juillet 2016**
 • *relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autre professionnel des champs social et médico-social et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel*

• **Le règlement n° 2016/679**
 • *dit Règlement Général sur la Protection des Données, est un règlement de l'Union européenne qui constitue le texte de référence en matière de protection des données à caractère personnel. Il renforce et unifie la protection des données pour les individus au sein de l'Union européenne.*

1.2.4 LE DECRET 2004-613 DU 25 JUIN 2004

Aux côtés des SAMSAH et SAVS sur notification de la CDAPH, l'offre de réponses à domicile pour adultes en situation de handicap se développe encore avec une diversité de services médico-sociaux : SSIAD pour personnes en situation de handicap de **moins de 60 ans** sur prescription médicale, SAAD, SPASAD.

Le décret 2004-613 précise les conditions d'organisation et de fonctionnement des services de soins fonctionnant sur prescription médicale.

La Garde Itinérante de Nuit (GIN) nouveau service expérimental ouvert par le SESVAD fin 2009, sous tutelle de l'ARS⁷ et financé par l'assurance maladie assure, la nuit, la dispensation de soins sur prescription médicale au domicile des personnes adultes handicapées de **moins de 60 ans**. Il sera autorisé fin 2014 comme un SSIAD fonctionnant en GIN.

de santé dans la région. Au plan territorial, l'ARS s'est substituée aux services des DDASS.

1.2.5 LA LOI N°2005-102 DU 11 FEVRIER 2005

La Loi pour L'égalité des Droits et des Chances, la Participation et la Citoyenneté des Personnes Handicapées introduit une nouvelle donne avec la **Prestation de Compensation du Handicap (PCH)**.

Dans les prestations proposées, on passe d'une approche forfaitaire (Allocation Compensatrice Tierce Personne) à une **approche « individualisée » de la prise en charge** (prestation de compensation du handicap sur la base d'un plan personnalisé de compensation), autrement dit, on assiste à une évolution qui favorise le « sur-mesure » plutôt que le « prêt à porter ». La PCH permet de financer notamment des heures d'aide humaine en fonction des besoins de la personne en situation de handicap. Elle apporte des évolutions fondamentales pour répondre aux attentes des personnes handicapées, notamment en matière de droit à compensation du handicap, en fonction du projet de vie exprimé.

- *Accessibilité*
- *MDPH, PCH*
- *Inclusion*

1.2.6 LA LOI PORTANT REFORME DE LA PROTECTION JURIDIQUE DES MAJEURS DU 5 MARS 2007

Il s'agit de recentrer les efforts de la justice sur les personnes majeures rendues vulnérables par la vieillesse et le handicap, et à dégager les magistrats du traitement social des personnes en difficulté, désormais confié au département.

1.2.7 LE DECRET 2009-322 DU 20 MARS 2009

Ce décret⁸ qui s'applique aux services accompagnant des personnes adultes en situation de handicap n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie, modifie le Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF)- articles D344-5-1 à D344-5-16- et prévoit des dispositions supplémentaires pour le SAMSAH, eu égard les caractéristiques de handicap lourd de certaines personnes. Sans remplacer le décret de 2005, ce texte apporte des obligations nouvelles au SAMSAH :



1.2.8 LA LOI 2009-879 DU 21 JUILLET 2009 "HOPITAL, PATIENTS, SANTE, TERRITOIRES" (HPST)

Elle réorganise de façon profonde le système de soins et de santé en France. Elle a bien sûr des conséquences dans le secteur médico-social.

Elle crée les **Agences Régionales de Santé (ARS)** qui ont en charge (seule ou avec les autres autorités compétentes) la régulation des établissements médico-sociaux et d'aide par le travail. Les ARS se substituent donc aux DRASS, aux DDASS ainsi qu'aux CRAM.



⁸Annexe 3 : Décret 2009-322 du 20 mars 2009

Elle crée également les commissions d'Appels à Projets et l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP).



1.2.9 LA CHARTE ROMAIN JACOB

Cette charte pour l'accès aux soins des personnes en situation de handicap en France a été signée par APF France handicap le 16 décembre 2014. Elle fait l'objet d'une feuille de route nationale déclinée en région.

1.2.10 LE RAPPORT « ZERO SANS SOLUTIONS » de M. PIVETEAU DU 10 JUIN 2014

Le rapport de Denis Piveteau « **Zéro sans solution** » énonce « le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches ». Ce rapport tire les conséquences des limites en termes d'efficacité de la politique du handicap menée jusqu'à présent et d'un virage amorcé par le courant de désinstitutionnalisation. Si l'objectif est de ne laisser personne « sans solution », la stratégie préconisée est de mettre en place une réponse accompagnée, c'est à dire une réponse immédiate et un projet pour l'améliorer continuellement.

Le rapport formule **131 propositions** avec notamment :

• L'orientation ne doit pas être aux mains de quelques spécialistes mais un processus permanent et collectif.

• Le processus d'orientation permanent devra être animé autour de la MDPH, par l'ensemble des acteurs.

• Toute réponse à une demande d'accompagnement devrait débiter par une décision d'orientation qui fixerait l'expression objective de ce qui est souhaitable.

• Sur la base de la décision d'orientation chaque personne participerait à l'élaboration de la décision fixant son plan d'accompagnement global.

En vue d'atteindre cet objectif de « zéro sans solution », les principes seront repris dans le cadre de la démarche ministérielle « **Réponse Accompagnée Pour Tous** » qui aboutira à l'introduction, en décembre 2017, dans le



CASF, du Plan d'Accompagnement Global : **PAG**.

L'Objectif de la RAPT est d'apporter une réponse individualisée à chaque personne exposée à un risque de rupture d'accompagnement, pour lui permettre de s'inscrire ainsi dans un parcours conforme à son projet de vie.

Ces réformes globales passent par une transformation de l'offre fondée sur :

- **La modularité** – comment passer d'une logique de places à une logique de réponse coordonnée ?
- **Le zéro sans solution** – comment proposer une réponse à toutes les situations, même les plus complexes ?
- **La coordination** – avec le renforcement du rôle des MDPH pour construire avec les partenaires des réponses individuelles de territoire.
- **Une souplesse de l'offre** – comment assurer l'existence de l'offre et son adéquation aux besoins ?

Le décret n° 2017-982 du 9 mai 2017 sur la nomenclature des établissements et services sociaux ou médico-sociaux pour personnes handicapées ou malades chroniques, d'apparence technique, est en réalité un texte qui vise à amplifier les profondes transformations de l'offre en cours. Portée notamment par le rapport Piveteau, la recomposition de l'offre en établissements et services sociaux ou médico-sociaux (ESSMS) pour personnes handicapées va s'accroître dans les années à venir dans un contexte

Nous sommes conduits à aller vers une transformation de l'offre de service en un ensemble de prestations de plus en plus externalisé. C'est un défi qui va impacter massivement nos organisations et qui va nécessairement avoir des répercussions sur les pratiques des professionnels et l'accompagnement des personnes que nous devons accompagner au changement.

F O C U S

Et demain quelles perspectives aura le SESVAD pour répondre aux enjeux spécifiques (Réponse Accompagnée Pour Tous et SERAFIN-PH) et aux besoins et attentes des personnes de notre territoire ?

Une transformation à l'échelle d'APF France handicap qui s'appuie sur la feuille de route de la Direction du développement de l'Offre de Services (DDOS) et la feuille de route de la RAPT en complément du nouveau projet associatif.

Le projet de transformation de l'offre de services APF France handicap sur le territoire de la Métropole de Lyon

Quel contexte :

- ❖ Des besoins pour les adultes qui évoluent et se diversifient
- ❖ Des enjeux Ressources Humaines notamment des difficultés de recrutement de paramédicaux
- ❖ Des problématiques de locaux
- ❖ Une opportunité de création de places de MAS

Le CPOM est une opportunité pour travailler sur la recomposition de l'offre afin de :

Diversifier les modalités d'accompagnement à visée inclusive

Articuler les autorisations et les financements des deux autorités publiques compétentes

Créer une plateforme adulte de ressources mutualisées dans une logique de parcours combinant :

- ❖ De l'hébergement médicalisé ou non médicalisé mono site ou éclaté
- ❖ Des prestations de soutien à domicile
- ❖ Des solutions de répit
- ❖ De l'accueil de jour, séquentiel et temporaire
- ❖ Des solutions d'apprentissage de l'autonomie pour garantir une vie autonome à domicile

Ce projet de transformation est travaillé en lien avec la Direction Générale APF France handicap et validé par le CA.

Orientation stratégique 1 du CPOM régional ARS : Recomposition de l'offre afin de mieux prendre en compte les besoins de certains publics ou les nouveaux besoins des familles.

Créer une plateforme adulte. Promouvoir l'évolution des pratiques professionnelles autour du parcours et dans une approche par les prestations au regard des nomenclatures SERAFIN PH. L'attractivité de certains postes relatifs à des professions en tension et l'intérêt de proposer des postes alternant des modes d'exercice plus diversifiés (institutions/ ambulatoire/ mutualisation en pôles de ressources) peuvent trouver des solutions dans de nouveaux choix organisationnels. Compte tenu des enjeux d'inclusion, cette offre pourrait être divisée sur plusieurs sites de proximité avec comme entité fédératrice une plateforme de ressources.

juridique mouvant et une nomenclature simplifiée des ESSMS accompagnant des personnes handicapées ou malades chroniques.

- Le site du multi pôle de Décines est envisagé pour délocaliser l'ensemble de l'offre adultes APF France handicap présente sur la Métropole de Lyon
- Un travail se réalise actuellement sur un avant-projet pour étudier la faisabilité principalement financière du projet
- Des rencontres avec les financeurs sont prévues dans les prochaines semaines pour approfondir la faisabilité financière et partager nos attentes respectives.

1.2.11 LE PROJET SERAFIN-PH

Lancé par le gouvernement en janvier 2015, le projet SERAFIN-PH consiste à réformer

le modèle de financement des ESMS en mettant en place une tarification des ESMS intervenant auprès des personnes en situation de handicap, selon des modalités renouvelées. Un référentiel tarifaire sera utilisé pour fixer l'allocation de ressources aux ESMS ainsi qu'une nomenclature des besoins et des prestations afférentes qui est en cours d'expérimentation.

Une seconde Etude Nationale de Coûts SERAFIN-PH, sur les données 2019 (ENC 2019) est en cours.

1.2.12 LE SCHEMA D'ORGANISATION MEDICO-SOCIALE METROPOLITAIN

Le **Projet métropolitain des solidarités** a été adopté par le Conseil de la Métropole de Lyon le 6 novembre 2017.

Ce document définit une stratégie et des actions concrètes pour repenser la façon dont sont conduites les politiques sociales sur le territoire en mettant les personnes accompagnées au cœur du projet.

Les 80 actions du **Projet métropolitain des solidarités 2017-2020** s'adressent tout particulièrement aux familles, aux jeunes enfants, aux personnes âgées et aux personnes



en situation de handicap, notamment celles et ceux qui sont les plus fragiles.

Ce **Projet métropolitain des solidarités** est l'illustration d'une feuille de route définie par la Métropole et ses partenaires dans le champ des solidarités. Il s'articule autour de **4 axes stratégiques** :



Ces réalisations ont été partagées avec l'ensemble des acteurs, lors des Assises des solidarités, organisées en février 2019, et qui sont revenues sur les actions menées et sur les grands enjeux de solidarité du territoire.

1.2.13 LE PROJET REGIONAL DE SANTE

Le cadre stratégique de l'ARS est défini par loi de modernisation sociale :

- **Un cadre d'orientations stratégiques** : objectifs généraux et résultats attendus à 10 ans
- **Un Schéma régional de santé** : une évaluation des besoins de santé, sociaux et médico-sociaux ; des prévisions d'évolution et des objectifs opérationnels à 5 ans pour l'ensemble de l'offre de soins et de services de santé, des annexes opposables.

- **Un Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies** : Projet régional de santé simplifié

Le projet régional de santé est un élément clé de la transformation du système de santé régional au service de la santé de tous. Il est « **la feuille de route** » de la politique de santé en région et un document de référence pour les acteurs de santé. Le PRS porte une ambition collective en associant tous les acteurs de la santé sur le territoire.



Le projet régional de santé **Auvergne-Rhône-Alpes 2018-2028** a été adopté le **28 mai 2018** par le Directeur général de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes après une large concertation avec ses partenaires.

Il va donner pour 10 ans un cadre ambitieux avec des annexes opposables, notamment sur l'objectif opérationnel de file active.

6 Objectifs structurants dont :

➤ *Soutenir l'insertion en milieu de vie ordinaire et l'accès aux droits communs pour les personnes en situation de handicap avec comme corollaire le passage d'une logique de places à celle de réponse coordonnée mise en œuvre en concertation avec les instances territoriales de santé.*

➤ *Développer les actions de prévention et promotion de la santé.*

1.2.14 LES CPOM

Les **Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM)** ont été créés par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Il s'agit de contrats pluriannuels conclus entre un organisme gestionnaire d'établissements et de services et l'(les)autorité(s) chargée(s) de son autorisation. Ils visent à accompagner les gestionnaires dans la mise en œuvre des objectifs définis avec la collectivité. La loi d'Adaptation de la Société au Vieillessement (ASV) prévoit la généralisation des CPOM, à tous les établissements et services accueillant des personnes en situation de handicap.

1.2.14.1 AVEC LA METROPOLE DE LYON

Historiquement des accords partenariaux⁹ avec le Conseil général correspondaient à un Contrat Pluriannuel d'Objectif et de Moyens (CPOM). Ils sont en place depuis plusieurs années.

Le **CPOM**, outil de contractualisation entre gestionnaires et autorités de tarification¹⁰ représente une opportunité. Il doit permettre de **dynamiser** et **d'adapter l'offre départementale** d'APF France handicap. Il doit garantir un financement pluriannuel, en fonction d'objectifs que se fixe globalement l'association gestionnaire et non pas la structure qu'elle gère, sur une durée maximale de cinq ans.

L'idée retenue est que « le gestionnaire » puisse, en fonction des besoins constatés, profiter de la mutualisation des moyens pour procéder à des redéploiements entre les structures. Cette démarche volontaire de contractualisation doit être accompagnée d'une équipe « projet » du côté de

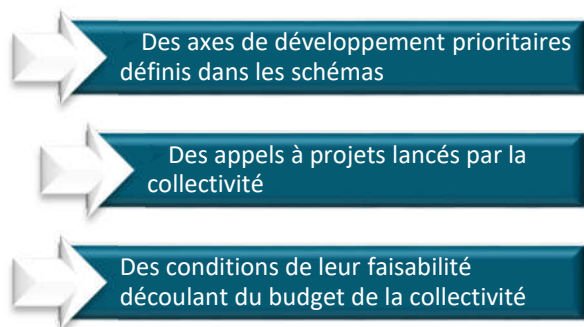
⁹Depuis 1994, date des premiers accords, le département du Rhône est novateur pour son intérêt pour ces contrats, qu'il a développés bien avant les textes réglementaires les concernant.

¹⁰Articles R 314-39 et R 314-40 du code de l'action sociale et des familles, circulaire n°DGAS/SD5B/2006/216 du 18

mai 2006 relative à la pluri annualité budgétaire ; circulaire n°DGAS/SD5B/2007/111 du 26 mars 2007 relative aux problématiques afférentes à la mise en œuvre de la pluri annualité budgétaire dans le cadre d'un contrat d'objectifs et de moyens.

l'association, comme de celui de l'autorité de tarification, l'ensemble constituant le comité de pilotage du CPOM.

Le projet d'accord partenarial énonce que les futurs projets déposés par l'association signataire, feront l'objet d'un examen au regard :



Ce CPOM est renouvelé avec de nouvelles conditions en janvier 2019 pour la période 2019-2022. L'accord rappelle les objectifs de l'association énoncés dans la charte de APF France handicap et son projet associatif, la garantie des droits des usagers, les objectifs spécifiques que sont notamment la logique de service autour des personnes accompagnées dans une démarche décloisonnée en lien avec la Réponse Accompagnée pour Tous, et l'évaluation de ces objectifs. L'accord fixe aussi les évolutions budgétaires des quatre années de l'accord.

1.2.14.2 AVEC L'AGENCE REGIONALE DE SANTE

APF France handicap a signé en juin 2018 après validation au CA du 26 mai 2018 un CPOM Régional avec l'ARS et le Conseil Départemental 73, pour 5 ans – 2018-2022

Ce CPOM est ambitieux, il concerne **20 structures de la région** (hors départements 38 et 42) et il s'inscrit pleinement dans les évolutions évoquées précédemment.

Il présente **15 fiches actions** autour de **4 axes stratégiques** avec des enjeux importants et des injonctions parfois paradoxales.

Le contrat définit, parmi les axes d'amélioration identifiés, les objectifs prioritaires de l'organisme gestionnaire APF France handicap pour les 5 ans du CPOM, sur la base du diagnostic partagé et des objectifs spécifiques du schéma régional de santé.

Ces objectifs intègrent les principes directeurs selon la typologie des publics accueillis et s'articulent autour de quatre axes stratégiques:

- Mettre en place une politique de prévention en faveur des personnes en situation de handicap
- Faciliter l'accès aux soins des personnes
- Améliorer le repérage, le dépistage et le diagnostic des troubles du développement et favoriser une plus grande précocité des accompagnements
- Favoriser la scolarisation en milieu ordinaire des enfants
- Favoriser l'accès à une qualification et à l'emploi, assurer le maintien dans l'emploi des personnes
- Favoriser l'accès à l'habitat inclusif
- Renforcer l'offre d'accueil et d'accompagnement spécialisée aux handicaps nécessitant un étayage renforcé
- Accompagner l'avancée en âge des personnes
- Adapter les modes d'intervention aux évolutions des besoins des personnes.



Nous devons accompagner davantage d'utilisateurs (file active) et inscrire l'accompagnement des personnes dans une logique de parcours, dans le respect de leur choix de vie et donc individualiser davantage les accompagnements.

Le SESVAD a sa propre feuille de route dans le cadre de ce CPOM¹¹.

1.3 SITUATION GÉOGRAPHIQUE ET LOCAUX

Le 18 août 2010, l'ensemble des services du SESVAD a emménagé au **10 rue de la**

Pouponnière à Villeurbanne,

dans des locaux accessibles, proches du Tram et jouxtant l'Habitat Service. Ce déménagement a permis de rassembler l'ensemble des services qui étaient jusqu'alors sur trois sites.



Une séparation claire entre les services du SESVAD avec ses espaces de travail pour les salariés et l'Habitat Service, lieu de vie des résidents est marquée. Le fait de ne pas risquer de considérer l'Habitat Service comme un foyer argumente cette volonté de séparation, entre

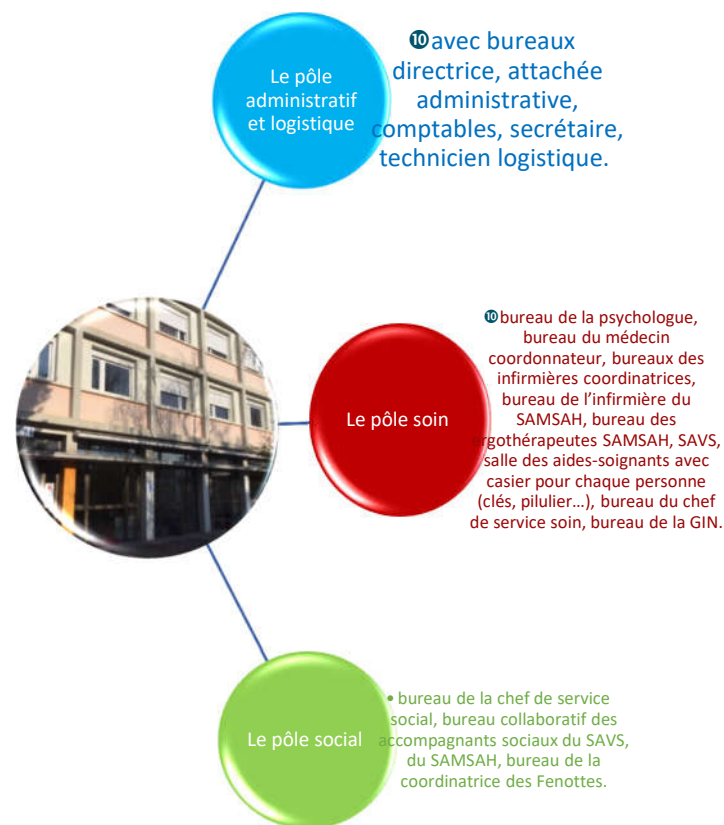


la résidence et les bureaux.

1.3.1 LES DIFFÉRENTS PÔLES

Les locaux sont organisés de façon à permettre une mutualisation des compétences et des moyens des différents collaborateurs. Il a été choisi d'organiser les espaces de travail *par pôle* pour permettre de travailler de façon plus transversale, en décloisonnant le fonctionnement par service et en favorisant une appartenance au SESVAD. En effet, chacun des services du SESVAD n'a de sens qu'en complémentarité avec les uns et les autres, d'où l'importance que chacun des salariés ait la conscience de travailler pour un dispositif de gestion intégrée qui propose une offre diversifiée et complémentaire.

Coexistent 3 pôles fonctionnels :



¹¹ CF en annexe 4 la feuille de route du SESVAD dans le cadre du CPOM ARS



Le partage de bureau entre professionnels qui ont la même fonction (ergothérapeutes, infirmières coordinatrices, accompagnants sociaux, aides-soignants) mais sur différents services du SESVAD vise à permettre davantage de soutien entre ces professionnels, avec plus d'échanges d'informations, de connaissances entre eux. La mission principale des professionnels de terrain du SESVAD étant une mission d'accompagnement à domicile, et les professionnels n'ayant pas tous les mêmes temps et horaires de travail, cela leur permet à la fois de pouvoir se « croiser » pour échanger, mais sans être présents tous en même temps au bureau.

Une entrée de service est réservée aux salariés, elle dessert le pôle administratif et logistique du SESVAD et la cafétéria des salariés.

Un espace dans cette entrée réservée aux salariés a été choisi comme lieu de classement des Dossiers Uniques des personnes accompagnées avec des armoires à codes pour permettre un accès sécurisé.

1.3.2 L'ESPACE D'ACCUEIL ET LA PERMANENCE

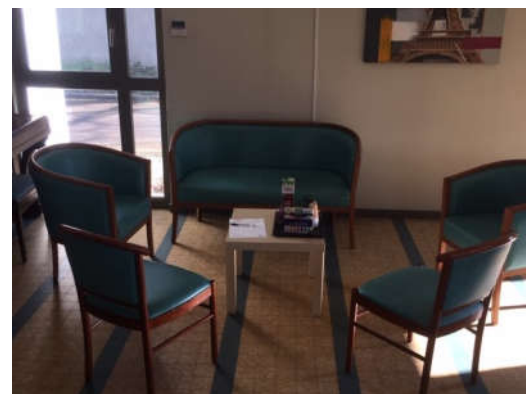
C'est par l'espace d'accueil que tous les visiteurs entrent au SESVAD pour patienter en attendant leurs interlocuteurs.

Tous les après-midis, à l'exception du jeudi, le poste d'accueil habituellement occupé par la

secrétaire est investi par un professionnel de « permanence » (un grand nombre de professionnels du SESVAD assure une permanence par mois) qui reçoit les appels téléphoniques et accueille les visiteurs pour différentes demandes. C'est un lieu et temps **d'accueil physique et téléphonique** de 14 à 17 heures, ou 18 heures. La permanence permet d'assurer une continuité de l'accompagnement en dehors des rendez-vous fixés avec la personne accompagnée. Cette permanence permet de répondre aux demandes de tous les services du SESVAD.

Les demandes peuvent être les suivantes :

- Demande de changement horaire passage aide-soignant GIN
- Problèmes liés aux tournées aides-soignants SAMSAH
- Demandes interventions de l'aide-soignant d'astreinte (problème chute, de santé etc.)
- Problème véhicule
- Problème d'ascenseur
- Compréhension d'un courrier reçu qui inquiète la personne accompagnée
- Demande de confirmation de rendez-vous
- Demande d'accompagnement sur un



lieu précis (concerne les résidents de l'Habitat Service)

- Problème de solitude, besoin de parler...

Il peut arriver que le professionnel de permanence soit amené à se rendre pour une urgence chez une personne dont le référent est absent.

1.3.3 LA SALLE DE RÉUNION

Cette salle se trouve à l'extérieur du bâtiment central. Dans cette salle se déroulent les relèves de soins, les réunions d'analyse de la pratique, les réunions pluridisciplinaires SAMSAH ou SAVS, les réunions plénières qui regroupent tous les salariés du SESVAD, les formations internes, les formations du service des Fenottes...

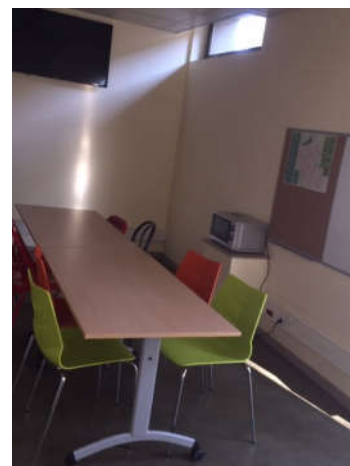


1.3.4 L'ESPACE DE COMMUNICATION

Des tableaux d'affichage réservés aux personnes accompagnées et visiteurs se trouvent à l'accueil du SESVAD, d'autres dédiés aux salariés sont localisés dans le couloir du pôle soin (informations obligatoires, instances du personnel.) et au même endroit se trouve « l'espace qualité ». Un tableau d'affichage se trouve également à l'entrée de l'Habitat Service, un dans la salle conviviale et un à chacun des trois étages de la résidence.

1.3.5 LA SALLE CONVIVIALE DE L'HABITAT SERVICE

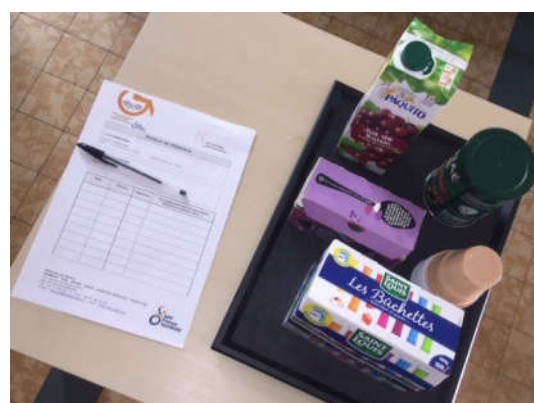
Elle se situe au rez-de-chaussée de l'Habitat Service avec fontaine à eau, micro-ondes, machines à café et boissons et télévision. Elle est à disposition des résidents, de leur entourage et des Auxiliaires de Vie Sociale des Services d'Aide à la Personne. Elle est accessible aussi aux salariés du SESVAD. Elle a été récemment rénovée lors d'un projet collectif mené par un travailleur social du SAVS avec la participation des résidents.



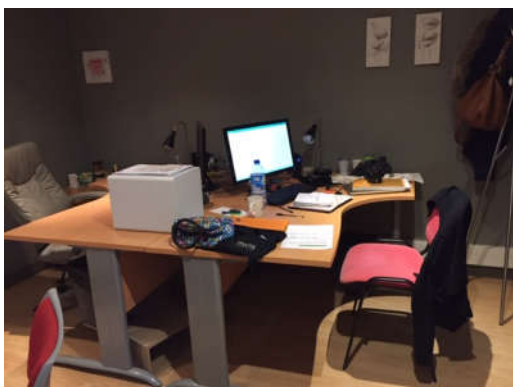
Les locaux

professionnels de Villeurbanne qui comportent le siège social du SESVAD et les bureaux des professionnels des services du Secteur Est sont devenus trop exigus au fil des années avec l'augmentation des services et des places depuis 2010.

Le projet de dispositif adulte APF France handicap (regroupement du SESVAD avec les foyers de l'Étincelle) permettra sûrement à moyen terme de répondre à cette problématique de place dans les locaux actuels.



1.3.6 LES LOCAUX DES SERVICES DU SECTEUR SUD OUEST



Le site des services du Secteur Sud-ouest a été concerné par une restructuration, suite à la fermeture des anciens Logements Foyer APF France handicap. En lien avec le bailleur ALLIADE, un logement vacant a pu être annexé aux locaux de l'ancien foyer permettant ainsi de disposer de bureaux pour chacun des services (SAVS, SSIAD, GIN) et d'un espace repas. Un espace a été proposé, au sein du site, au Service d'Aide à la Personne At'home Complicéo, pour assurer des permanences dans le cadre d'une mutualisation d'heures d'aide humaine, chez certaines personnes résidant dans le quartier.



1.4 LES MOYENS MATÉRIELS

Quelques **11 véhicules de service** (dont deux aménagés pour le transport d'une personne en fauteuil roulant) sont à disposition des professionnels pour les déplacements à domicile, les rendez-vous à l'extérieur, les formations hors site, l'accompagnement des personnes.



Le réseau informatique s'est développé régulièrement afin que chaque professionnel présent dans les locaux puisse accéder aux informations nécessaires à la gestion des dossiers des personnes (courriers, internet, agenda...), ainsi qu'aux logiciels de gestion propres à chaque service (EASY SUITE, MENESTREL). Chaque salarié en CDI a une adresse mail.

Le SESVAD possède deux sites internet celui du SESVAD <http://sesvad.com/>, et celui des FENOTTES : <http://fenottes-apf.fr>



Concernant les plannings de chacun des salariés, un outil via internet, appelé PHÉNIX, est mis à disposition pour ceux qui ne sont pas utilisateurs, à ce jour, d'Easy suite.

Une entreprise de maintenance informatique assure le suivi (installation, maintenance, confidentialité...) du réseau informatique.

1.5 LES RESSOURCES HUMAINES

1.5.1 LES EQUIPES

Pour appréhender la situation de handicap dans son sens le plus large, les équipes de terrain doivent être **professionnalisées, spécialisées, multidisciplinaires**.

1.5.1.1 LES EQUIPES SONT MULTIDISCIPLINAIRES

Les équipes du SESVAD regroupent un ensemble de compétences de professionnels de la **réadaptation et de l'action médico-sociale** (soins et travail social), auxquelles s'ajoutent des compétences **administratives et techniques** (secrétariat, comptabilité, maintenance) encadrées par des professionnels de direction, sous la responsabilité d'un cadre dirigeant.

L'existence d'une multidisciplinarité est nécessaire aux équipes du SESVAD pour **comprendre les problématiques des personnes dans leur globalité**. Afin de pouvoir définir les modes d'accompagnement et d'intervention, il est important de s'appuyer sur une approche qui reconnaît et préserve la singularité de la personne. Pour cela, il est essentiel de disposer de regards et de compétences différents au sein d'une même équipe, regards qui sont autant d'atouts renforçant les identités professionnelles de chacun. Cette multidisciplinarité permet de proposer aux personnes accompagnées par les services, des expériences de rencontres singulières et diversifiées. Elle correspond donc à l'ensemble des professions présentes dans l'équipe, décrivant et agissant sur la réalité de la personne.

La diversité des compétences professionnelles **rend l'approche des situations plus objective**. Le regard des autres professionnels sur le travail de chacun oblige à réfléchir sur ses actions, à les questionner. Des équipes multidisciplinaires rassemblent des compétences techniques collectives.

1.5.1.2 LE TRAVAIL D'EQUIPE

Conformément à l'article 12 du règlement de fonctionnement du service, « *La mise en œuvre d'un accompagnement nécessite souvent l'intervention de plusieurs des professionnels de l'équipe, même s'il ne se traduit pas forcément par la mise en œuvre de toutes les compétences disponibles au sein du service.* »

Travailler en équipe, c'est un engagement et une compétence supplémentaires :

- C'est d'abord **adhérer aux valeurs de l'association** et aux missions énoncées précédemment.
- C'est ensuite reconnaître « **une partie commune du métier SESVAD** ». Tous les professionnels participent, directement ou indirectement, au travail d'évaluation, d'accompagnement, par l'écoute, l'information, le conseil, la stimulation de la personne accompagnée et de son entourage.
- Ces professionnels utilisent des outils qu'ils ont construits ensemble et **appliquent une méthodologie commune**, en l'occurrence celle du Projet Personnalisé d'Accompagnement. Ceci n'exclut pas, bien évidemment, que chaque spécialiste recoure complémentirement à des savoir-faire spécifiques.
- Travailler en équipe c'est encore reconnaître qu'à l'intérieur d'un même groupe de professionnels, **des options, des manières de procéder, des champs d'intérêts peuvent différer**. Ce qui importe, c'est l'explicitation de ces différences, car elle permet de mieux ajuster les offres de service aux usagers.
- C'est enfin avoir **le souci constant de se compléter, d'exploiter les compétences des autres professions,**

et en même temps, « d'enrichir le métier de l'autre » dans la perspective du meilleur service possible à la personne accompagnée (par exemple préparer un relais, transmettre les informations dont le collègue aura besoin pour bien exercer sa fonction...).

La mise en œuvre de la multidisciplinarité passe par l'existence de **réunions d'équipe**, qui permettent de définir les modalités d'intervention des différents professionnels, leur articulation, et d'imaginer de nouvelles façons d'intervenir.

En ce sens, il est obligatoire d'informer la personne accompagnée lorsque sa situation est évoquée en réunion d'équipe. Il est important que la personne soit associée à la présentation de sa situation pour qu'elle puisse s'exprimer sur les informations qu'elle veut ou non faire partager.

1.5.1.3 L'ENSEMBLE DES PROFESSIONNELS ASSOCIENT DES QUALITES HUMAINES.

L'addition de ces compétences, qu'elles soient du côté du soin, du social, ne suffiront jamais à faire médiation tout au long du chemin de l'accompagnement. Elles sont indispensables et relèvent **d'une exigence déontologique** mais aussi diverses soient elles, elles ne donnent pas un équipement « à toute épreuve ».

Dans les métiers de l'accompagnement, une situation n'est jamais que professionnelle et s'y ajoute toujours une dimension personnelle pour les professionnels. Chaque « accompagnant » se trouve engagé dans une expérience singulière de rencontre humaine qui l'interpelle en tant que personne. C'est donc également avec toutes ses qualités humaines qu'il écoute, chemine, soutient... Reconnaître cette dimension, c'est se donner les moyens d'exploiter, au profit de la personne accompagnée, la diversité de « compétences humaines » présentes au sein des équipes.

Notre management s'inscrit dans notre volonté de renforcer notre approche de l'amélioration continue en développant un système d'évaluation de nos pratiques, mieux intégré à notre quotidien.

1.5.1.4 L'EQUIPE DE DIRECTION

Elle est mutualisée pour tous les services du SESVAD hormis le médecin coordonnateur qui n'intervient qu'au SAMSAH.

1.5.1.4.1 Le cadre dirigeant

Les différents accords d'entreprise APF France handicap confèrent au directeur de structure le statut de « **cadre dirigeant** ». Il assure la responsabilité d'employeur à l'égard des professionnels de la structure dont la direction lui est confiée par l'association. Dans le cadre des missions qui lui sont confiées par le Directeur Général, le directeur bénéficie d'une délégation de pouvoir et de signature qui lui confère la légitimité nécessaire pour les exercer et à travers lesquelles il engage sa responsabilité.

Dans le cadre du projet associatif qu'il promeut auprès des professionnels, le Directeur conduit le projet de structure, anime et gère les ressources humaines, assure la gestion économique et financière ainsi que technique et logistique.

➤ L'élaboration et la conduite stratégique du projet de la structure

Responsable du projet de la structure, le directeur se doit de faire en sorte que ce projet soit élaboré à partir d'une large concertation. Le directeur est le responsable et le garant de la mise en œuvre du projet. Il veille en permanence au respect de ses orientations. En s'appuyant notamment sur la Démarche Qualité de l'association, il crée les conditions d'une amélioration continue de la qualité. Il organise la communication interne et externe sur le projet de la structure en s'appuyant sur les valeurs auxquelles il se réfère et les besoins auxquels il répond.

Il organise les réunions du Conseil de la Vie Sociale selon son règlement de fonctionnement.

Il a la responsabilité de la conservation des dossiers des personnes et est responsable personnellement de la diffusion des documents et des informations les concernant, sous quelque forme que ce soit (RGPD).

➤ **Le développement de nouveaux projets**

Avec l'appui de la Responsable Régional de l'Offre de Service, il initie ou participe dans le cadre d'un partenariat, au développement de projets qui visent en permanence à adapter les actions d'APF France handicap, à l'évolution des besoins et attentes des personnes en situation de handicap. Il veille à la mobilisation et à la participation active de l'ensemble des acteurs (personnes en situation de handicap, familles, professionnels, partenaires...) dans le développement de projet.

➤ **La gestion des ressources humaines**

APF France handicap confie au Directeur une délégation de pouvoir d'employeur dans sa structure. Dans le cadre de sa responsabilité de gestion des emplois et des compétences, nécessaires au bon fonctionnement de sa structure, le Directeur procède aux embauches, en tenant compte des autorisations existantes, des moyens financiers dont il dispose et des conditions générales d'emploi en vigueur dans le secteur.

Pour permettre l'évolution des compétences du personnel nécessaire au soutien du projet de la structure et à la qualité de l'accueil et du service rendu aux personnes en situation de handicap, le Directeur met en place le plan de formation de la structure qu'il élabore en consultation avec les représentants du personnel habilités, et dont il assure le suivi et l'évaluation.

Il procède aux évaluations régulières de son personnel en impliquant les cadres concernés de la structure.

Il veille à ce que chacun, à son niveau, s'implique dans son activité, travaille en complémentarité et pluridisciplinarité. Il veille à ce que chaque responsable s'implique dans l'animation de son équipe, il coordonne l'équipe de Direction, anime le Comité de Direction (CODIR) et organise la concertation pour pouvoir prendre les décisions importantes.

Le Directeur est le représentant de l'employeur pour tout ce qui concerne les Institutions Représentatives du Personnel dont il doit assurer le bon fonctionnement. Depuis 2015, CE et CHSCT concernent un périmètre constitué d'APF Développement, du territoire Ain-Rhône, de l'IEM, du SESSAD et du SESVAD APF France handicap. Le siège du CE est situé à l'IEM APF France handicap 49 B rue du Docteur Fleury Pierre Papillon, 69100 Villeurbanne.

De nouvelles élections des représentants du personnel (CSE) auront lieu en octobre 2019.

Le Directeur est responsable des conditions d'hygiène et de sécurité et ce, tant vis-à-vis du personnel que de toute personne accueillie ou ayant accès à la structure.

Le Directeur a le pouvoir de sanctionner les fautes dont il a connaissance en respectant notamment les procédures légales et conventionnelles en conformité avec les dispositions du règlement intérieur du personnel et en lien avec la Responsable Régionale des Ressources humaines.

➤ **La gestion budgétaire, financière et comptable**

Le Directeur est responsable de la gestion financière et comptable de la structure. Il respecte le cadre des directives données par la Direction Générale et le Responsable Régional Administratif et Financier en se conformant à l'ensemble des procédures APF France handicap.

Le directeur du SESVAD a été nommé coordonnateur du CPOM Métropole de Lyon APF France handicap 69 en mai 2012.

➤ **La gestion administrative, technique et logistique**

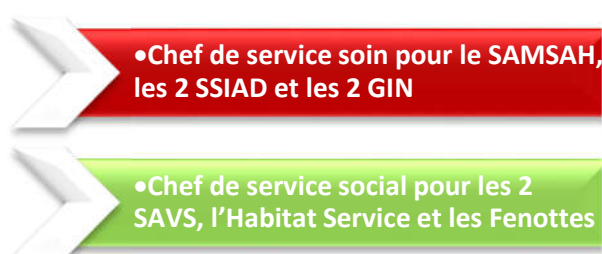
Pour cela le directeur met en œuvre toutes dispositions pour assurer le bon fonctionnement général de la structure, tant au niveau des biens que des personnes, en faisant appel si nécessaire à des prestataires extérieurs.

➤ **La représentation de APF France handicap**

Dans un souci de cohérence interne et de coordination, le directeur peut être amené, au titre de ses missions et de ses compétences, à assurer des représentations dans des instances départementales, régionales et nationales.

1.5.1.4.2 Les chefs de service

Deux chefs de service encadrent les équipes :

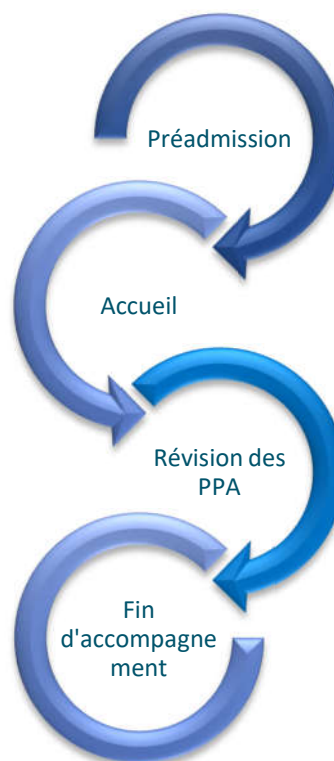


Ils participent activement à **l'élaboration et la mise en œuvre du Projet de Services** et contribuent à son évolution. Ils contribuent au bon fonctionnement des services et à ce titre font partie intégrante de l'équipe de direction, en participant à l'élaboration des stratégies d'actions internes et externes.

Ils assurent le **management des équipes multidisciplinaires** sous leur responsabilité, avec un rôle d'organisation, de management des activités mais aussi de contrôle des procédures.

Ils **garantissent le bon fonctionnement des accompagnements** dont ils ont la responsabilité, en coordonnant et supervisant l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi des Projets Personnalisés d'Accompagnement ou des Projets Individualisés de soin. Le chef de service doit créer les conditions de l'accompagnement et présenter un sens pour les personnes accompagnées et les équipes.

Ils **interviennent à toutes les étapes de l'accompagnement et veillent au bon déroulement de ces différents temps :**



Ils assurent une mission vis-à-vis de la personne accompagnée en favorisant l'expression de ses choix et en lui garantissant sa place d'actrice de son projet.

Ils **incarnent des personnes ressources au sein du dispositif**, l'interface entre la personne accompagnée et le professionnel de terrain, qui permet aux professionnels d'analyser les situations complexes, et de prendre du recul.

Ils **rendent compte au directeur de manière organisée et structurée**, ils peuvent gérer des imprévus et contribuent à leur niveau à la veille institutionnelle.

Ils sont **membres du Comité Qualité (COQUA)** au sein duquel ils contribuent à l'amélioration continue de la qualité du service rendu.

En lien avec le Comité de Direction et en accord avec les orientations et les missions du SESVAD, les chefs de Service **favorisent le développement de partenariats durables** avec les acteurs locaux des secteurs médico-social, sanitaire, du logement, associatif, etc.

Ils partagent les astreintes liées au fonctionnement du SESVAD.

1.5.1.4.3 L'attachée administrative

Elle travaille en relation avec toutes les équipes et principalement en collaboration avec la directrice et les comptables en prenant des initiatives, sous l'autorité de la directrice, pour assurer l'ensemble des tâches liées aux ressources humaines.

Sous la responsabilité de la directrice, elle **participe à la procédure d'embauche** des nouveaux salariés et à la vie des salariés au SESVAD (recrutement, accueil, formation, santé au travail, licenciement...). Elle incarne **une personne ressource** pour les professionnels pour leurs différentes questions relatives à leurs droits et devoirs au SESVAD.

En lien avec la directrice et le technicien des services logistiques, elle participe au suivi de la sécurité des locaux et du personnel, en conformité **avec la réglementation ERP J5**.

Elle rend compte à la directrice de manière organisée et structurée, elle peut **gérer des imprévus** et contribue, à son niveau, à la veille institutionnelle.

Elle **est membre du Comité Qualité (COQUA)** au sein duquel elle contribue à l'amélioration continue de la qualité du service rendu, notamment au niveau des ressources humaines.

Elle partage les astreintes liées au fonctionnement du SESVAD.

Poursuite en 2019 de la réflexion sur la dirigeance du SESVAD en tenant compte des futurs départs à la retraite.

1.5.1.5 L'EQUIPE ADMINISTRATIVE ET LOGISTIQUE

Elle est mutualisée pour tous les services du SESVAD.

1.5.1.5.1 La Secrétaire

Ses missions relèvent de toutes les fonctions en lien avec les personnes accompagnées et les salariés, dans leurs missions d'accompagnement.

Elle est chargée en priorité de **l'accueil téléphonique et physique** de toute personne s'adressant au SESVAD et aussi de l'Accueil des Nouvelles Demandes (AND) pour tous les services.

Une fois la demande pré analysée, soit elle l'oriente vers un service extérieur, si celle-ci ne relève pas du SESVAD, soit elle remplit le formulaire Accueil Nouvelle Demande et applique les procédures d'accueil spécifiques à chaque service¹².

¹²CF. Procédure d'Accueil Nouvelle Demande dans chaque service, chapitre 6

Elle a un **rôle de standardiste** pour l'équipe en filtrant, évaluant et orientant les appels auprès des professionnels.

Elle élabore et **met en forme les documents de suivi de l'activité des professionnels** (file active...), elle assure le suivi des logiciels EASY SUITE et MENESTREL dont elle est référente (anomalies, fiches utilisateurs, saisies...) et elle met en place des tableaux statistiques afin de construire le rapport d'activité.

Elle assure la **transmission aux financeurs de l'activité des services** et prépare divers documents administratifs et de gestion de suivi de l'activité, des tableaux de bord à la demande de la direction.

Elle assure la **frappe de certains courriers** et elle suit l'envoi et la réception des courriers.

Elle est **chargée de la communication interne et externe** sur les services et assure le suivi des documents de présentation (plaquettes, livret d'accueil...).

Elle **assure la gestion du quotidien dans les services** en lien avec les personnes accompagnées (planning véhicules, commandes de matériel, affichage...).

1.5.1.5.2 Le technicien des services logistiques

Il joue un rôle essentiel pour **le confort et la sécurité des personnes accompagnées et des salariés**, avec qui il partage les valeurs de l'association.

Le technicien est **garant de l'entretien des locaux, des mobiliers, des véhicules** en effectuant des travaux d'hygiène et de manutention simple, toujours en lien avec la direction.

Il assure l'entretien courant des locaux du SESVAD et des parties communes de l'Habitat Service et veille à la propreté et au bon fonctionnement des véhicules de service. Pour cela, il rend compte à la direction de tout dysfonctionnement qu'il pourrait repérer dans les locaux et lors de l'utilisation des véhicules.

Il **procède aux interventions de maintenance et de dépannage** de premier niveau et évalue, le cas échéant, la gravité des dysfonctionnements et des pannes et rend compte obligatoirement à la direction, des travaux nécessaires à la remise en état des équipements.

En lien avec l'attachée administrative, dans le cadre de la sécurité en conformité avec la réglementation ERP J5, il **assure le suivi des contrats de maintenance et des interventions des entreprises extérieures**.

A l'Habitat Service, il assure **un suivi régulier de l'état des logements et du mobilier**, ainsi que des parties communes.

Il **participe aux états des lieux à l'entrée et la sortie d'un résident**.

Il assure, après la personne accompagnée et son entourage, le nettoyage du logement au départ de celui-ci.

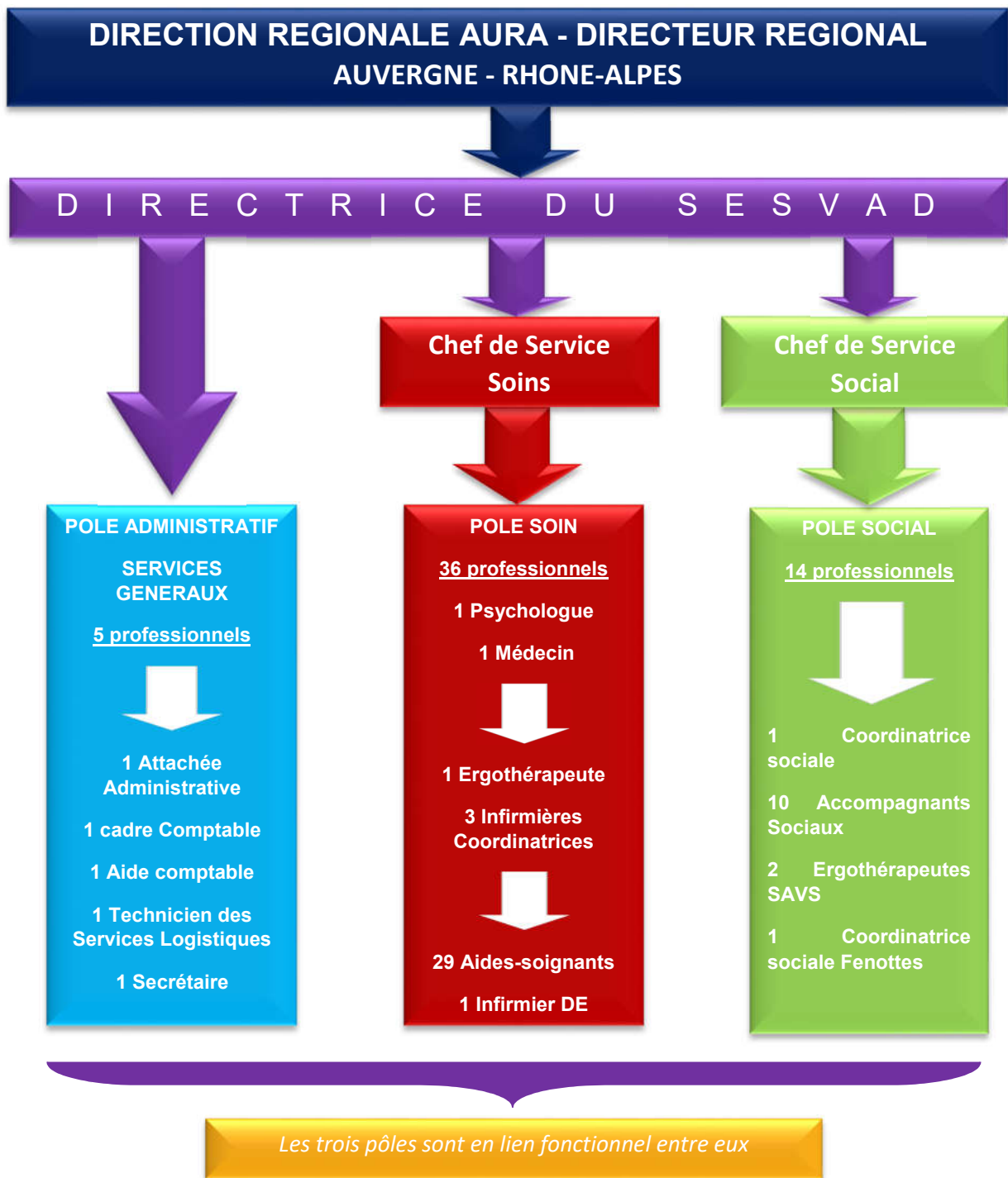
Il coordonne les travaux de remise en état des logements.

Avec l'autorisation préalable de la direction, il peut **réaliser des petits bricolages chez les personnes accompagnées** du SESVAD et participer en lien avec les accompagnants sociaux, au déménagement de personnes accompagnées.

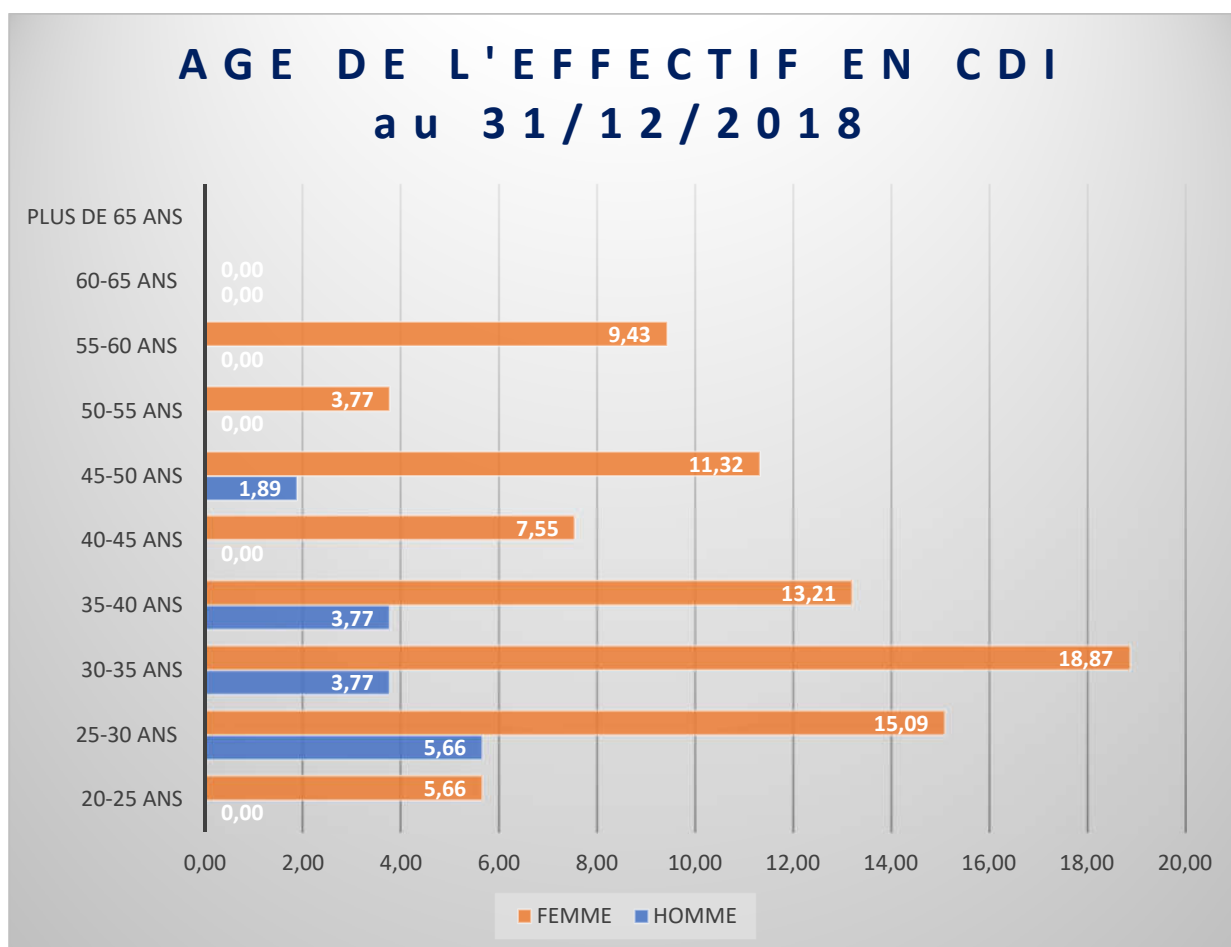


Les équipes de professionnels de terrain sont décrites dans chacun des services, chapitre 6.

1.5.2 L'ORGANIGRAMME FONCTIONNEL



1.5.3 LA PYRAMIDE DES AGES



1.5.4 LE SOUTIEN TECHNIQUE AUX SALARIES

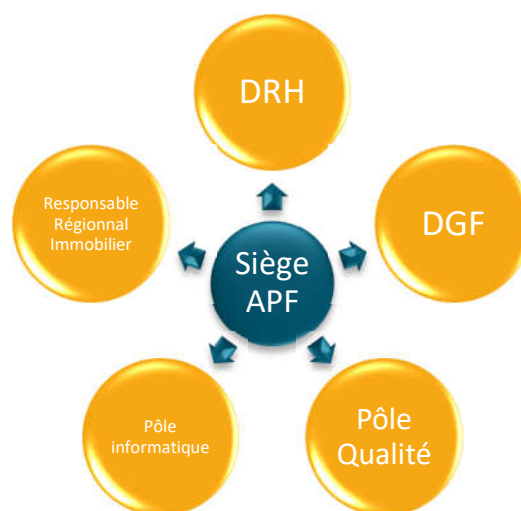
1.5.4.1 D'APF FRANCE HANDICAP

1.5.4.1.1 Le siège d'APF France handicap

Le siège reste une référence en matière de soutien technique.

Il possède une Direction des Ressources Humaines (DRH) avec des Responsables Régionaux RH sur chaque région, une Direction Gestion Financière (DGF) avec des Responsables Administratifs et Financiers Régionaux, un Pôle des systèmes d'information et Service Informatique PSI (paie, logiciel comptabilité, budgets et Comptes administratifs, commissaire aux comptes)

avec des Responsables Régionaux Informatique et Télécom ainsi qu'un pôle Qualité au sein de la DDOS (Direction de Développement de l'Offre de Service).



PROJET DE SERVICES DU SESVAD APF FRANCE HANDICAP
SAVS, HABITAT SERVICE, SAMSAH,
SSIAD, GIN, FENOTTES

Sur la région AURA, présence également d'un Responsable Régional Immobilier.

- Il impose une **centralisation des achats** avec des grands comptes négociés nationalement permettant des économies d'échelle (téléphonie, véhicules, sécurité, maintenance...).
- Il transmet à la **direction de structure une documentation technique** par le biais du réseau intranet. Les informations, législatives ou techniques sont transférées aux professionnels.
- Il met à la **disposition des structures des conseillers techniques spécialisés dans chaque domaine** – ces derniers peuvent être questionnés sur différents domaines : législation sociale, dossiers juridiques, technologies). Un conseiller médical est à la disposition des professionnels pour toute question relative au handicap et aux pathologies. Le siège d'APF France handicap dispose aussi d'un service juridique spécialisé dans les indemnisations qui peut être saisi à tout moment par les intervenants sociaux.

1.5.4.1.2 La Direction Régionale d'APF France handicap :

- Met en place des **regroupements régionaux** réunissant l'ensemble des intervenants SESVAD : JRI
- Met à la disposition du directeur de structure, **un Responsable Régional de l'Offre de Service APF France handicap** qui le soutient dans la gestion des projets et l'évolution de la structure. Il organise et anime des Journées Techniques Territoriales Trimestrielles, entre directeurs de structures proches (SESVAD, foyers) afin d'échanger sur

leurs missions et mutualiser leurs compétences.

Le Directeur Régional et l'équipe régionale réunissent tous les trimestres tous les directeurs de la région dans le cadre d'un **Comité Technique Stratégique Régional** destiné à une réflexion sur des questions importantes.

Enfin, un **Comité Technique Départemental CTD (et interdépartemental Ain Rhône CTID)** animé par le directeur du territoire Ain-Rhône réunit régulièrement l'ensemble des directeurs des structures APF France handicap, afin de promouvoir une offre de services départementale diversifiée et coordonnée. Ce collectif est le support de toute « réflexion projet » sur le département, en soutenant la diversification de l'offre de service et en accompagnant les évolutions.

1.5.4.1.3 L'accord national France handicap GEPP

Un accord d'entreprise relatif à la gestion des emplois et des parcours professionnels a été signé pour la période de **2016-2019**. APF France Handicap évolue dans le secteur sanitaire et social et médico-social, secteur sujet à de constantes évolutions, politiques techniques ou encore réglementaires.

Il s'agit d'anticiper et d'accompagner la transformation des organisations, des métiers, liée aux évolutions externes comme internes, tout en veillant à sécuriser les parcours des salariés au sein d'APF France Handicap.

La **démarche de GPEC** est un élément clé de la politique RH d'APF France Handicap. C'est sur la base des analyses effectuées que sont définies les orientations RH. Ce sont ces mêmes analyses GPEC qui offrent à chaque salarié une visibilité sur les évolutions des métiers, lui donnant la possibilité d'envisager une orientation professionnelle et un parcours en cohérence avec les besoins futurs de l'association.

Cet accord définit les principes de la GPEC ainsi que les engagements en matière d'insertion des jeunes et de maintien dans l'emploi des seniors.

Une perspective de progrès sur les axes suivants :

-Anticiper l'évolution des métiers	-Intégrer, maintenir et développer les compétences nécessaires aux métiers actuels et futurs
-Promouvoir des dispositifs permettant l'évolution des salariés tout au long de la vie professionnelle	-Favoriser l'employabilité des salariés.

L'objectif prioritaire est de tout mettre en œuvre, chaque fois que possible, pour offrir aux salariés qui le souhaitent de poursuivre leur carrière au sein d'APF France handicap en adaptant leurs compétences, tout en anticipant les besoins liés aux évolutions organisationnelles.

C'est attirer, intégrer, maintenir et développer les compétences dont APF France Handicap a besoin en offrant aux salariés des perspectives d'évolution à court et moyen terme.

1.5.4.2 D'ORGANISMES EXTERIEURS

Les salariés peuvent **bénéficier de formations dans le cadre du Plan Annuel de développement des compétences** en fonction des orientations stratégiques nationales d'APF France handicap et de priorités établies par l'équipe de direction avec les professionnels. Ils peuvent mobiliser leur **Compte Personnel de Formation** ou encore sollicité le CPF de transition.

Les professionnels participent aussi régulièrement à différentes manifestations : réunions inter SAVS, inter SAMSAH, JRI, salons, congrès etc. Ils rencontrent des partenaires qui présentent leurs structures.

Un entretien professionnel est organisé tous les deux ans et par anticipation lors de la reprise du poste après certains congés.

Ils participent à des séances **d'Analyse de la Pratique** – ces séances sont mensuelles mais ne concernent pas la direction et l'encadrement.

De plus les salariés disposent de différentes revues auxquelles est abonné le SESVAD – le siège met à leur disposition des plaquettes internes.

L'évolution de l'exercice des fonctions des différents professionnels par rapport à l'engagement de l'association pour l'accompagnement de tout type de handicap nécessitera de plus en plus **d'adapter les compétences de tous**, afin de mener à bien la mission d'accompagnement des personnes dans leurs parcours.

1.5.5 L'ACCUEIL DE STAGIAIRES

Tous les salariés du SESVAD sont fortement incités à **accueillir des stagiaires**. Des conventions existent avec de nombreuses écoles et instituts de formation, permettant aux stagiaires de découvrir, dans leurs métiers respectifs, la spécificité du handicap et de l'accompagnement à domicile : assistants sociaux, aides-soignants, infirmiers, ergothérapeutes...

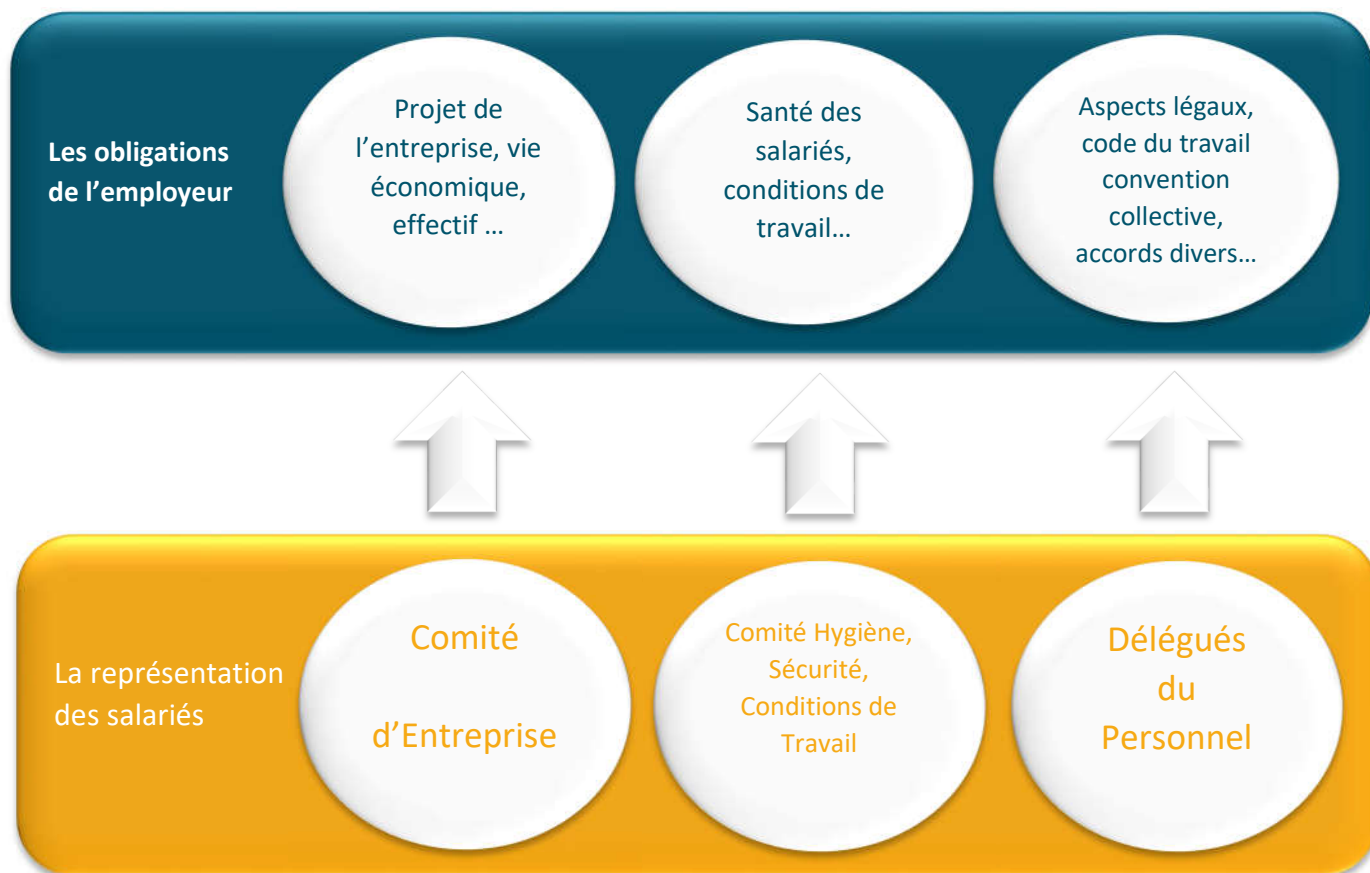
Des conventions de stage sont aussi signées avec **l'ADAPT** pour des stages de personnes en réinsertion professionnelle encadrés par le technicien des services logistiques.

La direction du SESVAD accueille aussi des stagiaires : CAFERUIS, CAFDES, IFROSS...

L'accueil de ces stagiaires apporte un réel enrichissement au SESVAD favorisant une prise de recul des encadrants, tout en permettant de réaliser des travaux complémentaires qu'il n'aurait pas été possible de réaliser par faute de disponibilité



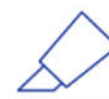
1.5.6 LE CADRE DE LA REGULATION SOCIALE



Les Instances Représentatives du Personnel interviennent sur un périmètre de quatre structures (IEM-SESSAD, Territoire Ain Rhône, APF

Développement et le SESVAD) et se composent comme suit pour l'année 2019 :

CE :	DP :	CHSCT :
<p>⑩ 2 élues du SESVAD APF France Handicap</p>	<p>• 2 élues du SESVAD APF France Handicap</p>	<p>⑩ 1 élu du SESVAD APF France Handicap</p>



Important

Mise en place du CSE en 2020. Les prochaines élections auront lieu en octobre 2019.

1.5.7 QUALITE DE VIE AU TRAVAIL ET RISQUES PSYCHO-SOCIAUX

1.5.7.1 L'ACCORD D'ENTREPRISE RELATIF A LA PREVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS ET AU MAINTIEN DANS L'EMPLOI.

L'accord collectif relatif à la **prévention des risques professionnels et au maintien dans l'emploi** a été signé le 21 février 2017 et est applicable depuis le 1er mars 2017 pour une durée de 5 ans.

La protection de la santé au travail et de la sécurité des salariés ainsi que la prévention des risques professionnels relèvent de la responsabilité de l'employeur et constituent des enjeux importants pour APF France Handicap.



La mise en œuvre d'une politique de **prévention des risques professionnels** nécessite la mobilisation de tous les acteurs de l'association tant au niveau national que local, ainsi qu'une coordination de leurs actions. Différents acteurs internes et externes concourent à la démarche de protection de la santé au travail.

Par conséquent APF France Handicap a fait le choix au niveau national de réaliser tout un travail afin **d'harmoniser l'ensemble des outils permettant à toutes les structures de développer de bonnes pratiques de prévention**. La création et la mise à disposition d'un guide méthodologique permet d'accompagner ou de renforcer le déploiement de la démarche au sein des établissements.

Mise à disposition également **d'une trame de DUERP** simple d'utilisation et facilitant le travail de repérage, d'analyse de risque et de suivi de prévention dans la structure. Désormais, l'outil est pensé par situation de travail et non par risque afin de cibler l'analyse

puis le plan d'action des situations réelles d'exposition.

Le DUERP du SESVAD a été rénové et mis à jour en 2018, il est en conformité avec le présent accord ainsi que réalisé sur la base de la dernière trame nationale.

Notre objectif est de poursuivre la mise à jour régulière du DUERP et d'approfondir le travail sur l'analyse des accidents de travail par l'intermédiaire de l'arbre des causes.

1.5.7.2 LES PLANS D'ACTION RPS

Deux audits sur les conditions de travail ont eu lieu, l'un des professionnels sociaux fin 2016 et l'autre des soignants en juin 2018. Ces audits ont abouti à des plans d'action, celui de 2018 est encore en cours. Il a intégré le plan d'amélioration qualité global du SESVAD.

Ces audits ont permis de sensibiliser - informer l'ensemble des professionnels vis-à-vis des Risques Psycho Sociaux (indicateurs RPS de GOLLAC). Une mise en discussion des indicateurs de RPS et des pistes d'actions a été effective.

7 actions ont été jugées prioritaires par au moins un participant :

- *Situations de tensions relationnelles avec les usagers*
- *Communication institutionnelle*
- *Régulation de la complexité du travail*
- *Clarification des rôles*
- *Sens du travail*
- *Partage des valeurs*
- *Les temps de convivialité*

En 2019, 3 thèmes prioritaires :

Gestion des situations de tensions avec les usagers, clarification des rôles, amélioration des réunions

1.5.8 ORIENTATIONS ET OBJECTIFS STRATEGIQUES DE LA GESTION DES RH

1.5.8.1 DES PERSPECTIVES D'EMPLOIS STABLES OU EN LEGERE CROISSANCE POUR LES PROCHAINES ANNEES

Le modèle de fonctionnement (organisationnel et économique) d'APF France handicap s'inscrit dans **une logique de continuité** par rapport à celui des années précédentes, sans rupture organisationnelle ou évolution interne ou externe qui viendrait impacter lourdement les métiers en nombre et en qualité.

Au SESVAD, nos orientations stratégiques ne se traduiront pas par des variations significatives de volume d'emploi. Nous ne projetons pas d'augmentation significative de ses effectifs, pas plus que de diminution pour les années à venir.

1.5.8.2 DES PREVISIONS DE RECRUTEMENTS POUR FAIRE FACE AUX DEPARTS ET AUX NOUVEAUX BESOINS.

Nos analyses GPEC nous permettent de dresser un panorama des salariés de 59 ans et plus par métier :

➤ 7% de l'effectif au 31 décembre 2018 du SESVAD d'APF France handicap est âgé de 58 ans et plus.

➤ Les métiers qui comptabilisent des salariés âgés de 58 ans et plus sont les métiers du Soins, les métiers de l'Accompagnement Social et les métiers du Management.

Au vu de ces éléments, les départs à la retraite attendus vont se traduire par des recrutements dans les prochaines années, en particulier pour

les métiers du soin, du social et du management.

Le SESVAD APF France handicap a recours **aux CDD, aux prestataires extérieurs** principalement :

- Dans notre cœur de métier, afin de faire face à des absences ou des vacances de postes pour assurer la continuité de service. Le recours aux CDD ou à des prestataires notamment à des coopératives de travail temporaire ou à de l'intérim est alors réalisé avec un souci de vigilance sur la qualité des profils choisis et dans une optique de création d'un vivier de candidats pour de possibles recrutements à venir.
- Pour réaliser des missions d'expertises ou des prestations ponctuelles.



1.5.8.3 VIRAGE INCLUSIF, DEVELOPPEMENT DES SERVICES A DOMICILE ET ACCUEIL DE NOUVEAUX PUBLICS

A l'instar des transformations qui impactent l'ensemble du secteur médico-social, APF France handicap a déjà engagé l'évolution de son offre de service en développant des **dispositifs d'accompagnements inclusifs**, tout en élargissant le périmètre de l'offre pour accueillir de nouveaux publics (autisme, autres formes de handicap).

La **coordination de parcours** devient incontournable pour assurer la continuité et la cohérence de l'accompagnement, tout en facilitant la coopération des différents professionnels internes ou externes et il va falloir envisager des formations adéquates. De même, les temps d'échanges et d'analyse de la pratique seront d'autant plus importants pour garantir la complémentarité et la continuité des interventions et favoriser l'expression et le partage entre salariés sur les modalités d'accompagnement des personnes accompagnées.

Poursuite au SESVAD au sein des CPOM ARS et Métropole de Lyon du projet de création d'une plateforme adulte APF France handicap.

1.5.8.4 SYSTEME D'INFORMATION ET RESEAUX



Notre système d'information est composé comme suit :

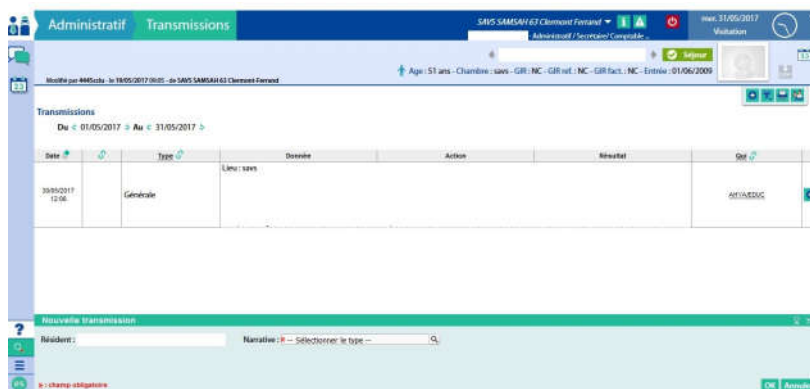
- Réseau interne nommé « K Commun »
- Le logiciel EASY suite, support du dossier unique de la personne accompagnée comprenant toutes les informations sur son accompagnement de manière globale
- Le logiciel de gestion des données qualité (Blue medi)
- Le logiciel de soin Ménestrel
- Le logiciel RH CEGI
- Le logiciel de paie « PLEIADE »
- L'utilisation des outils collaboratifs (office 365)



- Le système d'information RH
- La mise en place du SI Finances

Ce système d'information nécessite la saisie d'informations parfois redondantes d'un logiciel à un autre. Ceci génère des difficultés pour les professionnels par rapport à la saisie mais également au niveau de la recherche de l'information.

L'objectif des années à venir est de réduire l'utilisation multiples de logiciels (en faisant évoluer certains logiciels) et de retravailler l'arborescence du réseau interne « Commun ».



Visuel logiciel Easysuite ©

Mise en place de la RGPD (protection des données)



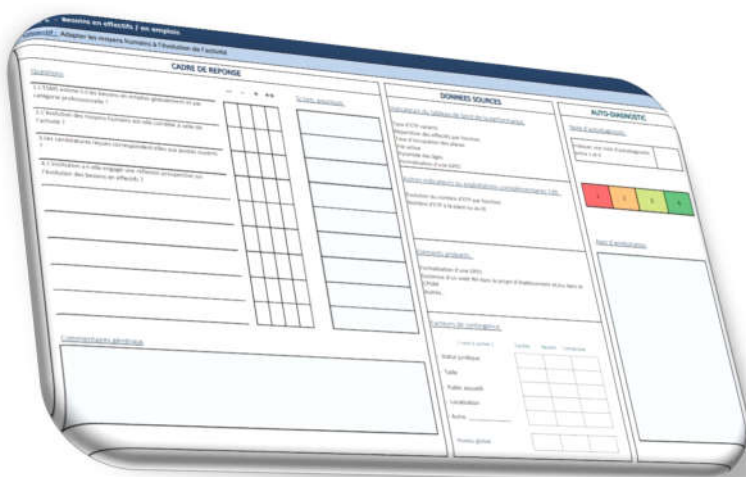
1.5.8.5 PLAN D'ACTION PRIORITAIRE

Nous avons réalisé en comité de direction le diagnostic RH du SESVAD. Ce fut l'occasion, pour notre structure et notre équipe de direction, d'analyser la situation des ressources humaines et son impact sur les fonctionnements avec l'appui de **l'outil barométrie RH ARS** (visuels ci-présents). C'est d'abord un outil de réflexion et d'aide à la décision pour nous.



Afin de garantir la cohérence des démarches pilotées par l'ARS, l'outil-guide est articulé avec celles des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens et des évaluations.

Les questions formulées nous ont guidés vers un choix d'axes d'amélioration et de pistes d'action.



Pragmatiques et concrètes, **15 fiches** définissent des chemins d'analyse et de réflexion autour de thématiques cibles.

La démarche d'analyse s'appuie sur les pratiques de terrain expérimentées par les professionnels et sur un choix d'indicateurs dont ceux du tableau de bord de la performance

Chaque fiche-thématique propose un questionnement et un diagnostic contextualisés.



Voici la synthèse de notre diagnostic et des actions à poursuivre durant les années à venir :

	ACTIONS	PILOTE	ECHEANCE
Structurer le cadre et les objectifs de la gestion des ressources humaines	<ul style="list-style-type: none"> - Continuer à mettre à jour les fiches de poste et de fonction en conformité avec la trame du siège national - Poursuivre le travail sur le pôle départemental de remplacement avec APF Développement - Adapter la dirigeance par rapport aux départ du chef de service soin 	<ul style="list-style-type: none"> - Comité de direction 	Fin 2019
Déployer une politique de recrutement et d'intégration	<ul style="list-style-type: none"> - Formaliser une procédure de recrutement 	<ul style="list-style-type: none"> - Comité de direction 	Fin 2019
	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcer les contacts auprès des écoles ADS pour pourvoir les postes vacants 	<ul style="list-style-type: none"> - IDEC 	Début 2019
	<ul style="list-style-type: none"> - Poursuivre la procédure d'accueil et intégration des nouveaux salariés mise en place en 2018 	<ul style="list-style-type: none"> - Attachée administrative - Chefs de service 	2019
Réguler le flux du personnel	<ul style="list-style-type: none"> - Poursuivre l'analyse de la baisse du taux d'absentéisme 	<ul style="list-style-type: none"> - Comité de direction 	2019
	<ul style="list-style-type: none"> - Poursuivre les remplacements par anticipation et dans la mesure du possible avec un tuilage 	<ul style="list-style-type: none"> - IDEC - Chefs de Service - Directrice 	2019
	<ul style="list-style-type: none"> - Poursuivre la mise en place du pôle de remplacement (CDD) au sein de l'établissement 	<ul style="list-style-type: none"> - Le chef de service soin - L'attachée administrative 	2019
	<ul style="list-style-type: none"> - Veiller à mettre en œuvre un système de parrainage afin d'assurer la continuité d'accompagnement 	<ul style="list-style-type: none"> - IDEC - Chefs de Service 	Fin 2019
Répartir la charge de travail et le temps de travail	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre en place un outil d'évaluation de la charge de travail des fonctions supports 	<ul style="list-style-type: none"> - Comité de direction 	Fin 2019

Adapter les moyens attribués aux professionnels en fonction des missions confiées	- Travailler sur la recherche d'un unique logiciel pour tous les services du SESVAD	- Comité de direction, IDEC en lien avec le siège, la DR	2020
	- Travailler sur la mise en place du Dossier Unique Informatisé de la Personne Accompagnée	- Chefs de service, IDEC - Direction	2020
Initier et développer une démarche de qualité de vie au travail	- Poursuivre la communication auprès des personnes accompagnées concernant le travail des différents professionnels.	- Comité de direction, IDEC	2020
	- Poursuivre la mise en place du plan d'action suite à l'audit des soignants	- Comité de direction - Chefs de service - IDEC	2019
Prévenir les risques liés aux postes de travail et à l'activité professionnelle	- Analyser les accidents du travail avec la méthode de l'arbre des causes	- Comité de direction - Chefs de Service - IDEC	2020
	- Utiliser la gestion des parcours professionnels comme levier de prévention de l'usure professionnelle sur le moyen terme	- Direction - Chefs de Service	2020
Prévenir les risques liés aux postes de travail et à l'activité professionnelle	- Mise en place d'espaces de discussions pour les services de soins	- IDEC et chef de service soin	Début 2019
Adapter les expertises et les pratiques aux missions de la structure et aux besoins des public accueillis	- Poursuivre les entretiens professionnels tous les deux ans et après un retour de longue absence	- Directrice - Chefs de Service	2019-2020
	- Mettre en place un outil de suivi de mesure de l'impact des formations.	- Attachée administrative	2020

Accompagner les personnels dans leurs projets professionnels	- Améliorer la prise de poste des nouveaux arrivants soignants	- IDEC	Fin 2019
Piloter la gestion des ressources humaines	- Mettre en place des tableaux de bords	- Comité de direction	2020

1.6 LES VALEURS ET SPECIFICITES AU SESVAD

Le Projet de Services trouve son ancrage dans le projet associatif d'APF France handicap : « ...**Pouvoir d'agir, pouvoir choisir...** ». Notre action découle de ce projet mais aussi des contraintes externes.



Pour ce faire, le SESVAD porte auprès des personnes orientées vers ses services, une attention particulière à leurs capacités à exprimer des choix personnels, à les faire valoir mais aussi à les accompagner.

Ainsi,

- Il **prévoit une ouverture de ses services à tous**, quelle que soit la situation de la personne, ses particularités ;
- Il **garantit le principe de non-discrimination**, l'esprit de solidarité entre tous ;
- Il garantit à chacun, selon ses capacités, **une réelle participation**

sociale, économique, culturelle et civique ;

- Il **garantit des droits communs et des droits particuliers ;**
- Il **développe des services de proximité de qualité**, à finalité sociale et non exclusivement marchande.

1.6.1 LE DOMICILE : UN MODE D'ACCOMPAGNEMENT PARTICULIER

Pour accompagner à domicile, il est important de tenir compte de notions essentielles telles que **l'autonomie et la dépendance**. L'autonomie et la dépendance sont deux termes à ne pas confondre et sur lesquels repose le libre choix du mode de vie. L'autonomie comprend la liberté de décider de son propre mode de vie. La dépendance est la conséquence d'une ou plusieurs incapacités à faire seul les principaux actes de la vie quotidienne. Il s'agit de ne pas signifier, malgré nous, aux personnes qui n'ont plus la capacité d'accomplir seules les activités de la vie quotidienne, qu'elles n'ont plus de fait la capacité de choisir et de décider de leur mode de vie.

Il existe différentes



formes d'autonomie et donc différentes façons de vivre son autonomie. Au sein du SESVAD, il est accordé beaucoup d'importance au Projet Personnalisé d'Accompagnement car les personnes sont accompagnées au cas par cas, en fonction de leur singularité et quel que soit le type de domicile choisi. La personne est, autant que possible, actrice de sa vie.

Il ne s'agit pas de faire à tous prix la promotion du logement indépendant ou de rechercher une mise en opposition de ce type de logement avec l'institution. Au contraire, Il faut **démystifier le logement indépendant** comme un lieu idéal, quand il ne peut pas offrir des garanties de sécurité, de qualité et de sociabilité suffisante. Si le logement indépendant peut-être une chance de vie libre et autonome, il peut aussi représenter une vie de solitude, créer de la désinsertion et représenter une mise en danger, individuelle ou collective.

1.6.2 DEFINITION DU DOMICILE

Au SESVAD, nous entendons le terme domicile au sens de « **habitat** ». Le terme « habitat » est à différencier du terme « hébergement » car il met en valeur l'aspect privatif du logement. La personne habite son logement au lieu d'y résider. Le domicile,

pas synonymes. « Se loger » suppose la possession d'un abri, d'un lieu d'intimité, d'un chez soi. C'est une condition nécessaire pour habiter mais non suffisante. « Habiter » suppose une véritable intégration sociologique dans l'immeuble, la résidence, la rue, le quartier, la possibilité de créer un véritable réseau de relations et d'échanges avec le voisinage, celle de sortir de chez soi pour exercer toutes sortes d'activités. En forçant le trait, **on pourrait même dire qu'habiter, ce n'est pas tant pouvoir vivre chez soi, que pouvoir en sortir.**

Nous évoquons là l'habitat alternatif, encore appelé habitat accompagné et depuis peu **habitat inclusif**¹³, qui s'inscrit dans une problématique plus vaste dite de la "désinstitutionnalisation".

B.ENNUYER¹⁴ précise que l'habitat est « un lieu occupé par une personne en vue d'y établir sa demeure réelle et où elle a droit à ce titre au respect de son intimité, de sa tranquillité et plus généralement sa vie privée ».

Dans la société actuelle, le fait d'avoir un domicile est un **symbole d'inclusion sociale**¹⁵ au sens de participer pleinement à la société. Le domicile est un repère de l'identité sociale. Cela donne à la personne une place aux yeux des autres. Chaque « habitant » vit sa vie

Le projet de transformation de l'offre de services APF France handicap sur le territoire de la Métropole de Lyon va aller tout à fait dans le sens de la diversification avec l'externalisation de places de foyer, encore une expérience de domicile !

repère principal de l'identité sociale, est le symbole de l'inscription sociale de son habitant.

Nous parlons bien « d'habiter » et non pas seulement de se loger. Les concepts ne sont

librement, dans les seules limites qu'il s'impose lui-même. C'est son espace à lui, où il se sent chez lui et peut recevoir ses amis, sa famille...

Un domicile c'est à la fois « un repère » et un « repaire ».

¹³ Article 45 du Projet de loi ELAN mars 2018

¹⁴ ENNUYER Repenser le maintien à domicile, Dunod, 2006.

¹⁵ « Pour une société inclusive » : l'une des orientations politiques forte du projet associatif APF 2012-2017.

Il faut aussi percevoir que le domicile peut être une confrontation à la solitude et avec la nécessité de s'organiser pour faire face au quotidien. Par exemple : organiser les repas, les rendez-vous, prendre des initiatives. Cette expérience de confrontation aux difficultés du quotidien permet aux personnes de rechercher des solutions et de prendre confiance en elles.

Pour B.ENNUYER¹⁶ « *Le chez soi est le lieu réel ou fictif à partir duquel il peut être possible pour un être de devenir « soi », en permettant la constitution d'une existence psychique* », c'est un soutien de l'identité personnelle du sujet.

1.6.3 INTERACTION AVEC L'ENVIRONNEMENT

Le domicile habitat peut participer à assurer l'autonomie de la personne mais il est nécessaire d'intégrer la complémentarité et les interactions entre la personne et son environnement social. Le domicile doit favoriser le rôle d'acteur de la personne et son insertion dans la société.

Il s'agit de travailler avec la personne en prenant en compte son environnement :

L'environnement géographique (ville, campagne, accessibilité des transports...)

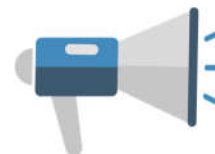
L'environnement social (quartier, voisinage...), familial, culturel ou professionnel

1.6.4 LES LIMITES DE L'ACCOMPAGNEMENT

Le positionnement des professionnels et les pratiques d'accompagnement impliquent un travail sur les représentations de la personne accompagnée. Ce travail nécessite **une prise de conscience** par la personne

accompagnée en l'éclairant et en l'amenant à tenir compte de la réalité.

Les professionnels du SESVAD ont un **devoir d'alerte** face aux situations présentant un risque ou danger pouvant entraîner une diminution supplémentaire d'autonomie pour la personne. Ces situations impliquent des temps de discussion lors desquels ces risques sont verbalisés.



L'entourage et les partenaires peuvent être sollicités pour faciliter la prise de conscience et le positionnement de la personne accompagnée.

Par ailleurs, lorsque les services ne peuvent pas ou plus répondre de par le dispositif, il s'agit alors de trouver un relai plus adapté (hôpital, établissement, ...).



Les professionnels peuvent atteindre leurs limites d'accompagnement quand ils sont face à des **situations de refus** alors qu'il y a une mise en danger et/ou de précarisation pour la personne accompagnée. Après avoir informé la personne accompagnée et après consultation des procédures internes, ils peuvent être amenés à procéder à un signalement auprès des instances extérieures compétentes¹⁷.

1.6.5 LE DOMICILE : DES EXIGENCES SPECIFIQUES

L'intervention des professionnels au domicile des personnes accompagnées est la spécificité du SESVAD et le point commun entre ses différents services. Chaque professionnel se rend chez la personne

¹⁶ENNUYER B. Repenser le maintien à domicile, Dunod, 2006.

¹⁷ Une procédure nationale APF France handicap « Déclaration et traitement des évènements

indésirables » a été mise à jour en mai 2018 et déclinée au SESVAD sous K:\13-PROCEDURES SECURITE-SIGNALEMENTS\13-1 EVENEMENTS INDESIRABLES\PROCEDURES\DECLARATION EIEIG

accompagnée, au cœur de son quotidien, pour l'aider à construire et mener à bien son projet, « sur-mesure », en contact avec sa réalité.

1.6.6 DES QUESTIONNEMENTS D'ORDRE ETHIQUE

Ils concernent les questions liées à la sécurité, à l'intimité, au respect des habitudes et du rythme de vie, à la relation duelle entre le professionnel et la personne.

➤ Pour la personne accompagnée :

Elle est dans son cadre de vie, et il est important de veiller à ce qu'elle soit « actrice » de son accompagnement. Les soins sont personnalisés et les habitudes de vie sont prises en compte (souhaits d'horaires, fréquences) dans la mesure des contraintes inhérentes aux services. Pour beaucoup, les interventions des professionnels représentent un lien social régulier, parfois le seul. C'est dans ce cadre que peut se créer une relation de confiance.

➤ Pour les professionnels :

Ils doivent agir conformément au code éthique et aux directives en vigueur à APF France handicap dans le cadre du Règlement Intérieur du personnel (affiché dans les locaux du SESVAD) pour :

- **Développer et entretenir les compétences requises** pour exécuter leur travail.
- **Agir avec intégrité** en ne trompant pas la relation de confiance avec les personnes, en reconnaissant les frontières entre la vie personnelle et la vie professionnelle.
- **Faire preuve d'écoute, de disponibilité, de compassion, d'empathie et d'attention.**
- **Respecter la confidentialité** des informations sur les personnes.

- **Mutualiser les informations** avec les collègues et les partenaires extérieurs, en accord avec les personnes et toujours dans une démarche déontologique.

Ils doivent respecter l'espace privatif de la personne accompagnée et s'adapter à son environnement, à ses conditions de vie, à son entourage familial, à son logement... Ils travaillent en dehors du SESVAD, ce qui représente une plus grande autonomie, responsabilité et nécessite une vigilance accrue quant aux situations à risques (appréciation de l'état de santé et signalements aux personnes compétentes, gestion des crises qui nécessitent une réponse adaptée et immédiate). Le professionnel est porteur du cadre d'intervention, puisque le cadre n'est pas « posé » et symbolisé par les murs des services. Il se doit de respecter le cadre d'intervention, fixé en équipe, en étant garant du respect des règles des services et de bienveillance.

1.6.7 LE REGLEMENT DE FONCTIONNEMENT

C'est le document de référence qui est remis à la personne au début de son accompagnement. Ce document fixe les règles et conditions, auxquelles chacun s'engage ainsi que les droits et devoirs des bénéficiaires des services et professionnels. Les professionnels et leur encadrement (chef de service, directrice) peuvent rappeler aux personnes accompagnées, le cas échéant, tout manquement au règlement de fonctionnement.



Une commission d'éthique va être mise en place en 2019 pour étudier les relations avec les personnes ayant des « comportements problèmes ».

1.6.8 LIBRE CHOIX ET IMPLICATION DE LA PERSONNE

Le libre choix de vie à domicile est exprimé par la personne dans le cadre de son admission et sera le fil conducteur de son projet d'accompagnement. Une évaluation de la demande est toujours effectuée en amont de l'admission par une équipe pluridisciplinaire.

Le projet de la personne et son accompagnement font l'objet d'une **contractualisation** selon les dispositions légales. Le contrat vient rappeler l'engagement mutuel, les responsabilités du service mais aussi l'implication de la personne au cœur de son projet, en la rendant actrice de son accompagnement.



C'est la recherche d'un juste équilibre entre les désirs de la personne et la réalité, démarche qui implique une relation de confiance, que chaque professionnel du SESVAD cherche à établir.

L'évolution des types de handicap des personnes accompagnées demande aux équipes d'adapter leurs pratiques afin de favoriser au mieux l'expression des attentes et l'implication de la personne. Le choix des formations collectives devra dans les années qui viennent tenir compte de cette évolution (ex : formation à l'entretien motivationnel).

1.6.9 LA BIENTRAITANCE AU CŒUR DE NOTRE ACCOMPAGNEMENT

Tant c'est important et comme cela concerne tous les professionnels du SESVAD, nous retrouvons aussi bien dans notre Projet de Soins que dans le Projet global de Services ces chapitres sur bientraitance, évènements indésirables et refus de soins.

Le SESVAD inscrit pleinement son action dans une **démarche de bientraitance** telle que définie par la Haute Autorité de la Santé (HAS).



Selon la définition de l'HAS la bientraitance vise à promouvoir le bien-être de la personne en gardant à l'esprit le risque de maltraitance. Chaque institution s'approprie cette définition à sa manière. Les professionnels interviennent dans un **cadre déontologique et de bientraitance**. Le champ d'intervention des professionnels à domicile se réfère aux guides des bonnes pratiques APF France handicap, aux

"La bientraitance est une démarche collective pour identifier l'accompagnement le meilleur possible pour la personne accompagnée, dans le respect de ses choix et dans l'adaptation la plus juste possible à ses besoins. La bientraitance est une culture inspirant les actions individuelles et les relations collectives au sein d'un établissement ou d'un Service. Elle vise à promouvoir le bien-être de la personne accompagnée en gardant en permanence à l'esprit le risque de maltraitance."

RBPP de l'HAS ainsi qu'au cadre déontologique de chaque profession.

Par exemple, l'équipe de soignants adopte une démarche de travail et un mode relationnel avec les personnes qui va bien au-delà du simple apport d'un soin « technique ». Au-delà de « faire une toilette », il s'agit de communiquer, de partager un moment, de prendre en compte le bien-être qui peut lui être apporté. Les aides-soignants ont été formés spécifiquement à la notion du **« toucher ou l'art de prendre soin »** ; ils sont régulièrement sensibilisés grâce à la formation continue quant à la spécificité d'intervenir chez la personne, comment « apporter/donner un

soin » plutôt que « faire un soin ». Le temps du soin est ainsi vécu de façon moins « technique » mais plutôt « humanisant ». Cette approche guide la relation qui se tisse au quotidien.

Un autre exemple, l'accompagnement à domicile de personnes vulnérables peut amener les professionnels à adopter, après observation et évaluation, des conduites ponctuellement intrusives face à une situation inquiétante (la personne s'alimente-t-elle ? prend-elle ses médicaments ?) pouvant laisser supposer un risque de mise en danger. Nous pouvons alors nous risquer dans des conduites abusives qui sont souvent évoquées en réunion d'équipe : nous sommes alors sur la « corde raide », pouvant empiéter sur une décision de refus qui revient à la personne.

L'intervention à domicile est réalisée dans **l'espace privé de la personne** ce qui pose également la question du libre choix. Or en cas de refus d'intervention de l'équipe pluridisciplinaire, c'est la question du maintien à domicile qui peut clairement se poser.

Ces situations font l'objet de discussions en réunion d'équipe. Chaque professionnel est vigilant à la notion « **d'informations partagées** » lors des échanges sur les situations

pourra établir une relation de confiance avec les professionnels qui l'accompagnent.

Quiconque est confronté à une personne en **situation de danger est dans l'obligation de parler**. C'est un devoir d'ingérence vis à vis de la personne en danger qui est passible dans le cas contraire du droit pénal. On voit donc la problématique qui peut émerger, entre garder le silence et s'exprimer. Les professionnels peuvent par ailleurs être témoins de situation de maltraitance par un tiers de la personne accompagnée, ce qui les conduit à signaler en exerçant leur devoir de citoyen.

Il s'agit donc bien pour chaque professionnel du SESVAD de savoir agir tout en gardant à l'esprit une **discrétion absolue** : une des bases de la notion de respect de la personne.

Les professionnels ont pour mission d'avancer avec la personne accompagnée en respectant ses souhaits, ses choix, tout en gardant à l'esprit **l'obligation de responsabilité du service**. De manière continue, chaque situation est évaluée et au-delà de la voix du professionnel accompagnant la personne accompagnée, les situations de mise en danger amènent la voix institutionnelle à s'exprimer.

Bien que la bientraitance s'inscrive dans un

En juin 2018, du fait d'une nouvelle évolution de la réglementation, la direction du SESVAD a organisé une nouvelle réunion d'information, ouverte à tous les professionnels, sur les notions de confidentialité (secret professionnel, secret partagé, protection des données) afin d'actualiser les connaissances des équipes sur ce sujet, à partir des Bonnes Pratiques Professionnelles APF France handicap.

des personnes. Notre accompagnement se réfère au quotidien à cette notion et il appartient aux professionnels d'approfondir cela dans leurs pratiques. Le « secret » implique alors de ne partager que les informations utiles aux partenaires impliqués dans la situation, **avec l'accord préalable de la personne accompagnée**. Si la personne accompagnée est assurée de ce respect, elle

contexte législatif et déontologique, elle n'en est pas moins un questionnement éthique sur les pratiques professionnelles et une valeur à intégrer, à celles déjà reconnues par le secteur médico-social telle que la solidarité, la liberté, la justice et la dignité.

Un Plan d'Amélioration Qualité autour de la « **bienveillance** », initié en septembre 2014 par la direction, se poursuit depuis. Il est animé par **deux référentes** (accompagnante sociale et aide-soignante) qui ont été formées avant de prendre leur fonction. Elles animent la démarche de bienveillance de façon transversale dans toutes les équipes.

En juillet 2017, une présentation du projet mis en œuvre a été faite aux salariés en réunion plénière SESVAD. Afin de permettre une meilleure implication des professionnels, des compléments d'informations ont été apportés sur l'origine de la Bienveillance, les lois qui la soutiennent et la traduisent au sein des établissements et des services médico-sociaux. A cette occasion, il y a eu un rappel sur l'utilisation de la fiche d'évènements indésirables par les usagers et les salariés du SESVAD.

En septembre 2017 a débuté l'appel à « candidature » d'usagers volontaires pour intégrer la démarche de bienveillance. Des personnes accompagnées par tous les services se sont portées volontaires pour intégrer ce travail qui est l'affaire de tous !

Une introduction à la notion de bienveillance a été proposée aux volontaires. Des groupes de parole et d'échanges ont été organisés en 2017 sur le site de Saint Genis Laval et de Villeurbanne, ils ont permis aux personnes accompagnées de participer à la réflexion et d'aborder leurs attentes en termes de bienveillance.

Une charte des bonnes pratiques au SESVAD (jointe en annexe 2) a été élaborée en 2018 afin de promouvoir des valeurs communes au SESVAD. Elle sera jointe à présent avec les documents institutionnels.

En cours, la création et l'animation d'un Groupe de Réflexion Ethique (GRE) avec une instance de gestion des situations complexes « comportements problématiques » (usagers, salariés...).

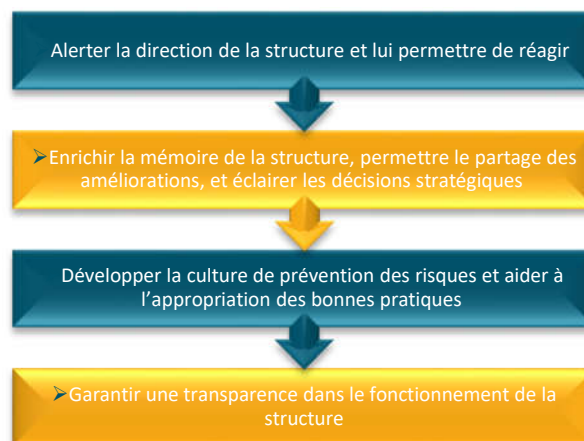
1.6.10 LES EVENEMENTS INDESIRABLES

Dans ce cadre, APF France handicap développe une politique de prévention, de sensibilisation, de suivi et de traitement des événements indésirables, dont fait partie la **maltraitance**, aussi bien dans les structures

(délégations, établissements et services) qu'elle gère, que dans le soutien des personnes en situation de handicap à domicile ou dans les actions associatives.

Cela constitue une priorité d'APF France handicap.

On déclare pour :



Et :

- Parce que des événements indésirables peuvent **précéder des événements indésirables graves** ;
- Parce que **c'est obligatoire** dans le cadre des Evènements Indésirables Graves (EIG).

Qui déclare : toute personne interne ou externe à la structure, témoin, salarié, confident ou victime d'un événement indésirable (usagers, professionnels internes, personnes extérieures, famille, proches, bénévoles...).

Quand déclarer : dès la survenue de l'événement ou dès la connaissance des faits.


Que déclarer : les événements constatés ou recueillis, retranscrits de manière factuelle et sans jugement de valeur.



Comment déclarer l'EI en interne : le directeur est informé par tous moyens (transmission orale, téléphone, mail). La traçabilité de cette déclaration est assurée par le formulaire de déclaration en interne de l'EI. Il est rempli sur Blue médi soit directement par le déclarant s'il a accès à ce logiciel qualité, soit en passant par un tiers ayant un accès au logiciel qualité. Référent Qualité, secrétaire).

En cas d'EIG, l'appel téléphonique au directeur est doublé d'un SMS si messagerie. La saisie sous Blue médi peut survenir ultérieurement, lorsque le degré d'urgence d'un EI nécessite de prendre des décisions immédiates. Une déclaration d'événement indésirable effectuée via l'outil Blue médi génère une alerte mail à la direction (ensemble des cadres de direction de la structure concernée).

Chaque professionnel doit se reporter à la procédure APF France handicap revue en mars 2018 « Déclaration et traitement des événements indésirables »¹⁸. Cette procédure a été déclinée et affichée sous la forme d'une procédure interne au SESVAD.

	Procédure « Déclaration et traitement des événements indésirables »	S	Version	1/40
		PG17	C	

De plus, les ESMS doivent déclarer à l'ARS tout dysfonctionnement grave dans leur gestion ou leur organisation qui serait susceptible d'affecter la prise en charge des personnes, leur accompagnement ou le respect de leurs droits et de tout événement ayant pour effet de menacer ou de compromettre la santé, la sécurité ou le bien-être physique ou moral des personnes accompagnées.

Un protocole de déclaration aux autorités administratives des événements indésirables et des situations exceptionnelles et dramatiques dans les établissements et

services médico-sociaux est disponible sur signalement-sante.gouv.fr

1.6.11 ACCOMPAGNER LE PROJET PERSONNALISE : UNE DEMARCHE DE CO-CONSTRUCTION

1.6.11.1 L'ACCOMPAGNEMENT INDIVIDUEL

La personne et/ou son entourage formulent une demande d'accompagnement en lien avec un projet de vie autonome, celle-ci est officialisée par une orientation de la MDPH.



Ce projet est accueilli par les équipes pluridisciplinaires et chaque professionnel répond en tant que spécialiste. Accompagner un projet personnalisé, c'est considérer la personne dans sa globalité. L'ensemble des spécificités liées à la personne et à son entourage sont prises en compte. Le projet se construit au fur et à mesure de l'évolution de la personne accompagnée, au travers des échanges entre la personne accompagnée, son entourage et entre les professionnels.

Des effets de paliers successifs sont régulièrement observés dans les perspectives d'évolution de la personne : par exemple, la sortie d'un établissement vers l'entrée dans un logement peut être psychologiquement perturbante et matérialise ainsi une phase dans l'expérimentation, avec recherche d'une stabilisation. Puis, la deuxième phase de stabilisation peut se concrétiser par une adaptation du volume des heures d'aides humaines, en fonction des besoins qui ont pu émerger suite à l'expérience de la vie en autonomie.

L'évaluation des capacités de la personne est continue et en cas de prise de risque avérée ou de mise en danger, le service prend alors les

mesures nécessaires et adaptées, toujours en lien avec la personne.

Par exemple, la préparation des médicaments est réalisée dans l'idéal et chaque fois que possible par la personne elle-même. L'objectif est de **valoriser au maximum l'autonomie** des personnes, tout en restant sous la responsabilité de



l'infirmier. La personne est impliquée et mobilisée, ce qui donne du sens à une notion de co-construction : toujours faire avec, à la demande de la personne, et jamais à sa place.

La notion de **consentement éclairé** accompagne les pratiques professionnelles au quotidien. Il s'agit, dans une démarche de non jugement, de veiller à donner, autant de fois que nécessaire, toute l'information indispensable à la prise de décision, en faisant part à la personne accompagnée des risques pris, des conséquences pouvant découler du choix qui sera fait. Cette, information, sensibilisation et prévention est un travail de tous les moments d'accompagnement. La démarche d'accompagnement consiste principalement à « cheminer avec » la personne accompagnée.

Les professionnels perçoivent au quotidien la vulnérabilité des personnes, puisqu'ils travaillent avec la personne, en la considérant comme sujet en interaction avec son environnement. Au-delà de la fragilité qui peut parfois caractériser la personne, les professionnels tentent d'évaluer la vulnérabilité de la personne accompagnée au regard de son environnement, de voir si celui-ci peut lui être défavorable et si oui comment l'adapter (modalités d'accompagnement, travail avec des partenaires, travail autour du

réseau social, du budget...) de façon à ce que la personne soit préservée autant que possible d'une mise en danger. La prise en compte et la reconnaissance de cette vulnérabilité nous rend partie prenante de la situation.

Cette offre étayante est assurée au travers d'un dispositif sécurisant qui permet ainsi d'accompagner la personne dans son changement de vie : permanence et continuité, réactivité et intervention.

1.6.11.2 L'ACCOMPAGNEMENT COLLECTIF

Dans son ouvrage **Norbert Elias**¹⁹ démontre que chaque personne est indissociablement individu singulier et individu collectif et que sa liberté individuelle est d'autant plus forte, que le collectif auquel elle appartient est solidaire. Par contre, l'individualisation de la société éclaire aujourd'hui avant tout « le projet individuel » dans les politiques publiques. L'exacerbation du niveau individuel peut entraîner des inégalités entre les plus faibles et les plus forts.



Ainsi le SESVAD a un réel intérêt pour l'accompagnement collectif, mode d'accompagnement favorisant le « pouvoir d'agir » des personnes, axe premier de notre nouveau projet associatif et partie intégrante du projet personnalisé d'accompagnement.

1.6.11.2.1 Un peu d'histoire

Le SESVAD a toujours proposé des ateliers collectifs convaincu de l'intérêt de cette démarche pour les personnes qu'il accompagne (par exemple : Formation-Action en 2014 dans le but de soutenir et améliorer les pratiques). En 2016, année difficile pour le

¹⁹ELIAS N. La société des individus, Fayard, 1991.

SESVAD mais aussi sans doute du fait d'un besoin d'adaptation à un contexte de développement de **Groupes d'entraide Mutuelle (GEM)** et autres lieux de socialisation, les ateliers existants depuis plusieurs années, se sont petit à petit interrompus. Seul l'atelier cuisine s'est poursuivi jusqu'en juin 2017 porté par le SAVS du Secteur Sud-ouest.

Deux aides-soignantes volontaires ont été formées par une esthéticienne pour proposer aux personnes accompagnées un atelier « esthétique » basé sur le « bien-être », le « prendre soin de soi ». A ce jour, il convient de relancer une bonne communication auprès des personnes mais aussi des équipes du SESVAD car cet atelier dans lequel on retrouvait une ambiance de « salon d'esthéticienne » a eu tendance à évoluer vers des soins individuels, voire même à ce jour en soins individuels à domicile.

Pourtant, le désir de favoriser les rencontres, de développer des compétences partagées entre pairs semble toujours aussi important au niveau des équipes mais aussi de la direction du SESVAD.

Depuis fin 2017, dès qu'une occasion permet de rassembler des personnes accompagnées par le SESVAD, les professionnels s'investissent mais il s'agit plus de temps d'échange sur des questions d'ordre institutionnel (bienveillance, CVS, démarche qualité) que d'ateliers collectifs conçus comme un complément, et même un moteur de l'accompagnement individuel, qui ferait partie intégrante du Projet Personnalisé d'Accompagnement.

Lors de la dernière évaluation interne du SAVS du Secteur Sud-ouest, un des axes d'amélioration de la qualité de nos services pointait la nécessité de redévelopper les ateliers collectifs, comme moyens de mobiliser et partager les savoirs des personnes accompagnées, de les rendre actrices les unes par rapport aux autres, de les amener vers une autonomie relationnelle et organisationnelle

avec des pairs....Le projet de rénovation de la salle conviviale du SESVAD porté par les locataires d'Habitat Service avec le soutien d'une intervenante sociale stagiaire en a été une belle illustration.

1.6.11.2.2 Quelles perspectives à ce jour ?

Diversifier les formes d'accompagnement, favorise la complémentarité entre l'accompagnement individuel et l'accompagnement de groupe.

Amener un groupe à trouver des solutions à un problème commun en s'appuyant sur les potentialités des personnes qui le compose et non sur leurs manques, développe leur pouvoir d'agir. Chacun y apporte ce qu'il peut et y prend ce qu'il peut.

On s'aperçoit que des petites choses paraissant insignifiantes dans l'accompagnement collectif, peuvent améliorer l'estime de soi, ce qui favorise la confiance et qui permet à la personne d'être plus partie prenante de son accompagnement individuel.

L'évolution des publics accompagnés par le SESVAD ainsi que l'évolution de l'environnement partenarial et une meilleure prise en compte du handicap depuis 2005, montrent la nécessité pour le SESVAD d'ajuster son offre d'accompagnement. Par exemple, de plus en plus, la personne en situation de handicap souhaitant avoir une vie sociale

active trouve des réponses adaptées, tant en termes de lieux, que de transports, d'activités adaptées ou ordinaires...).


Ainsi, l'accompagnement collectif s'oriente davantage vers des propositions de thématiques liées aux problématiques fréquemment partagées par une majorité de personnes accompagnées et que l'on retrouve régulièrement dans les Projets Personnalisés d'Accompagnement (ex : démarches liées à la recherche de logement pour les locataires d'Habitat Service).

Une réflexion est donc en cours avec les équipes pour repenser les ateliers collectifs sur des formats différents tenant compte des fragilités, des contraintes des personnes accompagnées. Une fiche action²⁰ permet de préciser la démarche, ses étapes, les échéances, les moyens, les indicateurs d'évaluation.

LE MARDI DES AIDANTS

Des Fenottes de l'APF



Janvier – Février 2019



www.fenottes-apf.fr

	Date	Thème & Intervenant
GROUPE DE PAROLE	Mardi 08 janvier De 10h30 à 12h <i>En salle de réunion</i>	Justine Grange-David, psychologue clinicienne
TEMPS CONVIVIAL	Lundi 14 janvier Entre 14h30 et 18h30, <u>à votre convenance</u> <i>En salle de réunion</i>	Venez partager une galette, un thé et un café ... mais surtout rencontrer toute l'équipe des Fenottes et d'autres aidants, sur un temps court ou durant toute l'après-midi
SOPHROLOGIE	Mardi 22 janvier De 14h30 à 15h30 <i>En salle de réunion</i>	Jean-Michel BAVEREL, sophrologue, diplômé de l'IPEES
SOPHROLOGIE	Mardi 05 février De 14h30 à 15h30 <i>En salle de réunion</i>	Jean-Michel BAVEREL, sophrologue, diplômé de l'IPEES
FORMATION	Mardi 12 février De 14h00 à 16h00 <i>En salle de réunion</i>	Aidant/Aidés ... c'est bientôt l'été Venez réfléchir à des réponses avec le service des fenottes autour de : - ensemble ou séparément ? - qui va où ? - comment financer un surcoût ?

Inscriptions : 04 72 43 04 77
aurelie.magazzeni@apf69.asso.fr

C'est le service d'aide aux aidants, « les Fenottes » qui actuellement propose le plus de temps collectifs grâce à l'intervention de partenaires qui ont su adapter leur proposition d'ateliers aux attentes et contraintes des aidants

²⁰ CF. en Annexe 5 la fiche action : « Repenser les ateliers collectifs : l'accompagnement collectif au service de l'accompagnement individuel ».

4 LA COORDINATION AVEC LES PARTENAIRES

L'accompagnement des personnes s'inscrit pleinement dans une dynamique de coordination, de partenariat et de travail en réseau²¹.



Au regard des problématiques très diverses présentées par les personnes en situation de handicap moteur, il faut pouvoir repérer les partenaires mobilisables et s'adjoindre leurs compétences, pour la réussite du projet d'inclusion sociale. Et c'est bien dans une logique de complémentarité qu'est envisagé le travail en réseau. La multitude de professionnels, intervient en amont, tout au long du projet d'accompagnement et en aval.

Mais dans l'optique d'assurer une cohérence dans les projets de vie à domicile des personnes accompagnées, la coordination entre partenaires intervenant à domicile apparaît là aussi comme un enjeu majeur. Elle nécessite des outils, des procédures et des espaces de rencontres permettant la définition des rôles et missions de chacun, ainsi que le réajustement des actions mises en œuvre.

La Réponse Accompagnée Pour Tous (RAPT) - tendre vers le zéro sans solution - est une

nouvelle dynamique dans le Projet de Services. C'est une démarche systémique, une nouvelle impulsion pour la capacité d'agir des professionnels. Il s'agit d'une logique de réponses modulées et coordonnées et non plus de places, un travail en « mode parcours » avec la personne accompagnée dans lequel le partenariat est essentiel.

La RAPT génère des réponses collectives, modulaires, la recherche d'autres acteurs, un travail de parcours à plusieurs, une coopération entre différents acteurs, en laissant faire certaines choses par ceux dont c'est la mission propre. Ainsi, la RAPT nécessite de mieux se connaître entre professionnels de diverses structures.

1.1 LES PRESCRIPTEURS EN AMONT

Ce sont ceux qui se mettent en relation avec le SESVAD, ou qui **vont orienter les personnes vers les services.** Ils contactent aussi la structure pour passer un relais quand ils considèrent qu'elle pourra répondre aux besoins qu'ils identifient.

Les professionnels qui sollicitent le plus fréquemment le dispositif SESVAD sont les services du CHU (MPR, neurologie...), les services sociaux et organismes de tutelles, la MDPH ou les autres associations.

21 CF. Recommandation de Bonnes Pratiques Professionnelles HAS : Pratiques de coopération et de

coordination du parcours de la personne en situation de handicap – Janvier 2018



Cependant, de nombreuses demandes d'accompagnement proviennent des personnes elles-mêmes ou de leur entourage familial direct, confirmant la prépondérance du libre choix de la personne, acteur de son projet de vie à domicile et d'inclusion sociale.

Un nombre de plus en plus important de situations sont adressées directement par la CDAPH qui devra évoluer vers un Dispositif d'Orientation Permanent (DOP).

Enfin, une personne peut aussi être orientée en interne, par un des services du SESVAD. Par exemple, un relais du SAVS au SAMSAH est organisé notamment lorsque la situation de handicap s'aggrave.

Grâce à notre dispositif et dans la mesure de nos disponibilités, nous proposons, déjà depuis longtemps aux personnes accompagnées, une logique de parcours, au regard de l'évolution de leurs handicaps.

1.2 LES RELAIS EN AVAL

Parallèlement, **des relais** doivent être passés avec les partenaires dès lors que l'accompagnement prend fin, quand la situation est stabilisée et que la personne n'a plus de demande qui justifie un accompagnement soutenu, ou encore, qu'elle ne souhaite plus l'intervention du ou des services à ce moment-là.

Lorsque la personne reste en demande mais que l'offre de services n'est plus adaptée, l'équipe propose aussi un relais.

1.3 LES NOMBREUX PARTENAIRES

Les organismes sont nombreux et une connaissance actualisée des ressources du tissu local de proximité est essentielle pour offrir une réponse.



Champ d'intervention	Partenaires concernés par le domaine
- Loisirs, sorties, vacances	Accueil temporaire, Centre sociaux et de loisirs, Associations socioculturelles ou associations de malades et de Personnes en situation de handicap, Handisport, Animation Vie Associative APF France handicap, Services de transport adapté et taxi, Bénévolat, Organismes de séjours vacances...
- Aide humaine	Services d'Aide à la Personne en prestataires ou mandataires, MDPH, Services d'aide ménagères, Services de la Métropole de Lyon, HANDEO...
- Aménagement de logement	SOLIHA, Agence Nationale de l'Habitat, Bailleurs, Artisans, MDPH, Conseil Régional, différentes commissions métropolitaines, autres associations de Personnes en situation de handicap...
- Aides techniques et aménagement du véhicule	MDPH, Revendeurs médicaux, Prescripteurs (fauteuil roulant...), Garagistes et équipementiers, Fournisseurs de matériel spécialisé (informatique, synthèse vocale...)...
- Accès aux soins, à la santé, hébergement	Hôpitaux et centres de Médecine Physique et de Réadaptation, Equipes mobiles (réadaptation, psychique, palliatif, soins de support, gériatrique) Etablissements médico-sociaux, EHPAD, Foyers Logements, Intervenants libéraux et paramédicaux, Médecins traitants, Hospitalisation à domicile (HAD), CMP, autres SAMSAH et SSIAD, Fournisseurs de matériel spécialisé (appareils de ventilation et respirateurs, matériel anti-escarres, ...), consultations spécialisées (douleur)...
- Accès aux droits administratifs et juridiques	Services de la Métropole, Services de tutelles, Avocats (indemnisation des victimes d'accidents), Service juridique de APF France handicap, Maison de la justice et du droit, Tribunaux, Associations de consommateurs, CAF, CPAM, CARSAT, autres SAVS...
- Accès à la formation et à l'emploi	MDPH, Pôle Emploi, agence intérimaires, Associations (L'ADAPT.), CRP, ESAT, EA, CROUS

1.4 PARTENARIAT AU SERVICE DES FENOTTES

Le service des Fenottes ne pourrait présenter l'offre qu'il assure à ce jour sans un partenariat solide et investit dans une collaboration réelle.

Après avoir participé aux deux diagnostics sur les aidants et leurs besoins, commandé par la Métropole de Lyon et l'ARS, le service des Fenottes participe, depuis 2015, au projet

d'ouverture de la plateforme « METROPOLE AIDANTE ». Il est concerné par ce projet qui rassemble tous les partenaires métropolitains de l'offre aux aidants. Le groupe projet des Fenottes est représenté dans la réflexion sur la gouvernance de la prochaine plateforme. **L'équipe des Fenottes doit aujourd'hui réfléchir sur les modalités de sa participation à ce projet, tout en préservant l'esprit et la proximité avec lesquels elle a jusqu'à ce jour, proposé son accompagnement et son offre de répit aux aidants, public difficilement captif.**

1.5 LES CONVENTIONS

Des **conventions de partenariat** ont été formalisées et conditionnent fortement la réussite de la mission des services. Elles permettent de poser un cadre

d'intervention commun, de mutualiser les moyens existants au service d'une meilleure efficacité et d'une meilleure qualité de services. Ces conventions se développent à l'initiative du SESVAD ou de tout partenaire désireux de favoriser la coordination de l'accompagnement à domicile.

Partenaire	Date de la convention	Nature du partenariat
LIBERAUX PARAMEDICAUX	A chaque entrée et durant l'accompagnement	Définir le cadre d'intervention des libéraux dans la prise en charge de personnes accompagnées par le SESVAD
SOLHA	Renouvelée le 29 février 2008	Mise à disposition de 2 logements transitionnels accessibles (T2) dans un immeuble de GRAND LYON HABITAT dans le 8° et dont il assure la gestion locative en confiant l'accompagnement au SESVAD
SAP	Renouvelée en février 2019	Convention décrivant le partenariat entre 3 SAP (AT'HOME, ADEA, AGE ET PERSPECTIVES) et le SESVAD
RESACCEL CEREBRO-LESION 69	Renouvelée le 23 janvier 2019	Amélioration du parcours de prise en charge, décloisonnement sanitaire et social, identification des acteurs concernés par la cérébro-lésion
CCAS DE VILLEURBANNE	10 mars 2014	Mise à disposition de 3 logements durables accessibles (T2) dans deux Résidence Personnes Agées de Villeurbanne et dont il assure la gestion locative en confiant l'accompagnement au SESVAD
CROUS DE LYON ET ST ETIENNE	20 avril 2011	Mise à disposition de 6 logements pour étudiants accessibles et adaptés dans une résidence sur le campus de Lyon I à Villeurbanne et dont il assure la gestion locative en confiant l'accompagnement au SESVAD
JURIS SANTE	2 janvier 2018	Mise à disposition de conseils administratifs et juridiques aux aidants des Fenottes
CULTURE POUR TOUS	Renouvelée chaque année	Proposer des entrées gratuites pour des spectacles divers sur LYON

HAD SOINS ET SANTE	1 juin 2018	Conventions SSIAD et HAD.
FONDATION RICHARD	2 janvier 2015 (en révision)	Modalité d'accueil de jeunes de la Fondation Richard à la résidence Habitat Service.
ALERTE	10 janvier 2014	Location d'un système d'alerte par le SESVAD pour le prêter à des personnes.
ALLIADE	10 janvier 2014	Mise à disposition de 15 logements durables aux Basses Barolles.
Banque Solidaire de l'Équipement (BSE)	31 mai 2018	Accès à un équipement de base pour les personnes accédant à un premier logement indépendant.
EMERJEAN	(en cours)	Dans le cadre du dispositif « territoire zéro chômeur », mise à disposition de personnel pour la réalisation de travaux ne pouvant pas être réalisés par une entreprise.
ALLP Groupe adène	Novembre 2018	Orientation de personnes accompagnées par Adène, vers le groupe de parole des Fenottes (aidants familiaux).
Cabinet INFINUIT	(en cours)	Relais de la GIN Secteur Est, dépannage en cas d'absences de salariés
Métropole aidante	(en cours)	Création d'une association gérant un pôle unique pour les aidants familiaux.

Il est à noter que certaines **coopérations** ne sont pas formalisées mais le travail de terrain et la réalité des actions menées ensemble auprès des personnes ont rendu ces partenariats opérationnels et efficaces au fil des années. C'est le cas du partenariat avec les centres de Médecine Physique et de Réadaptation (MPR) du département, qui nous adressent de nombreuses personnes. De nombreux échanges avec le réseau local et une information constante auprès des partenaires est nécessaire, notamment avec la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) qui oriente les situations vers les services du SESVAD.

De la même manière **l'appartenance à des réseaux** (réseau d'accompagnement des personnes cérébro-lésées du Rhône (charte), collectif inter associatif Logement Handicap Moteur Rhône), ou à des groupes projet (Résol'Handicap, HandicaReussir), groupe « parHans ») ou à des groupes de réflexion inter-associatifs (Métropole aidante, inter-SAVS, inter-SAMSAH, COPIL inter-structure, COPIL des aidants) contribuent à l'inscription de nos actions dans le tissu associatif, médico-social et sanitaire de proximité (département, région).

1.6 L'ANCRAGE DANS L'ENVIRONNEMENT

Les cadres du SESVAD doivent être présents dans les instances partenariales stratégiques importantes pour avoir accès aux informations permettant de comprendre les enjeux liés à la planification mais aussi pour faire connaître les besoins identifiés sur le territoire (CDAPH, schéma régional d'organisation médico-sociale piloté par l'ARS, schéma départemental en faveur des personnes handicapées...).

La place du SESVAD doit être repérée et définie. Un certain nombre d'actions y contribuent et sont renouvelées :

➤ Organisation d'événements propres à faire connaître les services et à transférer le savoir-faire (inaugurations, journées portes ouvertes, participations et interventions lors de colloques ou journées d'études, accueil de stagiaires...).

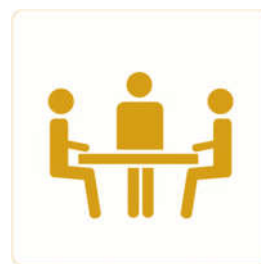
Transmission du Projet de Services aux différents acteurs du territoire, afin de rendre visibles et lisibles l'organisation, le fonctionnement et les valeurs qui sous-tendent les actions, mais aussi les possibilités et les limites.

➤ Construction et mise en œuvre d'une stratégie de communication de qualité avec l'environnement, portée par l'ensemble des professionnels du SESVAD et permettant de faire connaître la spécificité des actions.

Mise en place d'une réciprocité entre partenaires en associant opportunités et démarche volontariste pour faire reconnaître la notion d'inclusion et faciliter l'accès des personnes accompagnées à une société plus ouverte.

1.7 LES REUNIONS DE SYNTHESE AVEC LES PARTENAIRES

Elles sont réalisées le plus souvent au domicile de la personne accompagnée. Ces synthèses qui réunissent les divers professionnels sont incontournables pour permettre la mise en œuvre du PPA, en définissant les missions de chacun des partenaires, en favorisant la gestion des situations difficiles et en facilitant les relais entre équipes.



1.8 LES OUTILS

Le formulaire Accueil Nouvelle Demande, le bilan de fin d'accompagnement, la liste de tâches soin, les protocoles de soin, les synthèses sociales, sont autant d'outils permettant des liaisons avec les partenaires intervenant auprès de la personne accompagnée. Ils clarifient les actions réalisées, en cours ou à prévoir, ainsi que les acteurs concernés par ces actions, et favorisent le passage de relais entre professionnels ou entre services.



5 LE PUBLIC ACCOMPAGNE

Le SESVAD s'adresse à des adultes âgés de plus de 20 ans (ou 18 ans avec dérogation), en situation de handicap moteur, avec ou sans troubles associés et non liée au vieillissement, ayant fait **le choix de vivre à domicile** ou souhaitant expérimenter ce mode de vie.

En accord avec la Classification Internationale du Handicap 2 (CIH2), la situation de handicap résulte de l'interaction entre les limitations liées aux facteurs personnels (histoire et caractéristiques de la personne, déficience, incapacités) et les barrières créées par les facteurs environnementaux (environnement physique, architectural, politique, social, familial, comportemental...).

Nous accueillons essentiellement des personnes porteuses de maladies neurodégénératives, de lésions cérébrales (TCE, AVC, de paralysies cérébrales, de séquelles de tumeur) avec ou sans troubles associés (psy, sensoriels), de pathologies neurologiques stabilisées, de maladies rares.

Le handicap peut être présent depuis la naissance ou avoir été acquis au cours de la vie.

Toutes ces personnes vivent soit seule dans un domicile personnel, soit avec leur famille, soit en collectivité, avec éventuellement une aide humaine extérieure. Elles expriment toutes le souhait de leur maintien de vie en logement

indépendant ou leur volonté de faire l'expérience d'une vie en appartement.

Leur « situation de handicap » est dans la CIF²² une situation complexe composée de deux catégories de facteurs intriqués interagissant (personnels et contextuels). Cette complexité rend nécessaire la prise en compte de chaque situation dans sa globalité. Une situation de handicap n'est jamais généralisable. A partir d'une évaluation globale, et « au-cas-par-cas », les professionnels vont devoir graduer et personnaliser leur réponse.

Cependant, chaque service du SESVAD conserve des spécificités quant au secteur géographique, ou par rapport au niveau de dépendance des personnes accueillies, puisque ces facteurs conditionnent l'offre de service et le niveau de prestation proposé.

Le dispositif SESVAD permet d'orienter les personnes en fonction de leurs besoins, et des contraintes inhérentes à chaque service. Une personne peut être suivie par plusieurs services du SESVAD et des relais sont également possibles d'un service à un autre, en fonction de l'évolution des besoins et attentes de la personne. Pour certaines situations, la possibilité de proposer un accompagnement adapté nécessite de réunir à la fois une logique de places et une logique de parcours de la personne accompagnée.

1.1 AU SAMSAH, AU SSIAD, A LA GIN,



²²Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé

La spécificité du SESVAD est de s'adresser à des personnes en situation de grande dépendance : situations complexes, avec troubles associés et situation sociale difficile ou précaire (psycho- sociale, familiale).

La dispensation de soins par le SAMSAH et le SSIAD nécessite un périmètre d'intervention circonscrit (temps de déplacement de 30 minutes maximum).

Les personnes sont orientées par la CDAPH pour le SAMSAH et nécessitent seulement une prescription médicale pour la GIN et le SSIAD.

1.2 AU SAVS, A L'HABITAT SERVICE

Les personnes bénéficient d'une orientation par la CDAPH et elles peuvent intégrer un logement transitionnel à Habitat Service avec un accompagnement renforcé SAVS ou SAMSAH.

L'Habitat Service peut également recevoir des stagiaires vivant en établissement qui souhaitent expérimenter la vie autonome durant un à trois mois.

C'est alors l'établissement d'origine qui, dans le cadre d'une convention signée avec le SESVAD, règle le prix de journées du ou des services et le loyer du logement transitionnel.

1.3 AU SAMSAH, AU SAVS, A LA GIN

Ces services accompagnent aussi, dans le cadre de conventions :

Avec le CROUS de LYON, des étudiants en situation de handicap, sur le campus de LYON 1.

Avec le CCAS de Villeurbanne des personnes handicapées vieillissantes

Avec SOLIHA des personnes en situation de handicap

1.4 AUX FENOTTES

C'est le seul service du SESVAD qui n'est pas dédié aux personnes en situation de handicap moteur et/ou cérébro lésées. Ce service « d'aide aux aidants » s'adresse aux **aidants familiaux**, sur tout le département du Rhône, de **personnes** en situation de handicap moteur, mental, psychique, sensoriel à partir de 4 ans et **dont le handicap n'est pas dû à l'âge**.

Aucune orientation n'est demandée mais pour bénéficier d'un financement du répit, l'aidé doit être titulaire de la PCH.

Chaque année, le SESVAD rédige un rapport d'activité très détaillé qui présente notamment les caractéristiques du public accompagné durant l'année, les nouvelles demandes, les personnes sortant des services. Ce rapport peut être demandé dès le 30 avril de l'année suivante au secrétariat du SESVAD ou consulté sur le site : sesvad.com.

6 L'OFFRE D'ACCOMPAGNEMENT : LA DEMARCHE DE PROJET

Le SESVAD est une offre de services qui facilite le parcours de vie. C'est un dispositif de gestion intégrée pour personnes en situation de handicap qui comprend, en décembre 2018, neuf services. Ce dispositif permet à l'ensemble de ces services d'être mutualisés et dirigés par un seul directeur, dans un esprit de cohérence au service d'un parcours évolutif de la personne accompagnée et dans un souci d'efficacité.

Le SESVAD propose ainsi une palette de services susceptibles d'être utilisés en tout ou partie et en complémentarité les uns des autres. Notre volonté « militante APF France handicap » nous a dictés de partir des *besoins* des personnes – et non de leur déficience – pour construire des réponses encore plus adaptées. Nous avons choisi de porter une attention particulière à la prise en compte des « *Aspirations* », des « *Choix* », des « *Projets de vie* » des personnes

en situation de handicap et ainsi de favoriser l'émergence du « *Désir* ».

Dans l'évolution du SESVAD depuis 2005, le soin a pris une place prépondérante, notamment depuis 2014 avec l'ouverture du SSIAD et de la GIN Secteur Sud-ouest.

En 2018, les professionnels du soin sont quantitativement plus importants que les professionnels sociaux, le budget est réparti à 43% pour la Métropole et 57% pour l'ARS.



Aussi, nous avons écrit un Projet de Soins global pour tous les services de soins (SAMSAH, SSIAD et GIN) qui est annexé à ce Projet de Services.



1. LE SAMSAH (SERVICE D'ACCOMPAGNEMENT MEDICO-SOCIAL POUR ADULTES HANDICAPES)



Le vote de la **loi handicap du 11 février 2005** a accéléré la création de nouveaux services favorisant la vie à domicile, tel que les SAMSAH. Sur notre département c'est initialement la DDASS²³ du Rhône qui nous a sollicités pour présenter ce projet. Il a reçu **l'avis favorable du CROSM²⁴ le 11 février 2005** et a obtenu de suite son financement conjoint, par le Conseil général²⁵ et la DDASS (arrêté conjoint départemental-préfectoral du 30 mars 2005).

Ainsi le 1 juin 2005, le premier SAMSAH du département du Rhône a ouvert avec pour vocation, dans le cadre d'un accompagnement médico-social adapté comportant des prestations de soins, la réalisation des missions définies par l'article D.312-155-5²⁶. Ces missions concernent la mise en œuvre du projet de vie de la personne en situation de handicap grâce à un accompagnement social mais aussi avec des moyens supplémentaires, à savoir des prestations de soins : « des soins réguliers et coordonnés » et « un accompagnement médical et paramédical en milieu ouvert ».

Le SAMSAH s'adresse à **20 adultes** âgés de plus de 20 ans (ou 18 ans avec dérogation), dont la **déficiences motrice est prédominante**, et non liée au vieillissement, domiciliés sur Villeurbanne, arrondissements lyonnais et communes limitrophes. L'orientation sur le SAMSAH se décide par la CDAPH.

L'objectif principal est de permettre aux personnes en situation de handicap et très dépendantes, de vivre à domicile en réalisant leurs projets, grâce à un accompagnement médico-social personnalisé et contractualisé.

Au SAMSAH, les personnes accompagnées requièrent des interventions combinées relevant à la fois des **professionnels de la santé** et du **travail social**. Elles exigent surveillance et soins, ainsi que l'aide d'Auxiliaires de Vie Sociale pour les actes essentiels de leur vie quotidienne. Leur grande dépendance nécessite une organisation coordonnée de toutes les interventions à domicile, afin de parvenir à une compensation efficiente de leurs incapacités.

La coordination des soins conjuguée à un accompagnement social soutenu apparaît comme **un réel atout pour une vie à domicile** et peut permettre à une personne très dépendante, un véritable choix de son mode de vie et la réalisation de ses projets. En dehors du fait que chacune des personnes accompagnées souhaite vivre à domicile, celle-ci trouverait difficilement d'autres lieux de vie, du fait d'un manque de places en institution mais aussi du fait de leur dépendance (ex : usager ventilé...).

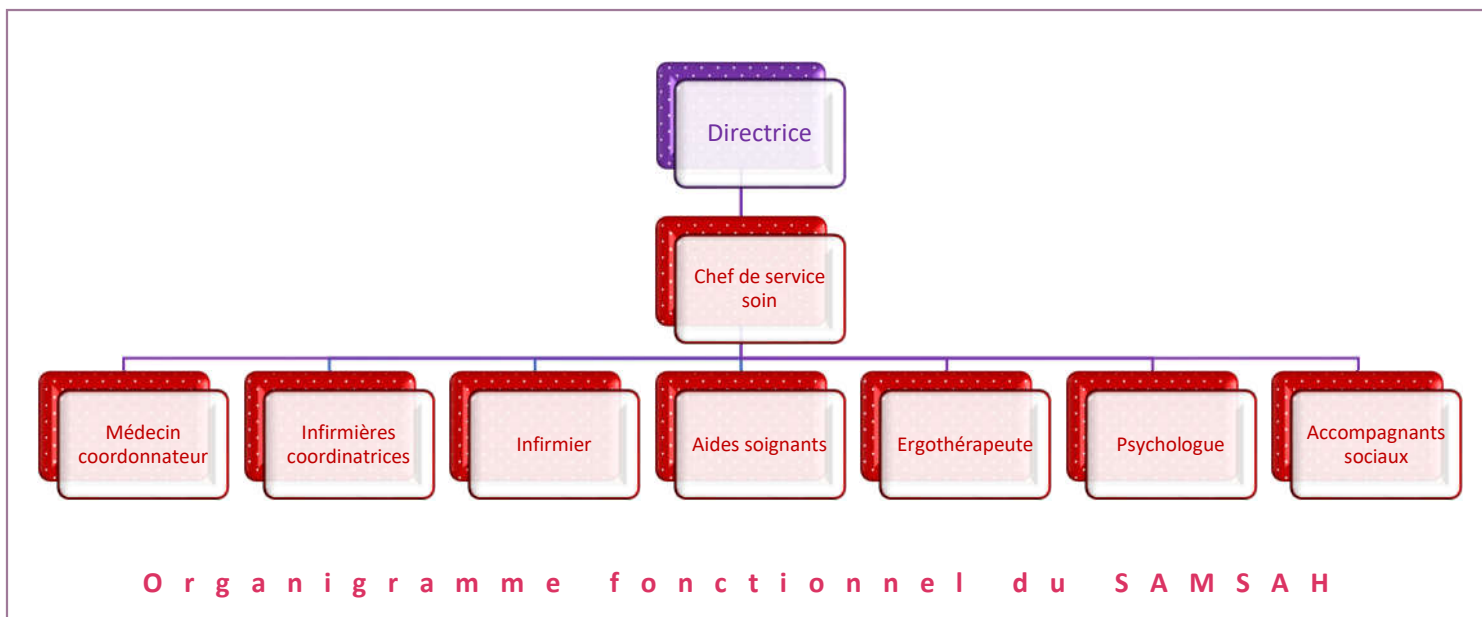
Les Auxiliaires de Vie Sociale sont gérées par des Services d'Aide à la Personne, sous

²³ La DDASS est devenue en 2010 l'ARS Rhône Alpes puis Auvergne Rhône-Alpes

²⁴ Le CROSM a été remplacé par la commission d'Appel à Projet en 2011

²⁵ La Métropole de Lyon et le nouveau Rhône ont remplacé le Conseil général du Rhône

²⁶ Article D.312-155-5 du décret n°2005-223 du 11 mars 2005



convention²⁷ avec le SESVAD, et financées par la personne accompagnée.

Les professionnels du SAMSAH réalisent avec la personne, ainsi que son éventuel entourage et les partenaires, une analyse fine de sa situation tenant compte du maximum de paramètres : humains, environnementaux, techniques...

La personne accompagnée fait appel au médecin traitant de son choix, il en va de même pour les infirmiers libéraux, les kinésithérapeutes, autres paramédicaux et auxiliaires de vie. Des conventions sont signées avec chacun de ces partenaires. La coordination de l'ensemble des prestations est réalisée par les professionnels médico-sociaux du SAMSAH.

Un soutien des aidants peut être proposé en coordination avec le service des Fenottes et un accompagnement peut être proposé la nuit par la Garde Itinérante de Nuit.

Le SAMSAH fonctionne **365 jours par an avec une astreinte téléphonique assurée 24h/24**, tous les jours de l'année, par un cadre de direction et avec en sus une astreinte

infirmière assurée pendant toute la durée du travail des aides-soignants.

L'accompagnement peut être de longue durée ou temporaire (en accord avec la durée de l'orientation de la MDPH) et s'adapte à l'évolution de la situation de handicap et/ou de la pathologie de la personne (accompagnement de fin de vie, grande dépendance).

L'offre classique existante n'apporte pas toujours de réponses, notamment à la coordination de l'ensemble des intervenants. **Ainsi le SAMSAH représente une véritable plus-value, y compris dans le libre choix du mode de vie.**

1.4.1 L'EQUIPE MEDICALE, SOIGNANTE ET SOCIALE

1.4.1.1 Le médecin coordonnateur

Le SAMSAH établit et veille aux liens médecin-patient pour les personnes accompagnées afin de contribuer à la bonne

²⁷ Une convention est formalisée entre 3 SAP et le SESVAD, elle sera renouvelée en 2019 CF. p 55

mise en place de leurs différents soins et de leurs suivis.

Le SAMSAH s'appuie sur un médecin coordonnateur, présent à **0.10 ETP, soit 3.5 heures/semaine**. Il est le référent institutionnel pour les questions médicales. Il assure le lien avec tous les partenaires, en interne et en externe.

Il n'a pas une mission de thérapeute, mais de **conseil et d'orientation**. Il peut cependant prescrire (prescriptions médicales ou paramédicales) car le rôle prescripteur rattaché à un ESMS via un professionnel de soins salarié est une dimension à part entière de l'intervention soignante.

Il **évalue et valide l'état de dépendance des personnes accompagnées** à partir du dossier médical, des informations de l'équipe et en les visitant à domicile.

Il donne un avis sur **les admissions des personnes à accueillir** en veillant notamment à la compatibilité de leur état de santé avec les capacités de soins du service. Il participe aussi à la décision de sortie ou de réorientation conjointement avec la direction.

Il élabore avec le concours de l'équipe soignante, **le projet de soin**, s'intégrant dans le Projet de Services et il veille à sa mise en œuvre ainsi qu'à la bonne coordination des soins médicaux et para médicaux, prévus dans le Projet Personnalisé d'Accompagnement élaboré avec la personne accompagnée.

Il **supervise l'ergothérapeute** dans la mise en œuvre des compensations et des aides techniques nécessaires aux usagers.

Il est **responsable de la confidentialité des données médicales** qui lui sont confiées

Sa spécificité médicale l'amène particulièrement, d'une part à éclairer l'équipe

par un regard médical dans le cadre de l'accompagnement personnalisé (pour comprendre le diagnostic et l'évolution du handicap et/ou de la maladie), et d'autre part à être l'interlocuteur privilégié du corps médical (contact avec les médecins traitants et hospitaliers connaissant la personne et avec son accord).

Il peut être amené à **faciliter les démarches de la personne accompagnée** vis-à-vis des structures hospitalières.

Il donne un avis sur le contenu et participe à la mise en œuvre de la ou des conventions conclues entre le service et les établissements de santé au titre de la continuité des soins.

1.4.1.2 L'infirmière coordinatrice

L'infirmière coordinatrice assume à temps plein, sous l'autorité du chef de service soin, la **mise en œuvre et l'organisation des prestations du SAMSAH en matière de soins, d'hygiène corporelle, de confort et de bien-être des personnes** que le service accompagne, et ce dans le cadre du projet de soins du SESVAD²⁸ intégré au Projet de Services global.

Elle rencontre les personnes accompagnées et leur entourage, à leur domicile ou dans la structure médico-sociale, pour analyser, organiser et évaluer les attentes et les besoins de chaque personne en termes de soin, d'hygiène et de confort.

Elle **participe à l'évaluation des situations, à l'élaboration du Projet Personnalisé d'Accompagnement**, à l'analyse et la résolution des problèmes rencontrés par les personnes accompagnées.

Elle participe, en lien avec le médecin du SAMSAH, à la **construction et la coordination du volet soins dans le Projet Personnalisé d'Accompagnement** et organise, sur cette

²⁸ CF. Le Projet de Soins du SESVAD annexé à ce Projet

base, les interventions des infirmiers, des aides-soignants.

Elle est responsable de la tenue et de la mise à jour du dossier de soins au sein du Dossier Unique de la personne accompagnée, notamment de la traçabilité des soins infirmiers dans leur ensemble.

Elle exerce une **vigilance particulière sur le suivi des traitements et le circuit du médicament**²⁹ en lien avec le médecin et pharmacien impliqués.

Elle s'assure de la **présence et de la validité des prescriptions médicales pour les soins déployés par le SAMSAH**, directement ou en partenariat. De plus, elle participe à la coordination des soins libéraux et des actions menées en binômes entre les aides-soignants et les auxiliaires de vie sociale des SAP qui collaborent avec le SAMSAH.

Elle valide (s'assure d'une validation médicale le cas échéant) les fiches techniques, les procédures, les protocoles infirmiers collectifs ou personnalisés, notamment ceux destinés à guider les soins confiés en collaboration aux aides-soignants et s'assure de leur compréhension et de leur bonne exécution par les intéressés.

Elle **gère les plannings et les tournées des infirmiers, des aides-soignants, de même que leurs congés et absences, ainsi que l'attribution des véhicules de service.**

Elle participe au **suivi administratif et financier du service** et établit un rapport annuel d'activité soignante, retraçant notamment les modalités de prise en charge des soins et l'évolution de l'état de dépendance des personnes accompagnées.

Elle **participe au recrutement des aides-soignants salariés ou intérimaires.**

Elle veille à la formation de l'équipe de soins, à l'évaluation des pratiques, à la démarche d'amélioration de la qualité, à l'application des bonnes pratiques de soins.

Elle **réalise les soins en tant que de besoin**, mais par défaut (urgence, situation temporaire, impossibilité de les réaliser autrement.

Chaque semaine, elle anime deux relèves entre soignants, organisées afin de mettre en commun toutes les informations recueillies lors des tournées et de les transmettre à l'équipe soignante qui prendra le relais.

Enfin elle assure deux semaines par mois l'astreinte soin.

Les trois infirmières coordinatrices du SESVAD se remplacent durant leurs congés.

1.4.1.3 L'infirmier

Il assume à temps plein, sous l'autorité du chef de service soin et de l'infirmière coordinatrice, **la mise en œuvre et l'organisation des prestations du SAMSAH** en matière de soins, d'hygiène corporelle, de confort et de bien-être des personnes accompagnées par le service.

Il assure des visites au domicile des personnes accompagnées suivant le rythme défini dans leur volet soins intégré au PPA ou suivant l'état de la personne pour :

- **Evaluer** la dépendance, les besoins en santé (préventifs et curatifs) ;
- **Effectuer** certains soins infirmiers sur prescription médicale et sur rôle propre ;

²⁹ CF. dans le Projet de soin la Fiche Action sur la circulation du médicament

- **Mettre** en place les actions de soin, les évaluer et reporter les éléments dans le Dossier Unique de la personne accompagnée ;
- **Participer** éventuellement aux soins de nursing ;
- **Former, encadrer** les aides-soignants lors des soins de nursing ;
- **Gérer** le dossier de la personne au domicile ;
- **Mener** des actions d'éducation à la santé ou d'aide à l'autonomie ;
- **Elaborer** et tenir à jour la relève infirmière.

Il **met en place des liaisons** avec les médecins traitants, les spécialistes, les laboratoires et centres d'exams médicaux et prend chaque fois que nécessaire les rendez-vous.

Il **vérifie la préparation des médicaments** réalisée par la pharmacie centrale choisie par le SESVAD, pour les personnes accompagnées dépendantes et non autonomes avec le renouvellement des ordonnances.

Il **rédige des protocoles et procédures**, sur prescriptions médicales avec respect des bonnes pratiques, sous couvert de l'infirmière coordinatrice.

Il **effectue des liaisons avec l'équipe** (médecin coordonnateur, infirmière coordinatrice, aides-soignants, accompagnants sociaux et équipe de direction).

Il est remplacé durant ses congés par des infirmiers libéraux sous convention et rémunérés par le SAMSAH.

Il assure deux semaines par mois l'astreinte soin.

1.4.1.4 L'aide-soignant

L'aide-soignant travaille au sein d'une équipe sous la responsabilité hiérarchique de l'infirmière coordinatrice et est amené à collaborer avec les autres professionnels médico-sociaux, en particulier l'infirmier du service. Il écoute, observe et participe à l'analyse de la situation ; **il fait preuve d'une vigilance permanente et signale aux professionnels du SAMSAH** tout élément permettant un meilleur accompagnement de la personne accompagnée.

Il assure³⁰, parfois en binôme avec une auxiliaire de vie, **les soins d'hygiène corporelle, de confort et de bien-être** de la personne accompagnée, dans tous les aspects de sa vie quotidienne (lever, toilette quotidienne et coucher), en utilisant le matériel de manutention mis à sa disposition (lève personne, lit électrique...) et en valorisant les capacités d'autonomie et de mobilité de la personne accompagnée.

Il a **un rôle important d'observation**. Il constate et transmet à l'équipe soignante les modifications de l'état physique (degré de mobilité, dépendance), mental (autonomie, comportement, niveau de communication, cohérence du discours, états d'émotivité) et environnemental de la personne soignée. Il mesure les paramètres vitaux, l'alimentation et la boisson, l'élimination, le sommeil...

L'aide-soignant a aussi un **rôle de prévention des risques liés aux troubles de la mobilité** (déshydratation, incontinence, escarres...).

Par délégation de l'infirmier dans le cadre de son rôle propre, l'aide-soignant peut être amené à **surveiller la prise des médicaments**.

Il participe à l'entretien de la chambre (nettoyage et désinfection des matériels de soin, du mobilier et des surfaces, organisation

³⁰ CF. Le Projet de Soins du SESVAD annexé à ce Projet

de l'espace, réfection des lits, évacuation des déchets, rangements...).

Avec l'infirmier, sous la responsabilité technique de l'infirmière coordinatrice, l'aide-soignant **gère le bon approvisionnement du service en matériel de soins** (protections, gants latex ou jetables, compresses.)

Il rend compte de ses interventions aux infirmiers et leur fait part de ses observations et questions, notamment lors des relèves et dans les transmissions ciblées sur le logiciel Ménestrel.

1.4.1.5 L'ergothérapeute

L'ergothérapeute à 0,85 ETP, sous la responsabilité du chef de service soin, accompagne la personne dans ses projets, tout en tenant compte de son environnement.

L'ergothérapeute est **un professionnel paramédical dont la particularité est son approche médico-sociale**. Il intervient à la fois sur l'adaptation de l'environnement à la personne et sur l'adaptation de la personne elle-même à son environnement.

Ainsi, il **met en œuvre tous les moyens techniques et humains** nécessaires à la personne dans toutes les situations de la vie quotidienne et les adapte, après évaluation régulière de l'efficacité du projet et de l'évolution de la personne.

Au regard des capacités de la personne, **il la conseille, ainsi que son entourage, sur le choix d'aides techniques et/ou d'aménagements des lieux de vie** dans la perspective d'une plus grande indépendance, par l'adaptation aux situations de handicap, et donc d'une meilleure intégration sociale.

Il est amené à informer, en situation, les aides-soignants et les auxiliaires de vie sociale sur l'utilisation des aides techniques. L'ergothérapeute du SAMSAH a été formé en 2016 comme « référent formateur d'acteur

PRAP 2S », aussi le SESVAD **va mettre en place une démarche de formation/action de prévention des risques liés à l'activité physique, en direction prioritairement des aides-soignants mais aussi plus largement de l'ensemble des professionnels de terrain**.

Il accompagne également **la personne dans sa vie quotidienne par le biais de mises en situations écologiques**, afin de développer ses capacités et rechercher des stratégies de compensation dans un but d'indépendance et d'autonomisation. La dimension relationnelle de l'accompagnement est alors essentielle pour l'ergothérapeute au moment où, avec l'acceptation d'une aide quelle qu'en soit la nature, se rejouent souvent les difficultés liées à l'acceptation du handicap.

L'ergothérapeute peut **assurer des soins et des actes d'ergothérapie** (rééducation fonctionnelle, cognitive, réadaptation, réalisation d'orthèses et de petites aides techniques...).

Il transmet les informations écrites et orales nécessaires pour assurer la traçabilité et la continuité des soins, en lien avec l'infirmière coordinatrice et le médecin coordonnateur.

Il peut aussi participer à la mise en œuvre ou être référent d'activités collectives prévues dans le Projet de Service et nécessaires au PPA de la personne accompagnée.

1.4.1.6 La psychologue

A 0,90 ETP, elle intervient dans plusieurs services du SESVAD : le SAMSAH, les 2 SAVS, les FENOTTES.

Sous la responsabilité du directeur, elle intervient auprès des personnes accompagnées et de leur famille au travers de sa spécificité clinique d'écoute et d'analyse. **La psychologue accompagne la personne dans ses projets**, tout en tenant compte de son environnement.

Elle propose **un accompagnement à chaque personne** et celui-ci se met en place, si elle le souhaite, au travers d'entretiens individuels (à domicile ou au bureau) ou collectifs (animation Elle transmet, avec l'accord de la personne, les informations utiles à la compréhension de la situation, à la construction et à la mise en œuvre du PPA. Elle soutient et conseille la famille et les proches.

Elle peut **orienter si besoin la personne et/ou son entourage vers un service extérieur approprié**. Il contacte alors les partenaires extérieurs³¹ en vue d'une concertation autour des actions et du travail psychologique déjà entrepris par la personne.

Elle contribue également à **l'accompagnement de la personne accompagnée** en participant activement aux réunions d'équipe du service.

1.4.1.7 L'accompagnant social

De différente formation sociale (**Conseillère en Economie Sociale et Familiale, Educateur Spécialisé ou Assistant social**), l'accompagnant social contribue au sein d'un travail pluridisciplinaire, en intervenant notamment sur les lieux de vie de la personne accompagnée ainsi que dans tous les lieux où s'exercent ses activités, son autonomie et son insertion sociale et/ou professionnelle.

Sous la responsabilité du chef de service soin, l'accompagnant social assure, à la personne, dans le respect de son mode de vie et de ses projets, un accompagnement personnalisé.

Au SAMSAH, il agit avec les personnes, les familles, les groupes par une approche globale, dans l'objectif pour les personnes accompagnées :

de groupes), en vue d'apporter un soutien psychologique autour des problématiques mises à jour.



Le SAMSAH a pour mission de favoriser l'insertion sociale et de développer l'autonomie des personnes dans les actes de la vie quotidienne. Il mène avec eux toute action susceptible de prévenir ou de surmonter leurs difficultés.

En adéquation avec les projets de la personne, et en vue de développer son autonomie, il élabore et met en œuvre avec elle, **un Projet Personnalisé d'Accompagnement pertinent et cohérent** par rapport à une évaluation de ses besoins, de ses capacités d'autonomie et aux protocoles du service.

L'accompagnant social assure la coordination avec les Services d'Aide à la Personne qui délivrent l'aide humaine.

Il peut en collaboration avec les autres intervenants du service, selon des besoins repérés ou des attentes identifiées des personnes suivies dans le service, mettre en place une action collective.

Ses missions essentielles se réalisent au travers :

³¹ Ils sont détaillés dans le projet de Soins



Il transmet dans le **respect de sa déontologie**, les **informations écrites et orales** nécessaires à une appréhension globale du **Projet Personnalisé d'Accompagnement** de la personne accompagnée en lien, le cas échéant, avec le directeur et le chef de service.

1.4.2 LA PROCEDURE D'ACCUEIL NOUVELLE DEMANDE (AND)

C'est la secrétaire qui reçoit en première intention toutes les nouvelles demandes pour le SESVAD, soit par appel de la personne concernée elle-même ou d'un tiers (professionnel, entourage...), soit par réception d'une orientation de la MDPH.

Les informations relatives à la demande de la personne sont enregistrées sur le **formulaire Accueil Nouvelle Demande**³². Différents renseignements sont recueillis (état civil, pathologie, déficiences, incapacités, dépendance, exposé de la demande, informations diverses...).



Pour une demande qui pourrait relever du SAMSAH, il est adressé à la

personne en situation de handicap ou aux partenaires, un dossier médical à faire remplir par le médecin référent et à renvoyer à l'attention du médecin coordonnateur du SAMSAH, pour avis médical consultatif sur le bien-fondé d'un accompagnement par le SAMSAH.

Dans le cas de la réception d'une orientation MDPH et en cas d'impossibilité de joindre par téléphone la personne, un courrier de mise à disposition avec copie à la MDPH lui est adressé.

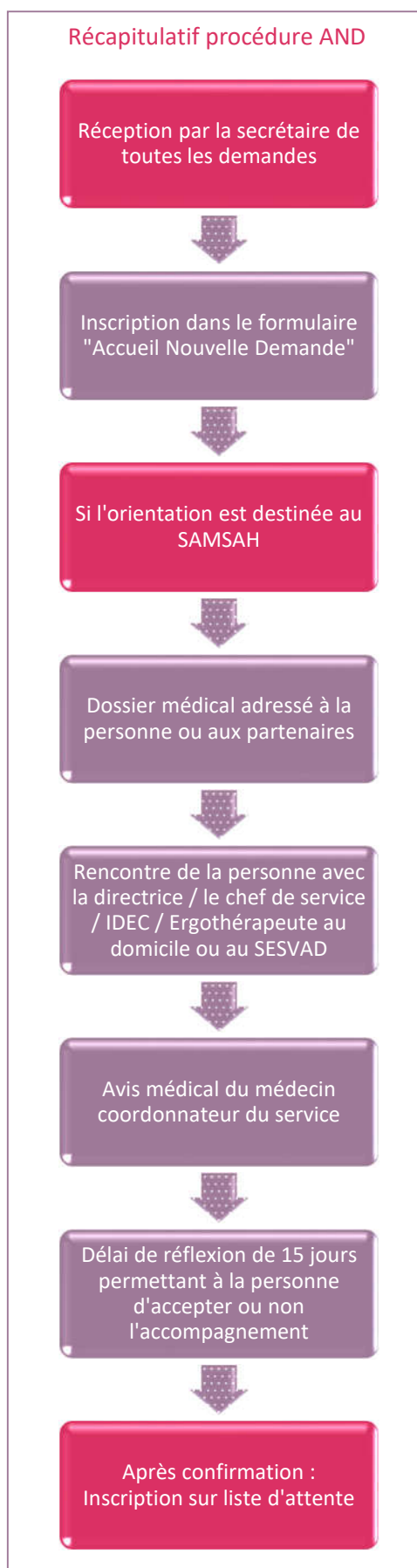
Des permanences « **Accueil Nouvelles Demandes** » sont organisées par la secrétaire, au rythme d'une permanence par mois – le nombre de personnes reçues lors de la permanence SAMSAH est de 2 maximum car l'AND a lieu prioritairement à domicile.

³²Prochainement l'imprimé AND sera informatisé

La directrice (en cas d'absence un accompagnant social), le chef de service soin, l'infirmière coordinatrice et l'ergothérapeute rencontrent la personne à son domicile ou dans la structure qui l'accueille (hôpital, foyer...). La rencontre peut avoir lieu dans les locaux du SESVAD si la personne souhaite intégrer un logement transitionnel.

La personne se présente et fait part de ses difficultés et de ses attentes vis-à-vis du SAMSAH. Un échange s'établit entre elle et les professionnels du SAMSAH pour avoir une vision globale et détaillée de la situation, pathologie, ouverture de droits en cours, situation au domicile, difficultés rencontrées dans le quotidien (logement, budget.....). Les professionnels expliquent ensuite le fonctionnement du SAMSAH et l'accompagnement qu'ils peuvent proposer.

Il est **rappelé l'obligation d'obtenir une orientation de la MDPH pour pouvoir intégrer le service.** L'échange qui suit permet d'affiner les demandes de la personne accompagnée et d'évaluer si le service peut effectivement répondre à celles-ci.



A la suite de l'entretien, la situation est présentée au Médecin Coordonnateur qui a dû recevoir le dossier médical et qui transmet son avis.

Un délai de réflexion de 15 jours est alors accordé à la personne pour lui permettre d'accepter ou non l'accompagnement proposé par le service.

Après confirmation, elle est inscrite sur la liste d'attente.

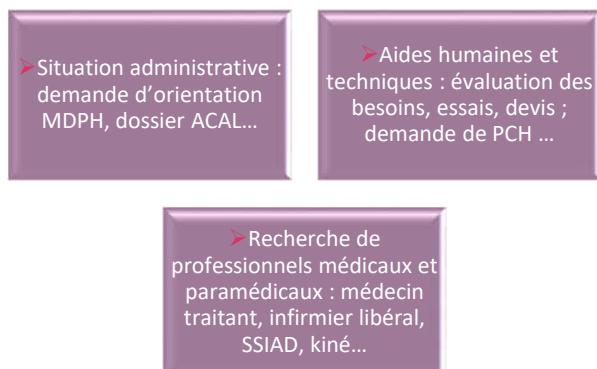
Un document - démarches Accueil Nouvelles Demandes - récapitulant les démarches à effectuer avant son entrée lui est remis.

Le SAMSAH reste à sa disposition pour toutes informations et soutien dans les démarches liées à l'admission. Des contacts réguliers sont effectués afin de préparer le début de l'accompagnement. La directrice ou le Chef de service soin recontacte la personne lorsqu'un accompagnement peut se mettre en place.

1.4.3 UNE PREMIERE EVALUATION DES BESOINS

Lors de la première rencontre Accueil Nouvelle Demande, qui peut avoir lieu dans les locaux du SESVAD, à domicile, à

l'hôpital ou en centre de Médecine Physique et de Réadaptation, une première évaluation des démarches à effectuer en vue d'une entrée dans notre dispositif est réalisée en fonction de la situation de la personne et de ses besoins :



Un formulaire synthétisant les démarches à réaliser est remis à la personne accompagnée, son entourage et/ou aux partenaires présents lors de la première rencontre et le cas échéant. Ce document a été réalisé en cours d'année 2011 dans le cadre de notre démarche d'amélioration de la qualité pour permettre une meilleure visibilité des démarches à entreprendre.



Cette première évaluation des besoins et démarches à effectuer se base sur la perception de la personne de ses souhaits et besoins, mais aussi sur l'évaluation des professionnels de l'établissement d'origine, qui connaissent bien la situation de la personne. Durant cette première rencontre, l'équipe du SAMSAH (directeur et/ou accompagnant social, chef de service, infirmière coordinatrice, ergothérapeute) questionne la personne et les professionnels pour mieux cibler ses attentes et ses besoins, en soulevant les contraintes futures du domicile. L'objectif est bien d'anticiper au mieux ce qui sera nécessaire pour la personne afin de développer son

autonomie et d'assurer sa sécurité dans un logement autonome.

Dans les cas de retour à domicile après une hospitalisation de longue durée, ou pour les personnes ayant toujours vécu en établissement, les besoins en termes d'aide humaine et techniques sont importants : présence d'une tierce personne pour aider dans les actes de la vie quotidienne, besoin d'aides techniques pour la toilette, besoin d'un fauteuil roulant manuel ou électrique, d'un lit médicalisé, d'un lève-personne, d'un système de téléassistance...

Tous ces besoins nécessitent donc une évaluation fine de la part de l'équipe de l'établissement d'origine, une recherche d'aides adaptées aux besoins avec des demandes de financement auprès de la MDPH, où les délais de traitement sont rarement inférieurs à 6 mois. Il est donc impératif **d'anticiper au maximum les démarches** pour de tels projets et de suivre de manière soutenue l'avancée des demandes en cours afin d'obtenir le nécessaire dans les délais.

1.4.4 UN TRAVAIL DE PREPARATION SOUTENU AU FIL DES MOIS

L'admission d'un nouvel usager au sein de notre dispositif nécessite de nombreuses démarches en amont de l'accueil et un travail étroit avec les partenaires, en particulier pour l'entrée en logement transitionnel. En effet, l'expérience de la vie à domicile pour des personnes ayant toujours vécu en établissement, ou un retour à domicile pour des personnes sortant d'une longue hospitalisation, sont des projets qui requièrent une bonne connaissance des contraintes du domicile, une évaluation précise des besoins de la personne au regard de ces contraintes et de sa situation, une anticipation dans les



démarches liées à cette évaluation, et beaucoup de réactivité et d'énergie pour que tout soit opérationnel lors de l'arrivée à domicile. Aussi, entre la rencontre en Accueil Nouvelle Demande et l'entrée effective dans notre dispositif, un travail soutenu est réalisé par notre équipe en lien avec la personne accompagnée et les professionnels extérieurs concernés par le projet, afin de penser et d'anticiper au mieux les besoins à domicile et de veiller à ce que les aides nécessaires soient effectives à l'arrivée au domicile.

Ainsi suite à la première **rencontre Accueil Nouvelle Demande**, plusieurs autres rencontres entre équipes et avec la personne accompagnée sont nécessaires afin de préciser plus finement les besoins de la personne avec les démarches à réaliser, et les réajuster au besoin au regard de l'évolution de la situation de la personne. De nombreux contacts par téléphone, mails et/ou courriers entre professionnels permettent également de suivre l'avancée du projet et de relancer les partenaires en continuant à les sensibiliser sur les délais des administrations et la nécessité que toutes les démarches prévues soient finalisées lors de l'entrée dans notre dispositif.

De par notre expertise sur l'accompagnement médico-social à domicile de personnes en situation de handicap moteur et/ou cérébro-lésées très dépendantes, nous sommes à même de sensibiliser les personnes en attente et les partenaires sur les conditions du domicile et surtout sur l'importance d'anticiper les besoins au quotidien, afin de bénéficier des aides nécessaires pour assurer la sécurité de la personne à domicile. Nous insistons donc tout au long de la préparation de l'arrivée sur l'importance de relancer les démarches en cours, surtout auprès de la MDPH, afin d'être prêt lorsqu'une place se libère au sein de notre

dispositif, car rien ne peut être laissé au hasard pour la sécurité des personnes.

1.4.5 LES DELAIS D'ATTENTE

Il sont variables suivant la période et peuvent à certains moments **se situer entre 12 et 18 mois**, ce qui apparaît long pour la personne demandeuse et pour les partenaires qui nous sollicitent. Par ailleurs, les demandes d'apprentissage en logement transitionnel sont nombreuses et le délai d'attente peut être également long.

Quand la recherche de logement d'une personne accompagnée par l'Habitat Service débouche, celui-ci doit l'accepter rapidement et par ricochet une place se libère rapidement aussi. Cela renforce la nécessité que les personnes accompagnées en attente d'un logement transitionnel soient préparées bien en amont de leur admission.

Dans le cas où le SESVAD ne peut répondre à la demande et aux besoins de la personne un ou plusieurs contacts relai lui sont proposés, dans l'attente ou pas de son admission.

1.4.6 L'ADMISSION ET LE DEBUT D'ACCOMPAGNEMENT

Le début d'accompagnement d'une nouvelle personne par le SAMSAH est formalisé **par un rendez-vous de début d'accompagnement**, dont la date sera considérée comme la date officielle de début d'accompagnement. Cette rencontre se fait au domicile de la personne, ou à défaut dans les locaux du SESVAD. Il se déroule en présence de la personne accompagnée, l'accompagnant social, l'ergothérapeute et l'infirmière coordinatrice³³. La psychologue se présente auprès des nouvelles personnes lors d'une

³³La personne peut, s'il elle le souhaite, être accompagnée (famille, curateur...).

rencontre ultérieure en présence de l'accompagnant social, soit à son bureau, soit au domicile de la personne accompagnée.

L'objectif du rendez-vous de début d'accompagnement est **d'officialiser l'entrée de la personne accompagnée dans le service**. Il a pour but de présenter à nouveau³⁴ le cadre d'intervention, ainsi que le rôle des différents professionnels qui vont intervenir durant toute la durée de l'accompagnement.

Lors de cette rencontre, la personne accompagnée reçoit un classeur bleu dans lequel se trouvent divers documents nécessaires à son accompagnement.

Pour les personnes accompagnées par le SAMSAH, le classeur bleu qui contient également un volet soin rempli lors de chaque intervention de l'infirmier ou des aides-soignants, est déposé chez la personne par l'infirmier dès le début de l'accompagnement.

Les documents qui suivent sont intégrés au classeur lors de ce rendez-vous de début d'accompagnement :



Ces premiers documents sont présentés brièvement à la personne accompagnée lors de

³⁴Le cadre d'intervention du service est présenté une première fois lors de l'Accueil Nouvelle Demande.

ce rendez-vous, puis repris plus en détails par l'accompagnant social lors des rencontres suivantes.

- **Le formulaire de demande de consultation du dossier**, que la personne accompagnée pourra remplir et transmettre au service s'il souhaite consulter son dossier. En sus :
- **Le contrat d'accompagnement**, lu avec la personne et les professionnels présents. Ce document, cosigné par la personne accompagnée et la directrice du SESVAD, engage les deux parties (service et personne accompagnée) et formalise le cadre d'intervention. Un exemplaire est remis à la personne. Depuis janvier 2019, le SESVAD conserve le document scanné dans le Dossier Unique de la personne accompagnée.
- **La plaquette de la personne de confiance**, présentée à la personne accompagnée durant ce rendez-vous. La personne est invitée à désigner cette personne assez rapidement, étant sensibilisée par son accompagnant sur son utilité. Elle pourra faire le choix de ne pas désigner de personne de confiance, mais devra tout de même remplir le document pour nous informer de son choix. Une fois complété, le document sera placé dans le Dossier Unique de la personne accompagnée, et une copie sera glissée dans le dossier médical du SAMSAH.
- **Une fiche avec les numéros utiles** qui reste dans le classeur bleu et est affichée chez la personne

accompagnée (occasion de rappeler l'existence de l'astreinte).

- **Le questionnaire d'auto-évaluation :** Pointer soi-même ses déficiences ou incapacités reste un exercice complexe et parfois insurmontable. Pourtant, ce questionnaire est un outil intéressant, à utiliser au cours de l'accompagnement, pour que les projets et attentes de la personne soient en adéquation avec sa réalité. Pour favoriser l'appropriation de ce document par la personne accompagnée, il lui est remis, lors de l'entretien d'admission avec une présentation de son objectif par le chef de service. Il est alors demandé à la personne de le remplir, avec une personne de son choix, avant le premier entretien d'accompagnement individuel avec son référent social.
- **Les feuilles « passages intervenants » SAMSAH,** à remplir par les professionnels à chaque visite à domicile.

Outre le rendez-vous de début d'accompagnement et les différents documents remis à la personne accompagnée à cette occasion, le début d'accompagnement par le SAMSAH est lié à des démarches spécifiques, relatives à la composante majeure « soin » de l'accompagnement SAMSAH :

- **Un avenant au contrat initial d'accompagnement** dénommé : « avenant N°... au contrat d'accompagnement entre le SAMSAH et M.... » est signé par la personne accompagnée, l'infirmière coordinatrice, le médecin coordonnateur et la directrice, dans les trois mois qui suivent l'entrée de la personne dans le service. Sont négociés et définit la nature, le volume et les horaires des prestations de soins

(par aides-soignants, infirmière). Ce document est placé dans le dossier médical de la personne accompagnée, intégré au Projet Personnalisé d'Accompagnement (PPA).

- **La liste de tâches aides-soignants/auxiliaires de vie,** qui définit précisément les tâches relatives à l'intervention des aides-soignants et des auxiliaires de vie dans le domaine du soin (soins de nursing, transferts...). Ce document, qui est glissé dans le dossier médical de la personne accompagnée avec une copie dans le classeur bleu, est réalisé le plus rapidement possible suite à l'entrée de la personne dans le service, en sa présence, avec le Service d'Aide à la Personne, l'infirmière coordinatrice et l'accompagnant social.

1.4.7 L'EXPRESSION ET L'IDENTIFICATION DES BESOINS, SOUHAITS ET CAPACITES DE LA PERSONNE ACCOMPAGNEE

Au SAMSAH, **la personne accompagnée est au centre de son projet de vie**, c'est pourquoi la priorité est donnée au fait qu'elle exprime elle-même ses besoins, ses souhaits. Après une écoute attentive, le regard des professionnels permet de la guider et de l'aider à préciser, voire identifier ce dont elle a besoin et quelles sont ses capacités (notions d'indépendance et d'autonomie).

Le **besoin** recouvre l'ensemble de tout ce qui est nécessaire à un être, que cette nécessité soit consciente ou non, à la différence du désir qui exprime la fixation contingente (non nécessaire) de la conscience sur un objet. Les besoins peuvent se classer en trois catégories : les besoins primaires physiologiques (respirer), les besoins secondaires matériels (se vêtir) et les besoins fondamentaux (aimer). Les deux dernières catégories, à l'inverse de la première, ne sont pas indispensables à la survie de l'être

mais sont nécessaires et surtout variables selon l'histoire de la personne, sa culture, son environnement...

Un **souhait** est un vœu, un espoir ou un désir qu'un événement s'accomplisse. Le souhait peut recouvrir un besoin mais pas obligatoirement ; il peut aussi recouvrir un besoin mais aller au-delà (respirer et respirer un air pur par exemple). La notion de souhait est dissociée de la nécessité pour l'être humain, elle n'est pas obligatoire.

La volonté des professionnels est de **cerner ce qui est indispensable à la personne accompagnée** afin de répondre au mieux à ses besoins mais également d'accorder une attention particulière à ses souhaits. La situation singulière de la personne accompagnée sera alors étudiée et une réponse est préparée en équipe, au cas par cas et avec la personne accompagnée, en tenant compte également des contraintes du service, de ses capacités et de son environnement.

Au SAMSAH, lors des quatre premiers mois mais aussi durant toute la durée de l'accompagnement, l'équipe pluridisciplinaire **va évaluer les capacités**, les besoins de compensation et le degré d'autonomie de la personne accompagnée en vue d'élaborer avec elle son **Projet Personnalisé d'Accompagnement**.

Selon Albert MEMMI³⁵, « *la dépendance est une relation contraignante, plus ou moins acceptée avec un être, un objet, un groupe ou une institution, réels ou idéels, et qui relève de la satisfaction d'un besoin* ». Au SAMSAH, une personne dépendante correspond majoritairement à une personne ayant besoin d'aide dans les actes de la vie quotidienne. Toutefois, il existe plusieurs autres notions de dépendance notamment affective et addictive.

L'**autonomie** se définit littéralement conformément à sa racine grecque comme « la loi qu'on se donne à soi-même », se gouverner par soi-même. C'est le droit et la capacité qu'un individu a de mener sa vie comme il l'entend. Par exemple, avant l'action, il est nécessaire que la personne en ait l'idée. Par idée, on entend le fait que la personne doit pouvoir penser seule à l'action qu'elle va ou qu'elle doit entreprendre.

1.4.7.1 L'EVALUATION SOCIALE AU SAMSAH

L'accompagnant social référent va, au sein d'une relation professionnelle naissante, réaliser plusieurs entretiens à domicile, au service et/ou des accompagnements à l'extérieur lui permettant de faire connaissance avec la personne accompagnée et de recueillir des informations sur sa situation de handicap (sa pathologie, ses déficiences...), sa situation personnelle (réseau familial, social...) et son environnement quotidien. L'accompagnant social référent pourra contacter, avec l'autorisation de la personne accompagnée, des partenaires connaissant sa situation pour mieux cerner la demande, connaître le parcours de la personne et avoir une vision globale.

Des mises en situation sont également organisées pour connaître ses capacités et ses besoins par une confrontation à la réalité. Le professionnel peut alors observer la façon dont la personne accompagnée réagit et s'adapte aux différentes situations de vie. Le suivi administratif et budgétaire démarré avec la personne accompagnée permet de mettre en lumière certains de ses besoins.

Aussi, le professionnel comme la personne peuvent recourir au **questionnaire d'autoévaluation** proposée en début d'accompagnement :

³⁵MEMMI A. La dépendance, folio essais, 1979.

Afin de soutenir et Co construire le PPA

Pour, à chaque fois qu'un écart, entre la perception des difficultés de la personne par elle-même et celles réellement observées, empêchent d'avancer dans la réalisation du projet.

1.4.7.2 L'EVALUATION PSYCHOLOGIQUE AU SAMSAH

La psychologue rencontre systématiquement toutes les personnes accompagnées, une première fois, afin de se présenter que cela soit au domicile, au service, en présence ou non de l'accompagnant social référent. La personne accompagnée fait alors part lors de cette rencontre de son souhait ou non de bénéficier d'un suivi psychologique. En cas d'absence de besoin ou de refus de suivi, la psychologue reste à la disposition de la personne accompagnée qui peut la contacter, ultérieurement pendant l'accompagnement, si elle en éprouve le besoin.

Elle propose principalement un **soutien psychologique**. Il se met en place à la demande de la personne accompagnée, la fréquence des entretiens et les objectifs des rendez-vous sont définis avec elle. Il peut aussi s'agir de rendez-vous ponctuels, à un moment donné de l'accompagnement, en cas de difficulté passagère. La psychologue demande que le suivi se déroule au service dans la mesure où la personne accompagnée en a la possibilité. Lorsque la situation de la personne accompagnée ne lui permet pas de se déplacer, la psychologue se rend à son domicile pour les entretiens. Avec l'accord de la personne accompagnée, elle travaille en partenariat avec les professionnels extérieurs au service et impliqués dans le suivi, lorsque cela est pertinent.

La psychologue peut aussi intervenir auprès des aidants familiaux de la personne accompagnée, le cadre de ces interventions étant à définir au cas par cas.

Elle peut également proposer un relai vers un professionnel ou une structure de suivi extérieurs au service.

1.4.7.3 L'EVALUATION ERGO THERAPEUTIQUE AU SAMSAH

L'identification des besoins par l'ergothérapeute a débuté suite au premier Accueil Nouvelle Demande et s'est poursuivie jusqu'à l'admission de la personne accompagnée.

L'évaluation se fait essentiellement par le biais d'observations et d'entretiens lors de visites à domicile. La personne accompagnée guidée par l'ergothérapeute s'exprime sur le déroulement des activités de la vie quotidienne lors d'une journée type, sur les aides techniques qu'elle utilise et les aides humaines dont elle a besoin. La personne accompagnée décrit les difficultés qu'elle rencontre au quotidien en fonction de son environnement. Le bilan peut être ponctué de mises en situation pour comprendre à quel moment précisément se situe la difficulté.



Un bilan d'indépendance peut alors être rédigé afin de participer à l'argumentation en faveur de l'obtention d'aides humaines ou techniques.

L'évaluation est également affinée grâce au partage des informations en pluridisciplinarité lors des réunions d'équipe et de la relève de soin SAMSAH, en complément du questionnaire d'auto-évaluation qui permet d'évaluer le degré d'autonomie.

1.4.7.4 L'EVALUATION SOIN AU SAMSAH

L'évaluation soin est réalisée par l'équipe médicale et soignante composée du médecin coordonnateur, de l'infirmière coordinatrice, de l'infirmier et des aides-soignants. La présence d'un médecin dans l'équipe du SAMSAH permet d'effectuer la liaison avec les professionnels de santé impliqués dans le suivi médical de la personne (médecins spécialistes, médecins de famille, paramédicaux...).

Au moment de la révision du Projet de Services global du SESVAD, il a été décidé d'élaborer, en sus du Projet global, un « Projet Soins » joint au présent document et auquel il faut se reporter pour le soin au SAMSAH.

1.4.7.5 L'EVALUATION PLURIDISCIPLINAIRE AU SAMSAH

Les différents professionnels font un retour de leurs observations à la personne accompagnée et à l'équipe afin d'étayer les avis et les réflexions, qui permettent d'élaborer avec la personne accompagnée un plan d'action. Le Projet Personnalisé d'Accompagnement définit les objectifs de travail et les moyens, actions (aides éducatives, techniques, sociales et en matière de soin...) à mettre en place pour atteindre les objectifs. Il est abordé en réunion pluridisciplinaire hebdomadaire.

Le PPA fait l'objet de réajustements réguliers au cours de l'accompagnement, en fonction de l'évolution de la personne accompagnée, de sa situation et de ce qu'il exprime.

Une réunion est prévue tous les ans au minimum avec la personne accompagnée, à domicile, en présence de l'accompagnant social, d'un aide-soignant chaque fois que possible et du chef de Service ou de l'infirmière coordinatrice, afin de faire un bilan sur la mise en œuvre du PPA et le réajuster.

1.4.8 LE PROJET PERSONNALISE D'ACCOMPAGNEMENT (PPA)

Au SAMSAH, un **document individuel d'accompagnement mis en œuvre par le PPA**, constitue un deuxième avenant au contrat initial passé entre la personne et le service (le premier avenant étant, sous 3 mois, l'avenant « soins »). Ce PPA est signé par la personne accompagnée, la directrice, la chef de service et l'accompagnant social référent, **dans les 6 mois de l'admission**. Il a valeur de réciprocité puisqu'il engage sur son parcours aussi bien la personne accompagnée que l'équipe du SAMSAH.

C'est donc à l'occasion d'une synthèse, à l'issue d'une période d'évaluation d'environ quatre à six mois après le début de l'accompagnement, avec la personne accompagnée en présence de l'accompagnant social et du chef de service au domicile de la personne accompagnée, ou le cas échéant dans les locaux du SESVAD qu'est défini ce **Projet Personnalisé d'Accompagnement**. L'infirmière coordinatrice est également présente.

Le PPA est **unique**, c'est-à-dire qu'il comprend aussi bien **le projet de soins** que celui **d'accompagnement social**. Il formalise les différents objectifs de travail fixés avec la personne dans le cadre de son accompagnement, définit les actions à mettre en œuvre pour atteindre ces objectifs par les professionnels et la personne, en proposant

des échéances et en identifiant quels acteurs sont concernés. Les domaines concernés par le PPA sont larges et embrassent tous les domaines de la vie à domicile. Voici ci-dessous les principaux champs d'intervention des professionnels qui reflètent les problématiques principales rencontrées par les personnes en situation de handicap moteur dans la mise en œuvre de leur projet :

- Accès aux droits administratifs, à la législation sociale spécifique liés au handicap
- Accès aux dispositifs d'aide humaine
- Accès aux soins, à une bonne « santé », prendre soin de soi
- Accès aux aides techniques (fauteuils roulants, aménagement de véhicule, sièges de bain, aide à la communication ...)
- Aide en matière d'accessibilité et d'aménagement du logement
- Aide à la recherche de moyens de financement des solutions de compensations fonctionnelles (aide technique, aide humaine, aménagement de logement)
- Aide à la gestion de la vie quotidienne, du budget
- Aide en matière de procédures juridiques liées au handicap (indemnisation à la suite d'accident...)
- Aide au développement de la vie relationnelle et sociale (lutte contre l'isolement affectif et social, accès au transport, accès aux activités de loisirs, accès aux vacances...)
- Soutien pour une vie affective et sexuelle
- Accès à une écoute spécialisée par un psychologue à visée de soutien ou

préparatoire à une prise en charge extérieure

- Aide à la recherche de logement
- Aide en matière de formation (professionnelle, universitaire et d'insertion professionnelle)
- Accompagnement vers l'emploi ordinaire ou adapté
- Aide à la recherche d'une solution alternative à la vie à domicile (hébergement en établissement).

Hors de ces domaines, ou plus généralement lorsque le problème posé n'est pas directement lié au handicap, le rôle des professionnels est d'orienter et d'accompagner la personne vers un service compétent.

Le PPA est l'outil premier de l'accompagnement, il appartient à la personne accompagnée mais constitue pour chacune des parties, un support du travail d'accompagnement. Signé par la personne accompagnée et les différents professionnels des services, il contractualise l'accompagnement et engage ainsi les différents acteurs dans une collaboration, un partenariat autour d'objectifs communs.

Dans la mise en œuvre du PPA, la fréquence des visites ou rendez-vous varie selon les objectifs recherchés (quotidienne, hebdomadaire, ou programmée sur plusieurs semaines) mais elle est toujours régulière.

Pour les soins, les passages sont programmés selon un planning prévisionnel communiqué à la personne accompagnée et intégré dans l'avenant « soin » N° au contrat d'accompagnement entre le SAMSAH et M...

Une réactualisation régulière du projet tous les ans est indispensable pour les accompagnements de longue durée. Elle permet d'évaluer le suivi dans le but de valoriser les réalisations de la personne et sa réussite dans son projet. Elle permet aussi d'analyser les pratiques professionnelles mises en œuvre et de faire un bilan des partenariats établis.

Cette synthèse se réalise lors d'une réunion à domicile avec la personne accompagnée, l'accompagnant référent, le chef de service, l'infirmière coordinatrice, et un aide-soignant chaque fois que possible.

- D'autres intervenants (tuteur, curateur, famille...) peuvent assister à cette synthèse, qui est préparée en amont par l'accompagnant social avec la personne, puis en interne en réunion d'équipe avec les professionnels concernés par le projet. Cette synthèse donne lieu à un document écrit signé par la personne et les professionnels, dont la direction.

Les personnes accompagnées sont associées à l'évaluation du travail engagé :

➤ Au plan individuel : lors d'une réunion de synthèse tous les ans au minimum

Au plan collectif : dans les dispositions prévues par les textes législatifs, en appui sur la Démarche d'Amélioration de la Qualité mise en place, au sein du CVS.

Cette recherche d'appréciation se fait par tous les moyens appropriés : enquête de satisfaction, entretien, questionnaire, réunions collectives...).

1.4.9 LA COORDINATION ET LE SUIVI DES ACTIONS

La coordination au service de l'accompagnement des personnes en situation de handicap vivant à domicile constitue le cœur de métier du SAMSAH.

Du fait de la complexité des situations et de la multitude d'acteurs intervenant dans le cadre du projet de vie de ces personnes, le suivi des actions co-définies avec la personne accompagnée dans le cadre de son Projet Personnalisé d'Accompagnement et leur coordination autour de ce projet, constituent un enjeu majeur dans l'activité au quotidien. Le SAMSAH a donc défini des outils, des procédures et des espaces dédiés à cette coordination et au service de l'accompagnement.

1.4.9.1 LA REUNION D'EQUIPE SAMSAH

Au sein du SAMSAH, un espace pluridisciplinaire permet de réfléchir en équipe sur les accompagnements et favoriser une coordination efficiente des différentes interventions des professionnels au service de la réalisation des Projets Personnalisés d'Accompagnements. Cette réunion hebdomadaire animée par le chef de service soin regroupe les différents professionnels intervenant auprès des personnes accompagnées : travailleur social, ergothérapeute, infirmière coordinatrice, infirmier, aide-soignant, médecin coordonnateur. Elle permet de faire le point sur les accompagnements, de préparer les PPA,



de définir des stratégies d'action communes autour des situations complexes, et de préparer l'arrivée ou la fin d'accompagnement d'une personne. Elle représente un outil majeur en termes de coordination au sein du service car elle permet de définir les actions des uns et des autres autour des projets d'accompagnement, d'ajuster les interventions de chacun en clarifiant les rôles pour une meilleure coordination. Suite à une Co évaluation avec la personne accompagnée, des objectifs de travail sont définis avec elle et constituent son PPA. Ces réunions d'équipe permettent notamment de veiller à la mise en place de ces objectifs.

1.4.9.2 LES RELEVES SOIN SAMSAH

On distingue deux types de relèves soin : la « relève soin » et la « relève psy-soignants ».

Deux fois par semaine, la relève soin animée par l'infirmière coordinatrice favorise la coordination sur le volet soin avec la présence des aides-soignants, de l'infirmière, des deux accompagnants sociaux une fois par semaine en alternance et de l'ergothérapeute une fois par semaine. Elles permettent notamment d'échanger sur les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre des objectifs définis dans les PPA et d'ajuster les interventions.

Elles favorisent le passage d'informations entre professionnels et la coordination avec les partenaires extérieurs intervenant sur le volet soin de l'accompagnement (auxiliaires de vie, kinésithérapeutes, infirmiers libéraux...).

L'arrivée ou la fin d'accompagnement d'une personne avec les objectifs « soin » qui en découlent, sont également travailler lors de ces relèves. Chaque personne accompagnée a un aide-soignant référent.

Mensuelle, la relève psy-soignants est animée par la psychologue en présence des aides-

soignants et de l'infirmière coordinatrice. Elle favorise l'expression des aides-soignants sur les difficultés relationnelles rencontrées avec les personnes accompagnées.

1.4.9.3 LA COMMUNICATION INTERNE AUTOUR DES ACCOMPAGNEMENTS

Tout en étant très complexe à rendre efficace, du fait que chaque professionnel exerce ses missions à domicile, la communication interne occupe une place essentielle au sein du SAMSAH. Elle est au service d'une meilleure coordination pluridisciplinaire permettant la bonne mise en œuvre des PPA.

De nombreux outils ont été créés au fil des années pour rendre cette communication la plus efficace possible.

Le développement de l'outil informatique a largement contribué à cet objectif, en réduisant de manière significative les documents

« papiers » et en permettant un passage de l'information en temps réel et ainsi une continuité dans le service rendu.



Parmi les outils utilisés, on distingue :

- Les mails
- Le commun sur le réseau informatique avec des données par services, communes à leurs salariés et protégées par l'administrateur réseau
- Les transmissions ciblées remplies par les soignants et l'ergothérapeute sur le LOGICIEL D'ACTIVITE MENESTREL
- Les relais vacances - mail fait par les accompagnants sociaux + rendez-vous

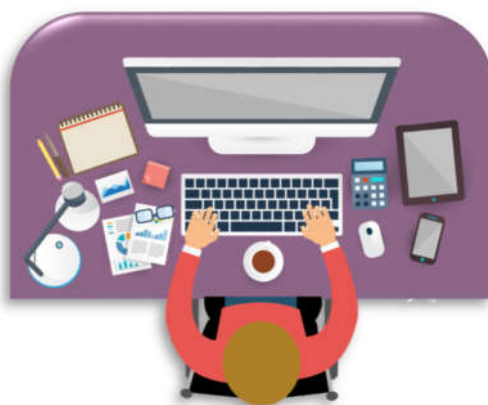
avec son collègue avant le départ, mail à psychologue + chef de service + ergothérapeute

- Tableau informatique d'astreinte SAMSAH - informations essentielles concernant chaque personne accompagnée, tenues à jour par l'ensemble des professionnels concernés.
- LOGICIEL EASY SUITE où est enregistré un dossier par personne avec des observations Il est complété par les accompagnants sociaux, l'ergothérapeute et la psychologue³⁶.
- Dossier PPA mis sous commun en accès pour l'ensemble de l'équipe du SAMSAH ainsi qu'un dossier concernant les écrits en cours commun à plusieurs professionnels de l'équipe.
- Relevé de décisions sous commun des relèves aides-soignants

Ces outils sont tous au service d'une meilleure communication interne autour des accompagnements et de la mise en œuvre des objectifs définis dans le cadre des PPA. Ils sont indispensables à la continuité du service rendu 24h/24, 7j/7 grâce aux astreintes administratives et de soin et à travers les permanences d'accueil quatre après-midis par semaine. Ils permettent une vigilance continue autour des personnes accompagnées et une meilleure réactivité en cas d'urgence. La coordination entre les professionnels, mais aussi avec les partenaires extérieurs, est ainsi facilitée.

1.4.10 LA FIN D'ACCOMPAGNEMENT ET LE PASSAGE DE RELAIS

Une procédure a été réalisée pour formaliser et unifier les fins d'accompagnement et la fin de la période des six mois « post accompagnement » dont le but est de donner la possibilité, à la personne comme aux professionnels en relais, de



- Relevé de décisions sous commun des réunions pluridisciplinaires

contacter le SAMSAH si besoin.

³⁶ Une fiche action est prévue au sujet du Dossier Unique de la Personne Accompagnée informatisé

1/ Le Rendez-vous de fin d'accompagnement

<p>Où ?</p> <p>Au service ou à domicile</p>	<p>Quoi ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Formaliser l'arrêt de l'accompagnement de la personne par le SESVAD APF France handicap - Faire le bilan de l'accompagnement : progrès réalisés, difficultés rencontrées, démarches réalisées, avenir... - Parler de « l'après accompagnement » : relais, période des 6 mois ...
<p>Quand ?</p> <p>En fin de notification ou lors d'un arrêt convenu communément</p>	
<p>Qui ?</p> <ul style="list-style-type: none"> . La personne accompagnée . L'accompagnant social . Le chef de service ou coordinatrice sociale . IDEC pour le SAMSAH . Curateur ou tuteur le cas échéant 	<p>Quelles démarches pendant le RDV ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Remplir et remettre le formulaire de fin d'accompagnement F06, en double exemplaire (1 pour le service, à scanner dans le DUU et 1 pour la personne) - Co-construire le bilan de fin de son accompagnement - Lui laisser le classeur bleu qui rassemble les temps forts de son accompagnement et vérifier que la fiche relais est actualisée <p>Quelles démarches à l'issue du RDV ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Finaliser l'écrit du bilan dans le mois - Le faire signer par la Direction - L'envoyer à la Maison De la Métropole dont dépend la personne - L'envoyer à la personne - L'archiver dans le DUU - Griser la ligne de la personne sur le tableau d'astreinte

2/ La période des 6 mois

<p>Où ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Par téléphone - Au SESVAD - A domicile, à de rares exceptions si validées en équipe 	<p>Quoi ?</p> <p>La personne peut solliciter le SESVAD, de 09h00 à 12h30, puis de 13h30 à 17h00, du lundi au vendredi. Elle sera accueillie par le professionnel de permanence. En fonction de sa demande, elle sera conseillée ou réorientée vers les relais extérieurs.</p>
--	--

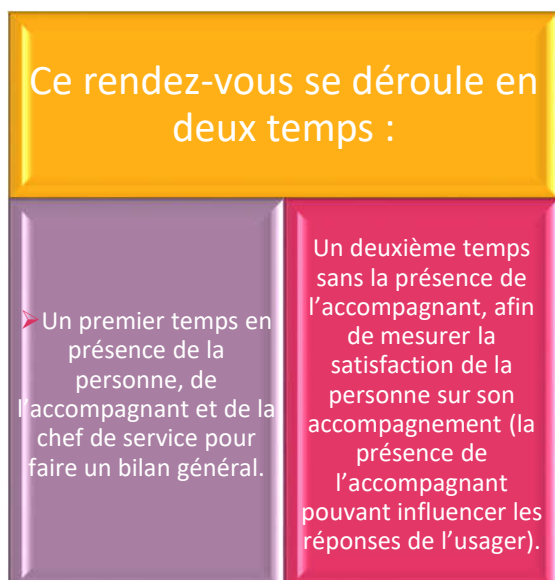
<p>Quand ?</p> <p>Sur sollicitation de la personne</p>	<p>Quelles démarches ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pré-trier le dossier par l'accompagnant social - Conserver les documents pré-triés pour le RDV de fin de 6 mois pour la personne ou pour destruction 	
<p>Qui ?</p> <p>. La personne accompagnée</p> <p>. L'accompagnant social</p>	<p>Archivage au SESVAD</p>	
	<p><u>Dossier administratif</u></p>	<p><i>Pochette identité</i> : copies de la carte d'identité, carte d'invalidité, extrait d'acte de naissance...</p> <p><i>Pochette MDPH</i> : copies des notifications MDPH</p> <p><i>Pochette Mesure de protection</i> : jugement de protection</p> <p><i>Pochette CAF</i> : copie des documents N-1</p> <p><i>Pochette Sécurité Sociale</i> : copie de l'attestation de droits</p> <p><i>Pochette Impôts</i> : copie du dernier avis d'imposition</p> <p><i>Pochette Budget</i> : tout rendre</p> <p><i>Pochette Loisirs</i> : tout rendre</p> <p><i>Pochette Partenaires</i> : copies des synthèses des partenaires</p> <p><i>Pochette Choix de l'usager</i> : tout conserver</p>
	<p><u>Dossier métier</u></p>	<p>Fiches « suivi professionnel » (pré Easy Suite)</p>
	<p><u>Dossier logement</u></p>	<p>Copie de l'enregistrement de la demande de logement, les accusés de réception et le cas échéant, les documents concernant les logements transitionnels</p>
	<p><u>Dossier PPA</u></p>	<p>Tout conserver</p>
	<p>Pour le SAMSAH, récupérer les documents médicaux et liés aux soins qui sont propres au service et qui témoignent de l'accompagnement effectué.</p>	
<h2>3/ Le Rendez-vous de fin des 6 mois</h2>		
<p>Où ?</p> <p>Au service ou à domicile</p>	<p>Quoi ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Faire un point avec la personne sur sa situation depuis l'arrêt de son accompagnement et lui fournir à nouveau quelques recommandations pour la suite 	
<p>Quand ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluation de l'impact de l'accompagnement dans le temps. 	

<p>1/ relance par l'accompagnant social 2 semaines avant</p> <p>2/ RDV à la date prévue ensemble</p>	<p>- Finaliser le tri (cf. méthodologie dans l'étape 2) et l'archivage du dossier dans la pochette blanche / rendre à la personne ou détruire les autres documents</p> <p>- Si la personne est absente à ce RDV : coordinatrice ou chef de service envoie un courrier précisant l'arrêt définitif de notre veille et l'archivage du dossier / classer un double du courrier dans le dossier</p>
--	---

Ce qui est spécifique au SESVAD c'est que **la fin d'accompagnement est suivie d'une période de 6 mois pendant laquelle le SAMSAH peut être contacté par la personne ou des services partenaires ayant pris le relais.**

A la fin de cette période de 6 mois, le SAMSAH propose un rendez-vous qui permet une **évaluation de la satisfaction de la qualité du service rendu** durant tout l'accompagnement, via un entretien de satisfaction avec la personne.

Cette rencontre permet également de faire un point avec la personne sur sa situation depuis l'arrêt de son accompagnement et de lui fournir à nouveau quelques recommandations pour la suite.



Au SAMSAH, tout au long de l'accompagnement, la personne et/ou le service peuvent décider de mettre fin à l'accompagnement pour différentes raisons :

- L'accompagnement s'arrête lorsque les objectifs de la personne accompagnée ont été atteints et qu'il n'y a pas d'autres demandes nécessitant de poursuivre l'accompagnement.
- Le suivi ne peut plus être assuré en raison du déménagement de la personne hors du secteur géographique d'intervention du SAMSAH.
- Le service n'est plus adapté parce qu'il n'est plus en mesure de répondre aux besoins et aux attentes de la personne, compte-tenu de ses souhaits et des contraintes et limites des services.

La fin d'accompagnement par le SAMSAH se réfléchit, se discute et se décide avec la personne accompagnée et l'équipe. La date de fin est proposée à la personne lors du PPA ou d'une rencontre initiée par la chef de service et l'accompagnant social, en prenant en compte les objectifs atteints ou non et les besoins et souhaits de l'utilisateur.

1.4.11 LE COUT DU SAMSAH

Au SAMSAH, aucune participation financière n'est demandée aux personnes accompagnées.

Le SAMSAH est tarifé par la Métropole de Lyon sous la forme d'un prix de journée versé mensuellement par douzième. Un forfait soins globalisé annuel est versé également

Un CPOM APF France handicap avec la Métropole de Lyon associant les Foyers de l'Étincelle sera renouvelé pour **2019-2021** et un CPOM régional avec toutes les structures APF France handicap de la région AURA financées par l'ARS a été signé en avril 2018 pour 5 ans de **2018 à 2022**.

Fiches Action :

Gestion des urgences et soins palliatifs

FICHE ACTION 1 : Améliorer le circuit des urgences pour les personnes en situation de handicap

Acteurs/services du SESVAD concernés	
Chef de service soins, infirmières coordinatrices, Référents Qualité	Tout service soin : SAMSAH, SSIAD VILL, SSIAD_SGL, GIN SE et SSO

<p>Contexte : Les personnes en situation de handicap sont amenées à connaître des hospitalisations récurrentes tant en raison de leur handicap que due à des pathologies intercurrentes. Le passage dans un service d'urgence peut-être traumatisant et déstabilisant pour la personne en situation de handicap. Le temps d'attente est souvent long et pose des difficultés à la personne (inconfort sur le brancard, difficultés pour certaines à s'exprimer...) Par ailleurs, en sortie d'hôpital, les professionnels de l'établissement doivent être informés des prises en charge pour garantir la qualité de soins et de l'accompagnement</p>	<p>Objectifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le 1^{er} objectif est avant tout d'éviter les appels au SAMU et transfert aux urgences autant que faire se peut en associant les médecins traitants dans la PEC des situations « urgentes » de leurs patients accompagnés par nos services - Permettre aux professionnels des Services d'Accueil d'Urgence (SAU) de disposer des informations nécessaires concernant la PA (handicap, pathologies associées, habitudes de vie, et capacité - Garantir la prise en compte des moyens d'autonomie - Eviter ou réduire au maximum les attentes dans les SAU - Assurer la continuité des soins ainsi que l'accompagnement en retour d'hospitalisation - Permettre des soins de qualité et un séjour non traumatisant
--	--

<p>Actions</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Prendre contact avec les services d'urgence des HCL par secteur d'intervention (CHLS, HEH...) et autres établissements de santé <input type="checkbox"/> Elaborer une convention entre les services de soins du SESVAD et les établissements de santé, une procédure permettant de réduire le temps d'attente aux urgences en y incluant la prise en compte des possibilités de la PH, et la coordination des soins. <input type="checkbox"/> envisager un partenariat avec des services spécifiques (exemple urologie pour les PH
-----------------------	---

<p>Outils & Ressources</p>	<p>identifiées à risque « urologique » PH porteur de Bricker, de cystocath...)</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Convention avec les services d'urgences ⇒ Fiche de liaison (DLU) ⇒ Courrier Médecin traitant
---------------------------------------	---

Points de vigilance	La fiche de liaison doit être actualisée régulièrement.
Partenaires	HCL, différents CH disposant d'un service d'urgence et/ou de services spécialisés en lien avec le handicap
Pilotes	Le chef de service soins et IDEC Secteur Sud-ouest
Indicateurs de suivi	Tableau retraçant les différents transferts aux urgences, motifs...
Suivi	Evaluer la pertinence des fiches de liaison (DLU) et les remettre à jour annuellement ou plus si nécessaire Rencontre régulière avec les établissements de santé partenaires pour faire vivre la convention
Documents joints	DLU Lettre type partenariat médecin traitant

FICHE ACTION 1 : LES SOINS PALLIATIFS

Acteurs/services du SESVAD concernés	
Médecin coordonnateur, Chef de service soins, Infirmières coordinatrices	Services du SESVAD concernés : SAMSAH, SSIAD VIII, SSIAD_SGL, GIN VLL, GIN SGL

<p>Contexte Nécessité de permettre aux personnes accompagnées de bénéficier d'une fin de vie conforme à leurs souhaits tels que prévus dans les textes de lois et notamment : LOI N°99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit d'accès aux soins palliatifs LOI N°2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, dite loi Leonetti LOI N°2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie, dite loi Claeys-Leonetti</p>	<p>Objectifs</p> <ul style="list-style-type: none"> - Permettre une prise en charge adaptée. - Apporter les connaissances nécessaires théoriques ? - Accompagner les soignants lors d'une PEC palliative.
---	---

<p>Actions</p>	<ul style="list-style-type: none"> - S'assurer de la connaissance de la possible désignation d'une personne de confiance - S'assurer de la mise à jour des directives anticipées - Former les soignants à l'accompagnement de la fin de vie. - Se mettre en relation avec une équipe pluridisciplinaire de soins palliatifs - Offrir la possibilité de groupes de paroles lors de situations complexes.
<p>Outils & Ressources</p>	Guide régional des soins palliatifs AURA

Points de vigilance	
Partenaires	Centre Léon Bérard, EMSP, médecins traitants
Pilotes	Psychologue SAMSAH, IDEC, MED Co
Indicateurs de suivi	
Suivi	Septembre 2019 – Juin 2020
Documents joints	

mensuellement par douzième, par l'Agence Régionale de Santé (ARS).



2. LES SAVS ET L'HABITAT SERVICE

1.4.1 LE SAVS (SERVICE D'ACCOMPAGNEMENT A LA VIE SOCIALE)

En adéquation avec le schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale des personnes handicapées du Rhône, un SAVS de 50 places a reçu un avis favorable du CROSMS³⁷ le 22 octobre 2004 mais il est resté en attente d'un financement du Conseil général³⁸. Celui-ci est intervenu plus tard le 1 mars 2006, d'abord pour 40 places (arrêté départemental du 20 mars 2006).

Le SAVS du SESVAD s'adresse à **40 adultes âgés de plus de 20 ans** (ou 18 ans avec dérogation), dont la déficience motrice est prédominante, et non liée au vieillissement, domiciliés sur Villeurbanne, arrondissements lyonnais et communes limitrophes. La notion de territoire s'est imposée à la création du SESVAD. L'orientation sur le SAVS se fait par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) siégeant à la MDPH.

Conformément au décret du **11 mars 2005** définissant les conditions d'organisation et de fonctionnement des SAVS et des SAMSAH³⁹ l'objectif principal est de contribuer à **l'insertion sociale de personnes en situation**

de handicap en milieu ordinaire de vie, en favorisant leurs capacités d'autonomie.

L'accompagnement repose sur une relation privilégiée entre la personne et les différents accompagnants. Il permet à la personne de définir et de réaliser ses projets, en choisissant des moyens de compensation (aides techniques, humaines...), et en engageant des démarches d'insertion sociale.

L'accompagnement par le SAVS s'effectue en lien avec des partenaires privés ou publics. La personne accompagnée, le cas échéant, fait appel aux Services de Soins ou d'Aide à la Personne de son choix⁴⁰.

Un soutien des aidants peut être proposé avec la recherche de temps et de lieux de répit, en coordination avec le service d'aide aux aidants les FENOTTES (qui a rejoint le SESVAD en 2011).

L'accompagnement se poursuit généralement pendant toute la durée fixée par la CDAPH (en général 2 ans) et un bilan de fin d'accompagnement permet d'évaluer si les objectifs ont été atteints. Un relai est alors mis en place. Si elle s'impose, une demande de renouvellement peut être déposée, en l'argumentant, auprès de la MDPH du Rhône.

Le SAVS fonctionne **365 jours/365 et une astreinte téléphonique est assurée 24h/24**, tous les jours de l'année, par un cadre de direction. Elle a pour objectif principal de

³⁷ Le CROSMS a été remplacé par la commission d'Appel à Projet

³⁸ La Métropole de Lyon et le nouveau Rhône ont remplacé le Conseil général du Rhône

³⁹ Article D.312-155-5 du décret n°2005-223 du 11 mars 2005

⁴⁰ Une convention est formalisée entre 3 SAP et le SESVAD CF. p 55

répondre à des situations d'urgence ou de désamorcer les éventuelles difficultés, que pourraient rencontrer certaines personnes très isolées, en dehors des horaires d'ouverture.



un projet de vie ou pour permettre des études etc. Il donne le temps à la personne en situation de handicap d'évaluer sa capacité à vivre seule, d'identifier précisément ses besoins d'étayage et

1.4.2 L'HABITAT SERVICE

C'est une offre intermédiaire entre le domicile durable et l'établissement médico-social et de fait, une véritable alternative à la vie en institution.

Ce service a reçu un avis favorable du CROSMS du 22 mars 2004 et un arrêté départemental le 2 janvier 2008.

Il s'adresse à **10 adultes âgés de plus de 20 ans** (ou 18 ans avec dérogation), en situation de handicap avec une déficience motrice prédominante et non liée à l'âge et/ou cérébrolésés, en recherche d'autonomie. Il leur est proposé un accompagnement social soutenu dans **un parcours domiciliaire**, d'abord dans un logement dit « transitionnel », puis durable, soit au sein d'un habitat transitionnel regroupé comprenant dans sa totalité 18 logements, soit dans un logement transitionnel au sein de la cité.



L'habitat Service a pour vocation d'être un lieu étape, lieu de vie test, espace de transition adapté, mutualisé. L'accompagnement dit **SAVS renforcé** est défini au départ pour une durée limitée, afin de préparer une vie dans un appartement choisi et adapté, et pour affiner

enfin de trouver un logement. La personne est libre de ses choix en disposant d'un studio privé, dans un espace banalisé et sécurisé.

Il existe plusieurs terminologies différentes pour ce type de logements : relai, tremplin, apprentissage, temporaire, etc. Le terme « **transitionnel** » a été volontairement choisi par le SESVAD pour son sens existentiel : permettre un rite de passage vers un autre lieu, celui-ci durablement acquis et représentatif de soi. La transition permettra la sécurisation et l'appropriation d'espace, entre solitude et sociabilité.

De plus, le service recherche et met en œuvre



des partenariats, favorisant l'accès au logement et l'apprentissage à la vie autonome, avec différentes associations dont SOLIHA, l'OPAC, ALLIADE et la ville de VILLEURBANNE. Ces associations réalisent la gestion locative de l'appartement transitionnel et le SESVAD propose un accompagnement social ou médico-social global.

Sur la Métropole de Lyon, l'Habitat Service permet de fluidifier le dispositif pour personnes en situation de handicap, en autorisant certaines d'entre elles hébergées en

établissement, à tenter⁴¹, en sécurité, l'expérience de la vie à domicile grâce à une passerelle entre les deux modes de vie.

La vie à domicile d'une personne en situation de handicap moteur exige non seulement un espace adapté (architecture, accessibilité, environnement, transports, équipements) mais aussi une organisation de la vie quotidienne, domestique et sociale permettant de compenser ses incapacités (services de soins, d'aide à domicile et d'accompagnement).

Il s'agit de personnes « moyennement » autonomes qui recherchent la dimension symbolique de l'habitat et pas seulement son apport structuro-matériel : il s'agit d'une demande de lien social, de proximité des soins ; la réponse doit donc s'orienter vers ce qui, pour la personne, crée un système symbolique dans lequel elle puisse se sentir à l'aise.

L'Habitat Service repose sur l'existant architectural de la résidence sociale APF France handicap rénovée en 2002 et 2011 et sous gestion propre de l'association. Elle correspond à un programme immobilier de petite taille, accessible et adapté au handicap moteur, **de 18 studios meublés** avec coin cuisine intégré et sanitaires permettant les soins et la toilette. La personne en situation de handicap moteur peut circuler, sans aucun obstacle et utiliser toutes les fonctions du logement. Des adaptations particulières peuvent toujours être réalisées avec l'aide des ergothérapeutes du SESVAD. La résidence est bien insérée dans l'environnement local, avec un accès facile aux commerces et à proximité d'une ligne de tramway accessible.

L'intérêt est que les personnes sont placées dans des conditions très proches de la réalité d'une personne en situation de handicap

moteur, vivant en appartement indépendant, confrontée à la vie quotidienne.

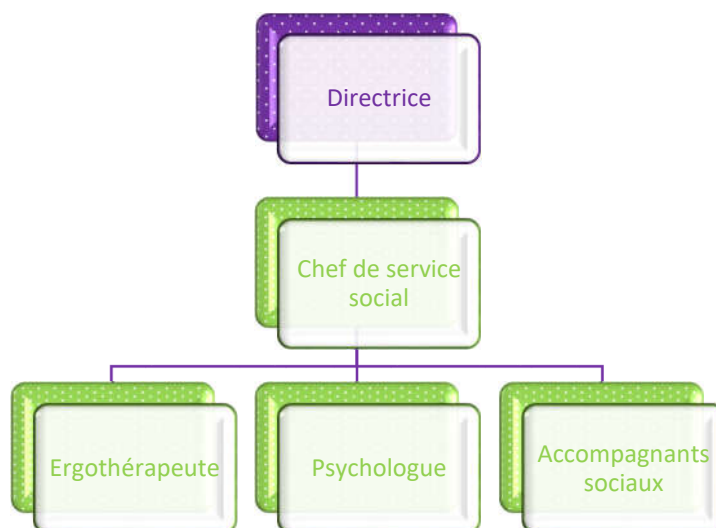
Les résidents ont un **statut de sous locataires** (contrat de sous location) et paient un loyer mensuel incluant les charges collectives qui ouvre droit à l'APL.

Fin 2018, 15 studios sur 18 sont temporaires, 5 d'entre eux étant réservés pour un accompagnement SAMSAH.

Une des réalités qui est apparue avec l'augmentation du nombre d'appartements transitionnels est **un manque de places SAVS**. En effet, les personnes accompagnées qui quittent un appartement transitionnel pour un logement durable, ont pour la plupart du temps encore besoin d'accompagnement par le SAVS. Au moment de leur départ en appartement durable, un autre usager vient alors occuper le logement transitionnel libéré et à ce moment-là 2 places SAVS sont nécessaires. Cet état de fait a augmenté considérablement le temps d'attente, pour être accompagné par le SAVS. Il se situe actuellement entre 12 et 18 mois, ce qui apparaît long pour la personne demandeuse et pour les partenaires qui nous sollicitent.

Quand la recherche de logement d'un résident de l'habitat Service débouche, si le logement lui convient, celui-ci doit l'accepter rapidement, et par ricochet une place se libère rapidement aussi. Cela nécessite que les personnes en attente d'un logement transitionnel soient bien préparées à leur éventuelle admission.

⁴¹ CF Convention Fondation Richard/SESVAD pour l'accueil de stagiaires



Organigramme fonctionnel des SAVS et de l'Habitat Service

L'accueil et l'accompagnement d'une personne en logement transitionnel sont très exigeants pour les professionnels SAVS concernés, de la première demande au déménagement dans un logement durable.

De même **l'accompagnement en amont** de la demande nécessite beaucoup de démarches, auxquelles participent la directrice, les chefs de service, l'accompagnant référent et le partenaire et/ou l'entourage.

La création de la **Garde Itinérante de Nuit** en 2010 a permis de sécuriser encore plus le parcours domiciliaire de personnes en situation de handicap très dépendantes.

1.4.3 L'EQUIPE

1.4.3.1 L'accompagnant social

De différente formation sociale (**Conseillère en Economie Sociale et Familiale, Educateur Spécialisé ou Assistant socioéducatif**), l'accompagnant social contribue, au sein d'un travail pluridisciplinaire en intervenant notamment sur les lieux de vie de la personne accompagnée ainsi que dans tous les lieux où s'exercent ses activités, son

autonomie et son insertion sociale et/ou professionnelle.

Sous la responsabilité du chef de service social, l'accompagnant social assure, à la personne, dans le respect de son mode de vie et de ses projets, un accompagnement personnalisé.

Au SAVS, il agit avec les personnes, les familles, les groupes, par une approche globale pour **améliorer leurs conditions de vie sur le plan social, sanitaire, familial, économique, culturel et professionnel** et développer leurs propres capacités à maintenir ou regagner leur autonomie pour trouver leur place dans la société.

Il a pour mission de **favoriser l'insertion sociale et de développer l'autonomie des personnes dans les actes de la vie quotidienne**. Il mène avec elles toute action susceptible de prévenir ou de surmonter leurs difficultés.

En adéquation avec les projets de la personne, et en vue de développer son autonomie, il élabore et met en œuvre avec elle, un **Projet Personnalisé d'Accompagnement pertinent et cohérent** par rapport à une évaluation de ses besoins, de ses capacités d'autonomie et cela dans le cadre des missions du service.

L'accompagnant social **assure la coordination avec les Services d'aide humaine** qui délivrent l'aide à la personne dans sa vie quotidienne.

Il peut en collaboration avec les autres intervenants du service, selon des besoins repérés ou des attentes identifiées mettre en place une action collective. Ses missions essentielles se réalisent au travers :



Il transmet dans le respect de sa déontologie, les informations écrites et orales nécessaires à une appréhension globale du Projet Personnalisé d'Accompagnement de la personne accompagnée en lien, le cas échéant, avec le directeur et le chef de service.

1.4.3.2 L'ergothérapeute

L'ergothérapeute, sous la responsabilité au SAVS du chef de service social, accompagne la personne dans ses projets, tout en tenant compte de son environnement.

L'ergothérapeute est un **professionnel paramédical** dont la particularité est son approche médico-sociale. Il intervient à la fois sur l'adaptation de l'environnement à la personne et sur l'adaptation de la personne elle-même à son environnement.

Ainsi, il met en œuvre tous les moyens techniques et humains nécessaires à la

personne dans toutes les situations de la vie quotidienne et les adapte, après évaluation régulière de l'efficacité du projet et de l'évolution de la personne.

Au regard des capacités de la personne, il la conseille, ainsi que son entourage, sur **le choix d'aides techniques et/ou d'aménagements des lieux de vie** dans la perspective d'une plus grande indépendance, par l'adaptation aux situations de handicap, et donc d'une meilleure intégration sociale.



Il accompagne également la personne dans sa vie quotidienne par le biais de **mises en situations écologiques, afin de développer ses capacités et rechercher des stratégies de compensation dans un but d'indépendance et d'autonomisation**. La dimension relationnelle de l'accompagnement est alors essentielle pour l'ergothérapeute au moment où, avec l'acceptation d'une aide quelle qu'en soit la nature, se rejouent souvent les difficultés liées à l'acceptation du handicap.

L'ergothérapeute peut assurer **des soins et des actes d'ergothérapie** (rééducation fonctionnelle, cognitive, réadaptation, réalisation d'orthèses et de petites aides techniques...).

Il transmet les informations écrites et orales nécessaires pour assurer **la traçabilité et la continuité de l'accompagnement pluridisciplinaire proposé au SAVS**.

Il peut aussi participer à la mise en œuvre ou être référent d'activités collectives prévues dans le Projet de Service et nécessaires au PPA de la personne accompagnée.

1.4.3.3 La psychologue

A 0,90 ETP, elle intervient dans plusieurs services du SESVAD : le SAMSAH, les 2 SAVS, les FENOTTES.

Sous la responsabilité du directeur, elle intervient auprès des personnes accompagnées et de leur famille au travers de **sa spécificité clinique d'écoute et d'analyse**. La psychologue accompagne la personne dans ses projets, tout en tenant compte de son environnement.

Elle propose un accompagnement à chaque personne et celui-ci se met en place, si elle le souhaite, **au travers d'entretiens individuels** (à domicile ou au bureau) **ou collectifs** (animation de groupes), en vue d'apporter un soutien psychologique autour des problématiques mises à jour.

Elle transmet, avec l'accord de la personne, **les informations utiles à la compréhension de la situation, à la construction et à la mise en œuvre du PPA**. Elle soutient et conseille la famille et les proches.

Elle peut orienter si besoin la personne et/ou son entourage vers un service extérieur approprié. Elle contacte alors les partenaires extérieurs⁴² en vue d'une concertation autour des actions et du travail psychologique déjà entrepris par la personne.

Elle contribue également à l'accompagnement de la personne en participant activement aux réunions d'équipe du service.

1.4.4 LA PROCEDURE D'ACCUEIL NOUVELLE DEMANDE (AND)

C'est la **secrétaire** qui reçoit en première intention toutes les nouvelles demandes pour le SESVAD, soit par appel de la personne concernée elle-même ou d'un tiers (professionnel, entourage...), soit par réception d'une orientation de la MDPH.

Les informations relatives à la demande de la personne sont consignées sur **le formulaire Accueil Nouvelle Demande**.

Différents renseignements sont recueillis (état civil, pathologie, déficiences, incapacités, dépendance, exposé de la demande, informations diverses...).



Dans le cas de la réception d'une orientation MDPH et en cas d'impossibilité de joindre par téléphone la personne, **un courrier de mise à disposition avec copie à la MDPH lui est adressé**.

Des permanences « **Accueil Nouvelles Demandes** » sont organisées par la secrétaire, au rythme d'une permanence par mois – **le nombre de personnes reçues lors de la permanence, est de 3**.

Pour les demandes de SAVS avec logement transitionnel, **des rendez-vous « Accueil Nouvelle Demande » supplémentaires sont proposés dans des délais plus courts du fait de la nécessité de préparer l'admission bien en amont**. La gestion des entrées et sorties d'Habitat Service implique que les personnes, en attente d'un logement transitionnel, soient « prêtes » dès qu'un logement se libère.

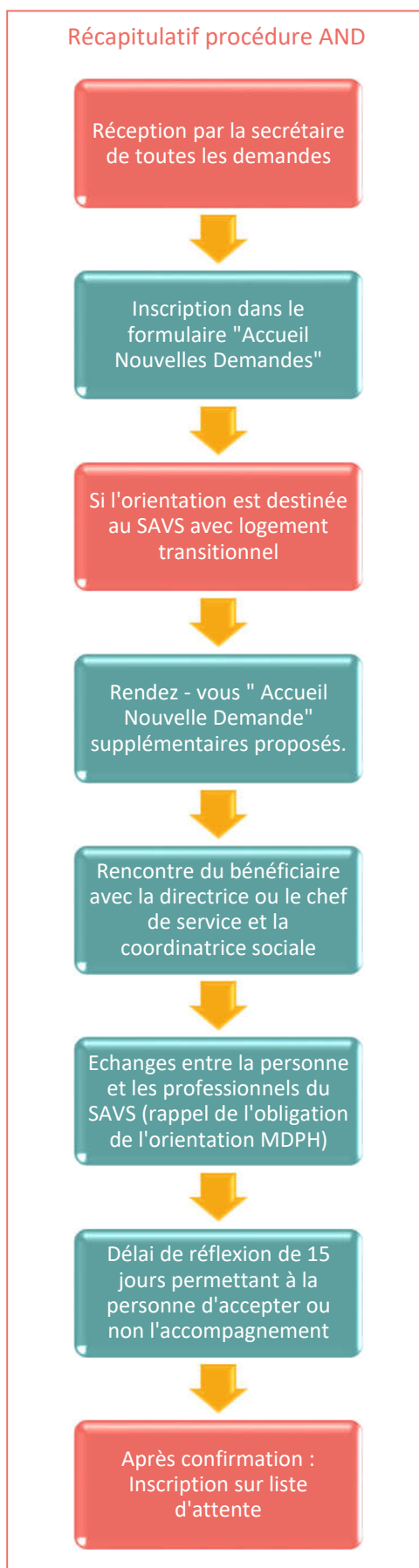
⁴² Ils sont détaillés dans le Projet de Soins

1.4.5 UNE PREMIERE EVALUATION DES BESOINS

Une rencontre est organisée dans les locaux du SESVAD, réunissant la directrice et/ou la chef de service social, la coordinatrice sociale sur le Secteur Sud-ouest et un accompagnant social. La personne en situation de handicap peut venir accompagnée ou non d'un tiers (famille, intervenant social...).

Elle se présente et fait part de ses difficultés et de ses attentes vis-à-vis du SAVS. Un échange s'établit entre la personne et les professionnels du SAVS pour avoir une vision globale et détaillée de la situation, pathologie, ouverture de droits en cours, situation au domicile, difficultés rencontrées dans le quotidien (logement, budget...). Les professionnels expliquent ensuite le fonctionnement du SAVS et l'accompagnement qu'ils peuvent proposer (composition de l'équipe, mission du SAVS, organisation de l'accompagnement ...).

Il est rappelé l'obligation d'avoir une orientation de la MDPH pour pouvoir intégrer le service. L'échange qui suit permet



d'affiner les demandes de la personne et d'évaluer si le service peut effectivement répondre à celles-ci.

Si pendant l'entretien, les professionnels évaluent que le service ne correspond pas à l'accompagnement demandé ou nécessaire, d'autres orientations sont proposées à la personne. Elle peut alors repartir avec des coordonnées de services plus adaptés.

Du fait des délais d'attente pour entrer au SAVS, des informations peuvent être transmises sur les partenaires ou les démarches à réaliser pour que la personne puisse trouver quelques réponses ou soutiens dans l'attente d'une entrée au SAVS.

Si l'entretien permet de confirmer le bien fondé d'un accompagnement SAVS, un délai de réflexion de 15 jours est accordé à la personne pour lui permettre d'accepter ou non l'accompagnement proposé par le service. Après sa confirmation, elle est inscrite sur la liste d'attente.

Lorsque la personne pourrait bénéficier de nos services mais que sa situation administrative et financière doit pour ce faire être clarifiée, un document récapitulatif des démarches à effectuer avant son arrivée

lui est remis. Le SAVS reste à sa disposition pour toutes informations et soutien dans les démarches liées à l'admission. Des contacts réguliers sont effectués afin de vérifier si la demande est toujours maintenue et le cas échéant, préparer le début de l'accompagnement dès qu'une place s'annonce.

1.4.6 UN TRAVAIL DE PREPARATION SOUTENU AU FIL DES MOIS

L'admission d'une nouvelle personne au sein de notre dispositif nécessite de nombreuses démarches en amont de l'accueil et un travail étroit avec les partenaires, **en particulier pour l'entrée en logement transitionnel**. En effet, l'expérience de la vie à domicile pour des personnes ayant toujours vécu en établissement, ou un retour à domicile pour des personnes sortant d'une longue hospitalisation, sont des projets qui requièrent une bonne connaissance des contraintes du domicile, une évaluation précise des besoins de la personne au regard de ces contraintes et de sa situation, une anticipation dans les démarches liées à cette évaluation, et beaucoup de réactivité et d'énergie pour que tout soit opérationnel lors de l'entrée dans le logement. Aussi, entre la rencontre en Accueil Nouvelle Demande et l'entrée effective dans le dispositif, un travail soutenu est réalisé par l'équipe en lien avec la personne et les professionnels extérieurs concernés par le projet, afin de penser et d'anticiper au mieux les besoins à domicile et de veiller à ce que les aides nécessaires soient effectives à l'arrivée au domicile.

Ainsi, suite à la première rencontre Accueil Nouvelle Demande, plusieurs autres rencontres entre équipes et avec la personne en attente d'accompagnement par nos services sont nécessaires afin de préciser plus finement ses besoins, les démarches à réaliser,

et pouvant, le cas échéant, nécessiter un réajustement au regard de l'évolution de la situation de la personne. De nombreux contacts par téléphone, mails et/ou courriers entre professionnels permettent également de suivre l'avancée du projet et de relancer les partenaires en continuant à les sensibiliser sur la nécessité que toutes les démarches prévues soient finalisées lors de l'entrée dans le dispositif.

De par notre expertise sur l'accompagnement médico-social à domicile de personnes en situation de handicap moteur et/ou cérébro-lésées, nous sommes à même de sensibiliser les personnes en attente et les partenaires sur les conditions du domicile et surtout sur l'importance d'anticiper les besoins au quotidien, afin de bénéficier des aides nécessaires pour assurer la sécurité de la personne à domicile et ce, dès son arrivée à l'Habitat Service.

1.4.7 LES DELAIS D'ATTENTE

Avec l'augmentation du nombre d'appartements transitionnels, **le manque de places surtout au SAVS devient prégnant**. En effet, les personnes qui quittent un appartement transitionnel pour un logement durable, ont pour la plupart du temps encore besoin d'accompagnement par le SAVS. Au moment de leur départ en appartement durable, un autre usager vient alors occuper le logement transitionnel libéré et à ce moment-là, deux places SAVS sont nécessaires. Cet état de fait a augmenté considérablement le temps d'attente, pour une personne qui vit déjà dans un logement durable, pour être accompagnée par le SAVS. Il se situe actuellement **entre 18 mois et deux ans**, ce qui apparaît long pour la personne demandeuse et pour les partenaires qui nous sollicitent. Par ailleurs, les demandes d'entrée en logement transitionnel sont nombreuses et le délai d'attente, difficile à

prévoir, se situe quand même **entre 6 et 12 mois selon les périodes**. Ce délai tend à augmenter du fait de la rareté des propositions de logements adaptés.

Quand la recherche de logement d'une personne de l'Habitat Service débouche, si le logement lui convient, elle doit l'accepter rapidement et par ricochet une place se libère. Cela renforce la nécessité que les personnes en attente d'un logement transitionnel soient préparées bien en amont de leur admission. L'équipe se doit également d'avoir une réactivité et une adaptation constante au gré des entrées et sorties.

Afin de pouvoir répondre le mieux possible aux attentes des personnes en attente de SAVS, un travail de concertation s'est mis en place entre les chefs de service des différents SAVS s'adressant au même type de public (Fondation Richard et Odynéo). **Ainsi, la gestion des listes d'attente de chacun est plus représentative de la réalité et tient compte, au mieux, de l'urgence des situations.**

1.4.8 L'ADMISSION ET LE DEBUT D'ACCOMPAGNEMENT

Le début d'accompagnement d'une nouvelle personne par le SAVS est **formalisé par un rendez-vous de début d'accompagnement**, dont la date sera considérée comme la date officielle de l'entrée dans le service. Cette rencontre a lieu généralement dans les locaux du SESVAD. Elle se déroule toujours en présence de la personne, l'accompagnant social qui sera référent et la chef de service ou la coordinatrice sociale sur le secteur Sud-ouest.

L'objectif du rendez-vous de début d'accompagnement est **d'officialiser l'entrée de la personne dans le service**. Il a pour but de présenter à nouveau le cadre d'intervention, ainsi que le rôle des différents professionnels qui vont intervenir durant toute la durée de l'accompagnement.

La psychologue se présente auprès des nouvelles personnes lors d'une rencontre ultérieure en présence de l'accompagnant social, soit à son bureau, soit au domicile de la personne.

La rencontre avec l'ergothérapeute n'est pas non plus proposée de façon systématique. Elle se fait plus à l'initiative de l'accompagnant social référent, à la demande de la personne ou à la suite d'une réunion d'équipe au cours de laquelle l'évocation de la situation de la personne pointe un besoin.

Lors de cette rencontre, la personne reçoit un classeur bleu dans lequel se trouvent divers documents nécessaires à son accompagnement :



Ces premiers documents sont présentés brièvement à la personne lors de ce rendez-vous, puis repris plus en détails par l'accompagnant social lors des rencontres suivantes.

- **La plaquette du service.**
- **Le formulaire de demande de consultation du dossier**, que la personne pourra remplir et transmettre au service si elle souhaite faire cette démarche.

- **Le contrat d'accompagnement**, lu avec la personne et les professionnels présents. Ce document, cosigné par la personne et la directrice du SESVAD, engage les deux parties (service et personne accompagnée) et formalise le cadre d'intervention. Un exemplaire est remis à la personne, après avoir été scanné et classé dans le Dossier Unique de la personne.
- **La plaquette de la personne de confiance** est présentée durant ce rendez-vous. En effet, la personne accompagnée est invitée à désigner sa personne de confiance assez rapidement, étant sensibilisée sur son utilité, par son accompagnant social. Elle pourra faire le choix de ne pas désigner de personne de confiance, mais devra tout de même remplir le document pour informer de ce choix. Une fois complété, le document sera placé dans son dossier.
- **Une fiche avec les numéros utiles** qui reste dans le classeur bleu, peut selon les besoins être affichée chez la personne. Sur cette fiche est inscrit le numéro de l'astreinte qui peut être appelée en dehors des heures d'ouverture du standard, jour et nuit week-end et jours fériés inclus.
- **Le questionnaire d'auto-évaluation**⁴³ : Pointer soi-même ses déficiences ou incapacités reste un exercice complexe et parfois insurmontable. Pourtant, ce questionnaire est un outil intéressant, à utiliser au cours de l'accompagnement, pour que les projets et attentes de la personne

soient en adéquation avec sa réalité. Pour favoriser l'appropriation de ce document par la personne accompagnée, il lui est remis, lors de l'entretien d'admission avec une présentation de son objectif par la chef de service ou la coordinatrice sociale sur le Secteur Sud-ouest. Il est alors demandé à la personne de le remplir, avec une personne de son choix, avant le premier entretien d'accompagnement individuel avec son référent social.

- **Les feuilles « passages intervenants » SAVS** : elles ont pour objectif de tracer les rendez-vous des professionnels et leur contenu au domicile des personnes. A ce jour, le logiciel utilisé au sein des services sociaux du SESVAD permet de suivre l'activité du salarié (agenda) ainsi que l'avancement des démarches réalisées avec la personne (observations). C'est en partie grâce à ces informations que nous pouvons faire des requêtes et extraire des statistiques pour le Rapport d'Activité. Dans le projet de passer au Dossier informatisé Unique de la personne, qu'elle peut consulter si elle le désire, la tendance est à tenter de rassembler un maximum d'informations dans le logiciel « *Easy suite* ». Cependant, pour certaines personnes, avoir la trace des passages à domicile de l'équipe du SAVS est important et rassurant. C'est pourquoi nous maintenons l'utilisation de ces feuilles de « passages intervenants » que les personnes pourront garder à la fin de leur accompagnement.

⁴³Sur le commun K : 2-SAVS, 2-1 Procédures SAVS, 2-1-1 Documents début d'accompagnement, questionnaire auto-évaluation.

1.4.9 L'EXPRESSION ET L'IDENTIFICATION DES BESOINS, SOUHAITS ET CAPACITES DE LA PERSONNE ACCOMPAGNEE.

Au SESVAD, la personne accompagnée est au centre de son projet de vie, c'est pourquoi la priorité est donnée au fait qu'elle exprime elle-même ses besoins, ses souhaits. Après une écoute attentive, le regard des professionnels permet de la guider et de l'aider à préciser, voire identifier ce dont elle a besoin et quelles sont ses capacités (notions d'indépendance et d'autonomie).



La volonté des professionnels du SESVAD est de cerner ce qui est indispensable à la personne afin de répondre au mieux à ses besoins mais également d'accorder une attention particulière à ses souhaits. La situation singulière de la personne est alors étudiée et une réponse est préparée en équipe, au cas par cas et avec la personne, en tenant compte également des contraintes du service, de ses capacités et de son environnement.

Au SESVAD, une personne dépendante correspond majoritairement à une personne ayant besoin d'aide dans les actes de la vie quotidienne. Toutefois, il existe plusieurs autres notions de dépendance notamment affective et addictive.

L'autonomie se définit littéralement conformément à sa racine grecque comme « la loi qu'on se donne à soi-même. », se gouverner par soi-même. C'est le droit et la capacité qu'un individu a de mener sa vie comme il l'entend.

Le SAVS accueille des personnes ayant les capacités d'exprimer leurs souhaits pour travailler sur un projet d'autonomie. Cependant, avec le public « cérébro-lésé » les personnes



PROJET DE SERVICES DU SESVAD APF FRANCE HANDICAP
SAVS, HABITAT SERVICE, SAMSAH,
SSIAD, GIN, FENOTTES

n'ont pas toujours ces capacités. Le SAVS les accompagne alors pour développer au maximum leurs potentialités et travaille, le cas échéant, l'orientation vers un service plus adapté.

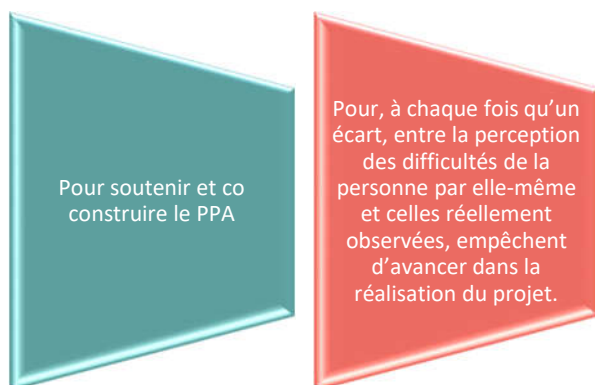
Au SAVS, **durant les quatre premiers mois, l'équipe pluridisciplinaire va évaluer les capacités, les besoins de compensation et le degré d'autonomie** de la personne en vue d'élaborer avec elle son Projet Personnalisé d'Accompagnement. Le travail en équipe pluridisciplinaire et la régularité des bilans annuels permettent d'ajuster, au plus près des besoins des personnes, leur accompagnement.

1.4.9.1 L'EVALUATION SOCIALE AU SAVS et HABITAT SERVICE

L'accompagnant social référent va créer petit à petit une relation de confiance en réalisant plusieurs entretiens à domicile et/ou au service et/ou lors d'accompagnements à l'extérieur avec la personne. Ainsi il va recueillir des informations sur sa situation de handicap : sa pathologie, ses déficiences, sa situation personnelle (réseau familial, social...), son environnement quotidien et ses activités. L'accompagnant social référent pourra contacter, avec l'autorisation de la personne, des partenaires connaissant sa situation pour mieux cerner la demande, connaître son parcours et avoir une vision globale.

Des mises en situation par une confrontation à la réalité sont également organisées pour connaître ses capacités et ses besoins en termes de compensation. Le professionnel peut alors observer la façon dont la personne réagit et s'adapte aux différentes situations de vie. Le suivi administratif et budgétaire démarré avec la personne permet de mettre en lumière certains de ses besoins en termes d'accompagnement.

Aussi, le professionnel comme la personne peuvent recourir à la grille d'autoévaluation proposée en début d'accompagnement :



1.4.9.2 L'EVALUATION PSYCHOLOGIQUE AU SAVS et HABITAT SERVICE

La psychologue rencontre systématiquement toutes les personnes accompagnées, une première fois, afin de se présenter que cela soit au domicile, au service, en présence ou non de l'accompagnant social référent. La personne fait alors part, lors de cette rencontre, de son souhait ou non de bénéficier d'un suivi psychologique. En cas d'absence de besoin ou de refus de suivi, la psychologue se met à la disposition de la personne accompagnée, qui peut la contacter ultérieurement pendant l'accompagnement si elle en éprouve le besoin.

Elle propose principalement un accompagnement de type « soutien psychologique ». Il se met en place à la demande de la personne accompagnée. La fréquence des entretiens et les objectifs des rendez-vous sont définis avec elle.

Il peut aussi s'agir de rendez-vous ponctuels, à un moment donné de l'accompagnement, en cas de difficulté passagère. La psychologue demande que le suivi se déroule au service dans la mesure où la personne accompagnée en a la possibilité. Lorsque sa situation ne lui

permet pas de se déplacer, la psychologue se rend à son domicile pour les entretiens. Avec son accord, elle travaille en partenariat avec les professionnels extérieurs au service et impliqués dans le suivi, lorsque cela est pertinent. Il s'agit plus d'un accompagnement de la personne accompagnée dans l'analyse de ses besoins, ses attentes, que d'une évaluation.

La psychologue peut aussi intervenir auprès des aidants familiaux de la personne accompagnée, le cadre de ces interventions étant à définir au cas par cas.

Elle peut également proposer un relai vers un professionnel ou une structure de suivi extérieurs au service.

1.4.9.3 L'EVALUATION ERGO THERAPEUTIQUE AU SAVS et HABITAT SERVICE

Au SAVS, il n'y a pas d'évaluation systématique réalisée par l'ergothérapeute, à l'arrivée de la personne accompagnée. L'ergothérapeute intervient au cas par cas, sollicité par l'accompagnant social qui a repéré un besoin ou à la demande de la personne.

Pour une entrée à l'Habitat Service, l'ergothérapeute participe à la réunion de pré-admission afin de prévoir les compensations nécessaires dès le jour de l'accueil et assurer ainsi un séjour sécurisé et confortable à la personne.

Pour les stagiaires (séjour de moins de 3 mois), il est nécessaire de faire à chaque stage une évaluation ergo thérapeutique qui fait pleinement partie du bilan de stage.

Par ses connaissances des pathologies et son analyse de l'environnement et des activités de la personne, l'ergothérapeute fait le lien entre les déficiences des personnes accompagnées et leurs répercussions dans la vie quotidienne. Ses missions sont exclusivement à visée réadaptative auprès des personnes

accompagnées par le service, en vue d'améliorer leur indépendance et leur sécurité au sein de leurs activités.

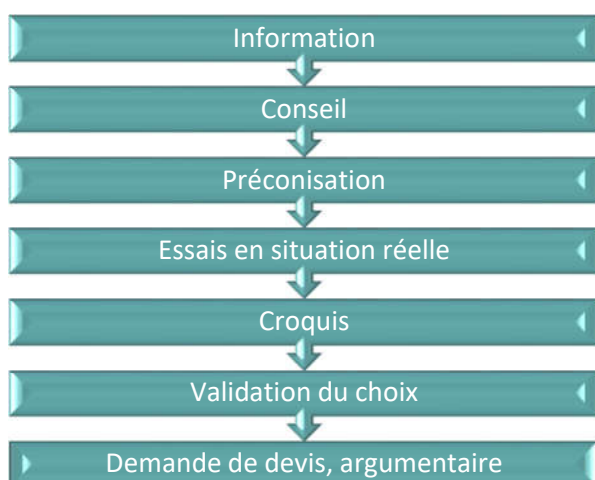
L'ergothérapeute intervient toujours en complémentarité avec l'accompagnant social qui est référent de la personne. Cela nécessite une bonne coordination entre les deux professionnels pour être cohérent dans ce qui est proposé à la personne.

L'intervention de l'ergothérapeute commence par une évaluation des déficiences de la personne, une analyse de son environnement et des activités à réaliser pour déterminer sa situation de handicap.

Pour ce faire, des mises en situation « écologiques » sont réalisées, au sein de l'environnement de la personne. L'ergothérapeute se déplace au domicile de l'utilisateur et selon les mises en situation à effectuer, au sein de son environnement plus élargi (quartier, commerces, transports en commun...).

Une fois l'évaluation finalisée, elle définit avec la personne les moyens de compensation à mettre en place : aides humaines, aides techniques, aménagement du logement ou du véhicule, moyens de compensation des troubles cognitifs (agenda, aide à la planification, tableau, utilisation du téléphone portable, d'applications...).

Le choix se fait en plusieurs étapes :



Elle travaille conjointement avec l'accompagnant social pour la mise en œuvre des moyens de compensation : demande des prescriptions médicales, demande de devis, contact auprès des mutuelles, réalisation d'argumentaires adressés aux financeurs, participation, le cas échéant, à la rédaction du PPA etc.

Elle peut être amenée à réaliser quelques adaptations individuelles. Elle agit également auprès de l'entourage pour des actions de conseils, de manipulation des aides techniques préconisées et mises en place auprès de la personne.

1.4.9.4 L'EVALUATION PLURIDISCIPLINAIRE AU SAVS et HABITAT SERVICE

Les différents professionnels font un retour de leurs observations à la personne accompagnée et à l'équipe afin d'étayer les avis et les réflexions, qui permettent d'élaborer avec elle un plan d'action.

Le Projet Personnalisé d'Accompagnement (PPA) définit les objectifs de travail et les actions (aides éducatives, techniques, sociales et en matière de soin...) à mettre en place pour atteindre les objectifs.

Le PPA fait l'objet de réajustements réguliers au cours de l'accompagnement, en fonction de l'évolution de la personne, de sa situation et de ce qu'elle exprime.

Une réunion est prévue au minimum une fois par an (plus si besoin) avec la personne à domicile en présence de l'accompagnant social et de la chef de Service pour faire le bilan sur la mise en œuvre du PPA et le réajuster.

1.4.10 LE PROJET PERSONNALISÉ D'ACCOMPAGNEMENT

Au SAVS et à l'Habitat Service, un document individuel d'accompagnement précisant la mise en œuvre du PPA, constitue **un avenant au contrat initial passé entre la personne et le service**. Ce document définissant le PPA est signé par la personne, la directrice, la chef de service et la coordinatrice sociale sur le Secteur Sud-ouest et l'accompagnant social référent, **dans les 6 mois de l'admission**. Il a valeur de réciprocité puisqu'il engage sur son parcours aussi bien la personne que l'équipe.

Ce temps de signature du PPA permet, alors que des démarches ont déjà pu être initiées pour **répondre à des besoins ponctuels**, de faire une première évaluation de l'accompagnement. Le PPA formalise les différents objectifs de travail fixés avec la personne accompagnée dans le cadre de son accompagnement, définit les actions à mettre en œuvre pour atteindre ces objectifs par les professionnels et la personne, en proposant des échéances et en identifiant les acteurs (personne elle-même, quel professionnel...). Les axes de travail qui peuvent constituer le PPA sont larges et embrassent tous les domaines de la vie à domicile.

Voici ci-dessous **les principaux champs d'intervention des professionnels** qui reflètent les problématiques principales rencontrées par les personnes accompagnées dans la mise en œuvre de leur projet :

- Accès aux droits administratifs, à la législation sociale spécifique liés au handicap ;
- Accès aux dispositifs d'aide humaine ;
- Accès aux soins, à une bonne « santé », prendre soin de soi ;
- Accès aux aides techniques (fauteuils roulants, aménagement de véhicule,

sièges de bain, aide à la communication ...) ;

- Aide en matière d'accessibilité et d'aménagement du logement ;
- Aide à la recherche de moyens de financement des solutions de compensations fonctionnelles (aide technique, aide humaine, aménagement de logement) ;
- Aide à la gestion de la vie quotidienne, du budget ;
- Aide en matière de procédures juridiques liées au handicap (indemnisation à la suite d'accident...) ;
- Aide au développement de la vie relationnelle et sociale (lutte contre l'isolement affectif et social, accès au transport, accès aux activités de loisirs, accès aux vacances...) ;
- Soutien pour une vie affective et sexuelle ;
- Maintien ou restauration des liens familiaux ;
- Accès à une écoute spécialisée par un psychologue à visée de soutien ou préparatoire à une prise en charge extérieure ;
- Aide à la recherche de logement ;
- Aide en matière de formation (professionnelle, universitaire et d'insertion professionnelle) ;
- Accompagnement vers l'emploi ordinaire ou adapté ;
- Aide à la recherche d'une solution alternative à la vie à domicile (hébergement en établissement).

Hors de ces domaines, ou plus généralement lorsque le problème posé n'est pas directement lié au handicap, le rôle des professionnels est d'orienter et d'accompagner la personne vers un service compétent, si possible dans le droit commun.

Le PPA est l'outil premier de l'accompagnement, il appartient à la personne accompagnée mais constitue pour chacune des parties, un support du travail d'accompagnement. Signé par la personne et les différents professionnels du service, il contractualise l'accompagnement et engage ainsi les différents acteurs dans une collaboration, un partenariat autour d'objectifs communs.

L'ensemble des objectifs et des actions menées avec et pour les personnes constituent le Projet Personnalisé d'Accompagnement, outil au cœur de l'accompagnement. Les objectifs à atteindre, les actions définies pour y parvenir, le type et la fréquence des interventions des différents professionnels internes ou extérieurs au dispositif sont précisément consignés. Bien sûr les PPA avec les actions définies peuvent être réajustés au regard de l'évolution de la situation de la personne accompagnée, mais ils constituent bien au départ une « feuille de route » commune professionnels/équipe/personne, qui fixe un cadre d'intervention formalisé et contractualisé permettant à chacun d'identifier son rôle.

1.4.11 LA COORDINATION ET LE SUIVI DES ACTIONS

La coordination au service de l'accompagnement des personnes en

situation de handicap vivant à domicile constitue le cœur de métier du SESVAD.

Du fait de la complexité des situations et de la multitude d'acteurs intervenant dans le cadre du projet de vie de ces personnes, le suivi des actions co-définies avec la personne dans le cadre de son Projet Personnalisé d'Accompagnement, et leur coordination autour de ce projet constituent un enjeu majeur dans l'activité au quotidien. Le SESVAD a donc défini des outils, des procédures et des espaces dédiés à cette coordination et au service de l'accompagnement.

Les PPA sont obligatoirement révisés tous les ans (plus souvent si la situation le nécessite) lors d'une réunion à domicile avec la personne accompagnée, l'accompagnant référent, le chef de service. D'autres intervenants (tuteur, curateur, famille...) peuvent assister à cette synthèse, qui est préparée en amont par l'accompagnant social avec la personne, puis en interne en réunion d'équipe avec les professionnels concernés par le projet. Cette synthèse donne lieu à un document écrit signé par la personne et les professionnels dont la direction.

Le PPA est donc bien central dans l'accompagnement en permettant une coordination interne et externe, avec la personne accompagnée et entre professionnels, nécessaire à sa réalisation.

D'autres outils ou procédures, utilisés avec la personne et au service de cette coordination et du suivi des actions mises en œuvre auprès de lui, peuvent être identifiés :

- **Les contrats** : le contrat d'accompagnement SAVS, le contrat de sous-location Habitat Service. Ils formalisent le cadre et les engagements mutuels personne accompagnée /SESVAD.
- **Les règlements de fonctionnement SAVS et Habitat Service** : signés par la

direction, qui expliquent et précisent le cadre d'intervention des services et ses limites.

- **Le classeur bleu** : remis à la personne au début de son accompagnement SAVS qui rassemble l'ensemble des documents liés à son accompagnement (contrat, PPA, règlement, chartes...).
- **Le bilan de fin d'accompagnement** : rédigé par l'accompagnant social et transmis à la personne et à la MDPH à chaque fin d'accompagnement. Il reprend les grands objectifs travaillés dans le cadre de l'accompagnement et les actions mises en œuvre.
- **La synthèse post-fin d'accompagnement** : à l'issue des 6 mois qui suivent la fin d'accompagnement par le SESVAD, une synthèse dans les locaux ou à domicile avec l'accompagnant social référent et le chef de service permet d'évaluer en aval, la mise en œuvre des actions dans le cadre de l'accompagnement et surtout leur pérennité.
- **La permanence d'accueil** : au cours de l'accompagnement, les personnes accompagnées par le service peuvent contacter un professionnel du SAVS pour avoir une information ponctuelle ou transmettre des éléments susceptibles de faire avancer leurs démarches voire d'être rassurées. Cette permanence est vraiment un outil intéressant au service des personnes mais les lieux actuels ne permettent pas de la rendre optimale, du fait de la difficulté de tenir en même temps l'accueil téléphonique dans un lieu d'accueil « ouvert », donc sans discrétion. Plusieurs pistes ont été

envisagées pour favoriser le maintien d'une permanence d'accueil par les intervenants sociaux mais en diminuant leur temps d'accueil au standard. A partir de janvier 2019, ces permanences seront élargies à davantage de professionnels du SESVAD en attendant plus de moyens financiers, pour améliorer ce service offert aux personnes accompagnées.

1.4.11.1 LA REUNION D'EQUIPE SAVS et HABITAT SERVICE

Ces réunions hebdomadaires regroupent les différents professionnels intervenant auprès des personnes



accompagnées : chef de service social, psychologue, accompagnants sociaux, ergothérapeute ainsi que la directrice selon les besoins. Elles permettent de faire le point sur les accompagnements, de préparer les PPA, de définir des stratégies d'action communes autour des situations complexes, et de préparer l'arrivée ou la fin d'accompagnement d'une personne.

Elles représentent **un outil majeur en termes de coordination** au sein du dispositif car elles permettent de définir les actions des uns et des autres autour des projets d'accompagnement, d'ajuster les interventions de chacun en clarifiant les rôles pour une meilleure coordination. Suite à une Co évaluation avec la personne, des objectifs de travail sont définis avec elle et constituent son PPA. Ces réunions d'équipe permettent notamment de veiller à la mise en place de ces objectifs.

1.4.11.2 LA COMMUNICATION INTERNE AUTOUR DES ACCOMPAGNEMENTS

La **communication interne** occupe une place essentielle au sein du dispositif. Elle est au service d'une meilleure coordination pluridisciplinaire permettant la bonne mise en œuvre des PPA. De nombreux outils ont été créés au fil des années pour rendre cette communication-là plus efficiente possible. Le développement de l'outil informatique a largement contribué à cet objectif, en réduisant de manière significative les documents « papiers » et en permettant un passage de l'information en temps réel et ainsi une continuité dans le service rendu.

Parmi les outils utilisés, on distingue :

- Les mails ;
- Le « commun » sur le réseau informatique avec des données par service, communes à leurs salariés et protégées par l'administrateur réseau qui en lien avec la direction établit les droits d'accès aux dossiers ;
- Depuis 2017, le développement de l'utilisation du logiciel « Easy Suite » par les intervenants sociaux, ergothérapeutes et psychologue permet d'avoir dans le dossier de la personne les éléments de son suivi. Cela facilite, entre autres, pour les professionnels du SAVS, les relais, en cas d'absence de l'un d'entre eux, sur les accompagnements ;
- Le « relais vacances » avec une fiche par personne, rédigée par les accompagnants sociaux du Secteur

Sud-ouest, avant leur départ en vacances et transmis aux accompagnants sociaux remplaçants pour la durée de l'absence du référent.

Sur le secteur Est, seules les situations complexes font l'objet d'une transmission spécifique d'information à la chef de service et les éléments essentiels sont échangés en réunion d'équipe et consignés dans le dossier de la personne sous Easy suite.

- Tableaux informatiques d'astreinte SAVS avec les informations essentielles concernant chaque personne, tenus à jour par l'ensemble des professionnels concernés.

Une réflexion est en cours pour modifier et dématérialiser au maximum le Dossier Unique de la personne accompagnée.
(Fiche action)



1.4.12 LA FIN D'ACCOMPAGNEMENT ET LE PASSAGE DE RELAIS

Une procédure a été réalisée pour **formaliser et unifier les fins d'accompagnement** et la fin de la période des six mois post accompagnement dont le but est de donner la possibilité à la personne comme à des professionnels en relais de contacter le SAVS si besoin.

1/ Le Rendez-vous de fin d'accompagnement

<p>Où ?</p> <p>Au service ou à domicile</p>	<p>Quoi ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Formaliser l'arrêt de l'accompagnement de la personne par le SESVAD APF France handicap - Faire le bilan de l'accompagnement : progrès réalisés, difficultés rencontrées, démarches réalisées, avenir... - Parler de « l'après accompagnement » : relais, période des 6 mois ...
<p>Quand ?</p> <p>En fin de notification ou lors d'un arrêt convenu communément</p>	
<p>Qui ?</p> <ul style="list-style-type: none"> . La personne accompagnée . L'accompagnant social . Le chef de service ou coordinatrice sociale . IDEC pour le SAMSAH . Curateur ou tuteur le cas échéant 	<p>Quelles démarches pendant le RDV ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Remplir et remettre le formulaire de fin d'accompagnement F06, en double exemplaire (1 pour le service, à scanner dans le DUU et 1 pour la personne) - Co-construire le bilan de fin de son accompagnement - Lui laisser le classeur bleu qui rassemble les temps forts de son accompagnement et vérifier que la fiche relais est actualisée <p>Quelles démarches à l'issue du RDV ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Finaliser l'écrit du bilan dans le mois - Le faire signer par la Direction - L'envoyer à la Maison De la Métropole dont dépend la personne - L'envoyer à la personne - L'archiver dans le DUU - Griser la ligne de la personne sur le tableau d'astreinte

2/ La période des 6 mois

<p>Où ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Par téléphone - Au SESVAD - A domicile, à de rares exceptions si validées en équipe 	<p>Quoi ?</p> <p>La personne peut solliciter le SESVAD, de 09h00 à 12h30, puis de 13h30 à 17h00, du lundi au vendredi. Elle sera accueillie par le professionnel de permanence. En fonction de sa demande, elle sera conseillée ou réorientée vers les relais extérieurs.</p>
--	--

<p>Quand ?</p> <p>Sur sollicitation de la personne</p>	<p>Quelles démarches ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pré-trier le dossier par l'accompagnant social - Conserver les documents pré-triés pour le RDV de fin de 6 mois pour la personne ou pour destruction 	
<p>Qui ?</p> <p>. La personne accompagnée</p> <p>. L'accompagnant social</p>	<p>Archivage au SESVAD</p>	
	<p><u>Dossier administratif</u></p>	<p><i>Pochette identité</i> : copies de la carte d'identité, carte d'invalidité, extrait d'acte de naissance...</p> <p><i>Pochette MDPH</i> : copies des notifications MDPH</p> <p><i>Pochette Mesure de protection</i> : jugement de protection</p> <p><i>Pochette CAF</i> : copie des documents N-1</p> <p><i>Pochette Sécurité Sociale</i> : copie de l'attestation de droits</p> <p><i>Pochette Impôts</i> : copie du dernier avis d'imposition</p> <p><i>Pochette Budget</i> : tout rendre</p> <p><i>Pochette Loisirs</i> : tout rendre</p> <p><i>Pochette Partenaires</i> : copies des synthèses des partenaires</p> <p><i>Pochette Choix de l'utilisateur</i> : tout conserver</p>
	<p><u>Dossier métier</u></p>	<p>Fiches « suivi professionnel » (pré Easy Suite)</p>
	<p><u>Dossier logement</u></p>	<p>Copie de l'enregistrement de la demande de logement, les accusés de réception et le cas échéant, les documents concernant les logements transitionnels</p>
	<p><u>Dossier PPA</u></p>	<p>Tout conserver</p>
<p>Pour le SAMSAH, récupérer les documents médicaux et liés aux soins qui sont propres au service et qui témoignent de l'accompagnement effectué.</p>		

3/ Le Rendez-vous de fin des 6 mois

<p>Où ?</p> <p>Au service ou à domicile</p>	<p>Quoi ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Faire un point avec la personne sur sa situation depuis l'arrêt de son accompagnement et lui fournir à nouveau quelques recommandations pour la suite
<p>Quand ?</p>	

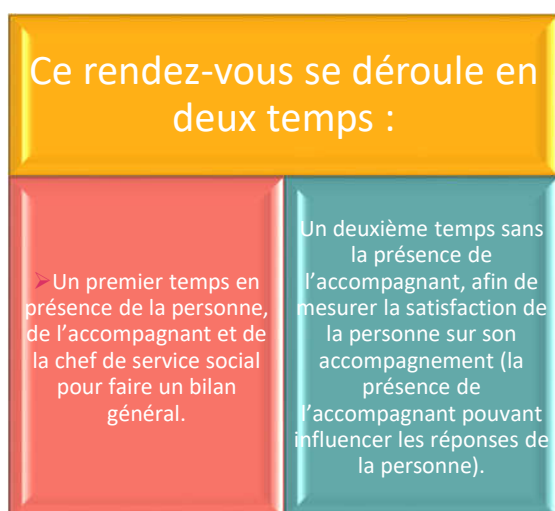
<p>1/ relance par l'accompagnant social 2 semaines avant</p> <p>2/ RDV à la date prévue ensemble</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluation de l'impact de l'accompagnement dans le temps. - Finaliser le tri (cf méthodologie dans l'étape 2) et l'archivage du dossier dans la pochette blanche / rendre à la personne ou détruire les autres documents - Si la personne est absente à ce RDV : coordinatrice ou chef de service envoie un courrier précisant l'arrêt définitif de notre veille et l'archivage du dossier / classer un double du courrier dans le dossier
--	--

Ce qui est spécifique au SESVAD c'est que la fin d'accompagnement est suivie d'une période de 6 mois pendant laquelle le SAVS peut être contacté par la personne ou des services partenaires ayant pris le relais.

A la fin de cette période de 6 mois, le SAVS propose un rendez-vous qui permet une évaluation de la satisfaction de la qualité du service rendu durant tout l'accompagnement, via un entretien de satisfaction avec la personne.

Cette rencontre permet également de faire un point avec la personne sur sa situation depuis l'arrêt de son accompagnement et de lui fournir à nouveau quelques recommandations pour la suite.

Ce rendez-vous se déroule en deux temps :



Au SAVS et à L'HABITAT SERVICE, tout au long de l'accompagnement, la personne et/ou le service peuvent décider de mettre fin à l'accompagnement pour différentes raisons :

- L'accompagnement s'arrête lorsque les objectifs de la personne accompagnée ont été atteints et qu'il n'y a pas d'autres demandes nécessitant de poursuivre l'accompagnement.
- Le suivi ne peut plus être assuré en raison du déménagement de la personne hors du secteur géographique d'intervention du SAVS.
- Le service n'est plus adapté parce qu'il n'est plus en mesure de répondre aux besoins et aux attentes de la personne, compte-tenu de ses souhaits et des contraintes et limites des services.

La fin d'accompagnement par le SAVS et l'Habitat Service se réfléchit, se discute et se décide avec la personne accompagnée et l'équipe. La date de fin est proposée à la personne lors du PPA ou d'une rencontre initiée par la chef de service et l'accompagnant social, en prenant en compte les objectifs atteints ou non et les besoins et souhaits de la personne.

1.4.13 LE COUT DU SAVS ET DE L'HABITAT SERVICE

Au SAVS ou à l'Habitat Service aucune participation financière n'est demandée aux personnes pour leur accompagnement. Ces services sont tarifés par la Métropole de Lyon sous la forme d'un prix de journée versé mensuellement par douzième.

Un CPOM APF France handicap avec la Métropole de Lyon associant les Foyers de l'Étincelle sera renouvelé pour 2019-2021.

Concernant l'Habitat Service, la personne accompagnée qui est logée dans un appartement transitionnel doit régler chaque mois le montant du loyer de son logement qui varie suivant le gestionnaire (APF France handicap, SOLIHA, ...) et il peut bénéficier, selon les conditions de la CAF, de l'APL. En logement transitionnel, la personne n'a aucune participation financière pour son accompagnement SAVS ou SAMSAH tarifé.

F I C H E S A C T I O N :

Dossier Unique Informatisé de la personne accompagnée

L'accueil des stagiaires à Habitat Service

FICHE ACTION : Dossier unique de la personne accompagnée :
Vers la numérisation

Acteurs/services du SESVAD concernés
Accompagnants sociaux, coordinatrices chefs de services, aides-soignants : SAVS, Fenottes, SAMSAH, SSIAD, GIN du SESVAD

Contexte
Obligation conformité avec :

- Loi du 2 janvier 2002
- RGPD du 27 avril 2016
- Responsabilité Sociale des Entreprises

 CPOM et nouvelles orientations : favoriser le parcours de la personne au sein du SESVAD

Objectifs
 Tendre vers le dossier unique de la personne accompagnée
 Faciliter la gestion transversale du dossier
 Uniformiser et simplifier le contenu des dossiers
 Garantir une meilleure protection des données
 Limiter l'utilisation du papier
 Limiter les documents à mettre à jour (gagner en temps de démarches administratives)
 Adapter notre organisation aux évolutions technologiques
 Faciliter les prises de relais entre professionnels (pendant absence de l'un d'entre eux)
 Faciliter l'archivage

Finalité : Mise en place d'un Dossier Unique Informatisé partagé par tous les professionnels avec à terme, un logiciel unique.

Actions
 Création d'une fiche repère sur les attendus
 Audit et tests des différents logiciels utilisés.
 Changer les pratiques : scanner au lieu de copier.
 Créer une arborescence du dossier (easy suite et Commun)
 Réviser les documents contractuels en termes d'information sur la protection des données...

Soins :

- Individualiser les accès au logiciel de soins
- Former les équipes à la transmission d'information
- Création d'un dossier par personne accompagnée

Social : Création d'un dossier par personne accompagnée sur le commun avec accès limités à certains professionnels
 Vidier les sessions de chaque professionnel.

FICHE ACTION : ACCUEIL DU STAGIAIRE à L'HABITAT SERVICE OCTOBRE 2018

Acteurs/services du SESVAD concernés
Les Professionnels
SAVS Villeurbanne, SAMSAH/HABITAT SERVICE

Contexte :
A partir des constats réalisés :

- Lors du déroulement de stages,
- Du fait des durées moyennes demandées et possibles (aspects financiers pour la personne ou les structures (entre 4 et 6 semaines) :

Besoin de penser un accueil et un projet d'accompagnement adaptés.

Objectifs :
 Proposer une évaluation pertinente dans le parcours des personnes accompagnées

- Pour elles-mêmes lors de leur stage
- En termes d'impact
- Sur leur projet personnalisé d'accompagnement
- Pour l'ESMS orientant vers notre dispositif.

- Optimiser la durée du stage pour la personne
- Faciliter, par la formalisation de la démarche, la préparation du stage et l'accompagnement du stagiaire
- Elaborer un document unique traçant le stage : données personnelles, évaluation et bilan.

Et ce, à destination de la personne, des professionnels.

Actions

- Revoir nos documents (Contrat d'accompagnement, bail de sous-location...) pour les rendre spécifiques à ce dispositif d'accueil temporaire.
- Formaliser les modalités de demande de stage dans un mode opératoire
- Conventionner ou actualiser les conventions signées avec les ESMS demandeurs.
- Créer un questionnaire d'évaluation propre aux stagiaires en logements transitionnels
- Améliorer les conditions matérielles d'accueil du stagiaire

3. LE SSIAD

Jusqu'à son ouverture en 2013, le SSIAD Secteur Est était très attendu au sein du SESVAD pour réaliser le relai de certaines personnes accompagnées par le SAMSAH qui n'avaient plus besoin d'accompagnement social, mais le besoin de conserver un service de soins adapté à leur grande dépendance (temps d'intervention, amplitude horaire...).

Les 2 SSIAD accompagnent également des personnes accompagnées par les SAVS, l'Habitat Service du SESVAD et des personnes n'ayant jamais été accompagnées par un service du SESVAD.

Le premier SSIAD Secteur Est a reçu un avis favorable du CROSMS le 06 novembre 2009 et un arrêté préfectoral le 30 septembre 2010 pour 10 places.

Sur le Secteur Sud-ouest, c'est un arrêté ARS du 18 décembre 2014 pour un Service de Soins Infirmiers à domicile (SSIAD) pour adultes handicapés de 50 places dont 20 places pour le territoire de l'ouest lyonnais-Garde itinérante de nuit- et 30 places SSIAD pour le territoire Sud-ouest de l'agglomération lyonnaise.

Enfin un arrêté ARS du 9 novembre 2018 a porté autorisation d'extension de 11 places du SSIAD du Secteur Est portant sa capacité totale à 21 places.

Aussi depuis septembre 2018 le SESVAD gère :

➤ Le SSIAD Secteur Est
21 places

➤ Le SSIAD Secteur Sud-ouest
30 places.

Le SSIAD s'adresse à des adultes âgés de plus de 18 ans en situation de handicap dépendants de soins vivant à domicile.

La personne doit demander à **son médecin traitant une prescription médicale et le coût du service est pris en charge par l'assurance maladie (pas d'orientation CDAPH).**

L'objectif principal du SSIAD⁴⁴ est de contribuer au maintien à domicile de personnes en situation de handicap, en leur préservant une qualité de vie la meilleure possible, du fait d'une coordination et de la dispensation de soins techniques, de base et relationnels, assurées auprès d'elles.

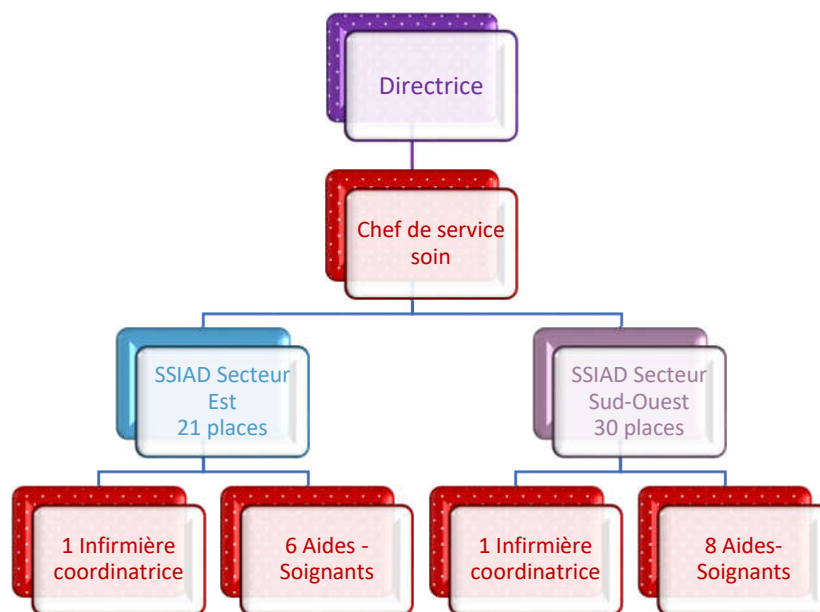
Les prestations de soins sont réalisées **de 7H00 à 21H00.**

La dispensation de soins concerne des soins :

- **Techniques**, qui correspondent aux actes infirmiers cotés en Actes Médico-Infirmiers (AMI), réalisés par un infirmier salarié du service ou un infirmier libéral ayant passé une convention avec le SSIAD.

⁴⁴ Décret n° 2004-613 du 25 Juin 2004 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile, des services d'aide et d'accompagnement à

domicile et des services polyvalents d'aide et de soins à domicile (modifié et complété par le décret 2005-1135 du 7 Septembre 2005).



Organigramme des deux SSIAD

- **De base et relationnels**, qui correspondent aux actes infirmiers cotés en Actes Infirmiers de Soins (AIS), réalisés par un aide-soignant salarié du service : soins d'hygiène et de confort, prévention de la survenue d'escarres, vérification du bien-être de la personne, présence rassurante...

La coordination des activités des salariés du service avec les intervenants libéraux ayant passé convention avec le SSIAD, et les acteurs sanitaires et médico-sociaux du secteur, fait partie des missions du SSIAD.

1.4.14 L'EQUIPE

L'équipe, sous la responsabilité de l'équipe de direction du SESVAD est constituée :

Sur le secteur Est :

- D'une infirmière coordinatrice à 0.50 ETP
- De 6 aides-soignants, deux à 0.8 ETP, quatre à 0,76 ETP.

Sur le secteur Sud-ouest :

- D'une infirmière coordinatrice à 0.50 ETP intervenant aussi sur la GIN à 0,40
- De 8 aides-soignants, un à 0.87 ETP et 7 à 0,7 ETP.

Les aides-soignants travaillent au :



1.4.14.1 L'infirmière coordinatrice

L'infirmière coordinatrice (IDEC) assume, sous l'autorité du chef de service soin, la mise en œuvre et l'organisation des prestations du SSIAD en matière de soins, d'hygiène corporelle, de confort et de bien-être des personnes accompagnées, et ce dans le cadre du Projet de Soins⁴⁵ du SESVAD défini au sein du Projet de Services global.

Elle rencontre les personnes accompagnées et leur entourage, à leur domicile ou dans la structure médico-sociale, pour analyser, organiser et évaluer les attentes et les besoins de chaque personne en termes de soin, d'hygiène et de confort.

Elle participe à l'évaluation des situations, à l'élaboration du Projet Individualisé de Soins, à l'analyse et la résolution des problèmes rencontrés par les personnes accompagnées par le service.

Elle est responsable de la tenue et de la mise à jour du dossier de soins au sein du Dossier Unique de la personne accompagnée, notamment la traçabilité des soins infirmiers dans leur ensemble.

Elle valide (s'assure d'une validation médicale le cas échéant) les fiches techniques, les procédures, les protocoles infirmiers collectifs ou personnalisés, notamment ceux destinés à guider les soins confiés en collaboration aux aides-soignants et s'assure de leur compréhension et de leur bonne exécution par les intéressés.

Elle gère les plannings et les tournées des aides-soignants, de même que les remplacements de leurs congés et absences, ainsi que l'attribution des véhicules de service, pour le secteur Est. Les aides-soignants du secteur Sud-Ouest utilisent leurs véhicules personnels et perçoivent des indemnités kilométriques.

Afin de mettre en commun toutes les informations recueillies lors des tournées et visites au domicile des personnes accompagnées, elle anime des relèves entre soignants :

- Pour les secteur Sud-ouest : lundi et jeudi de 12H à 12H30
- Pour le secteur Est : mardi et jeudi de 12H à 12H30



Elle participe au suivi administratif et financier du service et établit un rapport annuel d'activité soignante, retraçant notamment les modalités de prise en charge des soins et l'évolution de l'état de dépendance des personnes accompagnées.

Elle participe au recrutement des aides-soignants salariés ou intérimaires.

Elle veille à la formation de l'équipe de soins, à l'évaluation des pratiques, à la démarche d'amélioration de la qualité, à l'application des bonnes pratiques de soins.

1.4.14.2 L'aide-soignant

L'aide-soignant travaille sous la responsabilité hiérarchique de l'infirmière

⁴⁵ CF. annexé le Projet de soin 2018 du SESVAD

coordinatrice et est amené à collaborer avec les autres professionnels médico-sociaux, lorsque la personne est accompagnée par plusieurs services.

Il écoute, observe et participe à l'analyse de la situation ; il fait preuve d'une vigilance permanente et signale le cas échéant, aux professionnels des autres services du SESVAD, tout élément permettant un meilleur accompagnement de la personne.

Il assure les soins d'hygiène corporelle, de confort et de bien-être de la personne, dans tous les aspects de sa vie quotidienne, en utilisant le matériel de manutention mis à sa disposition (lève personne, lit électrique.) et en valorisant les capacités d'autonomie et de mobilité de la personne.

Son rôle premier est un rôle d'observation, il constate et transmet à l'ensemble de l'équipe soignante les modifications de l'état physique (degré de mobilité, dépendance), mental (autonomie, comportement, niveau de communication, cohérence du discours, états d'émotivité) et environnemental de la personne soignée.

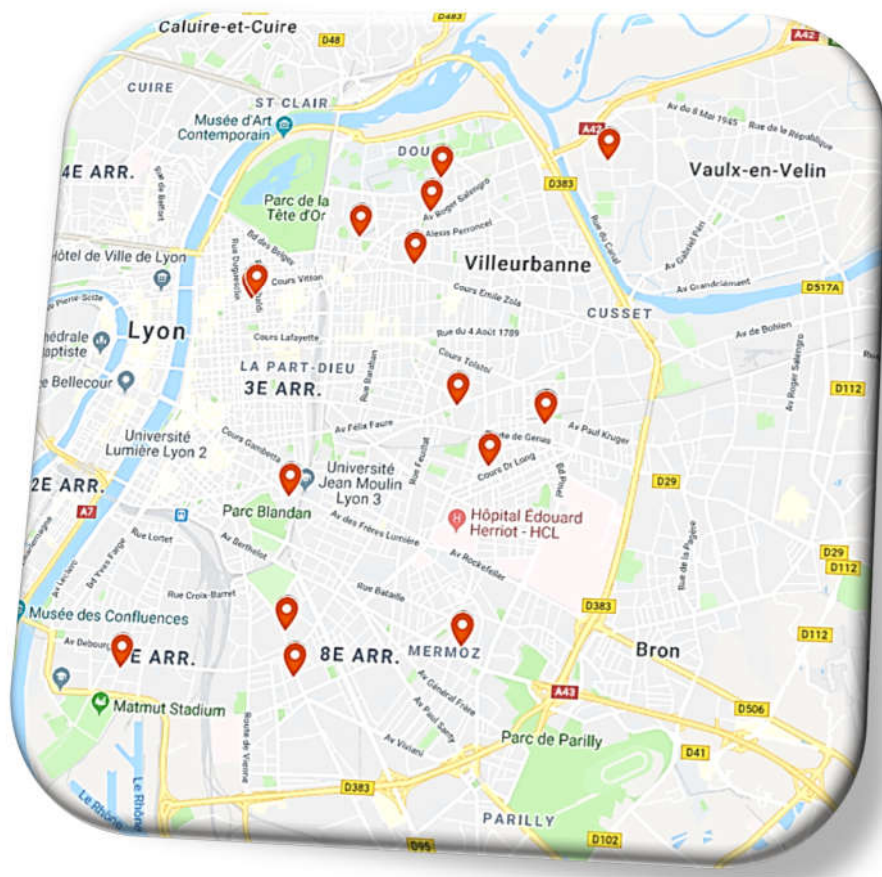
L'aide-soignant a aussi un rôle de prévention des risques liés aux troubles de la mobilité (déshydratation, incontinence, escarres...).

L'aide-soignant peut être amené à accompagner la prise des médicaments.

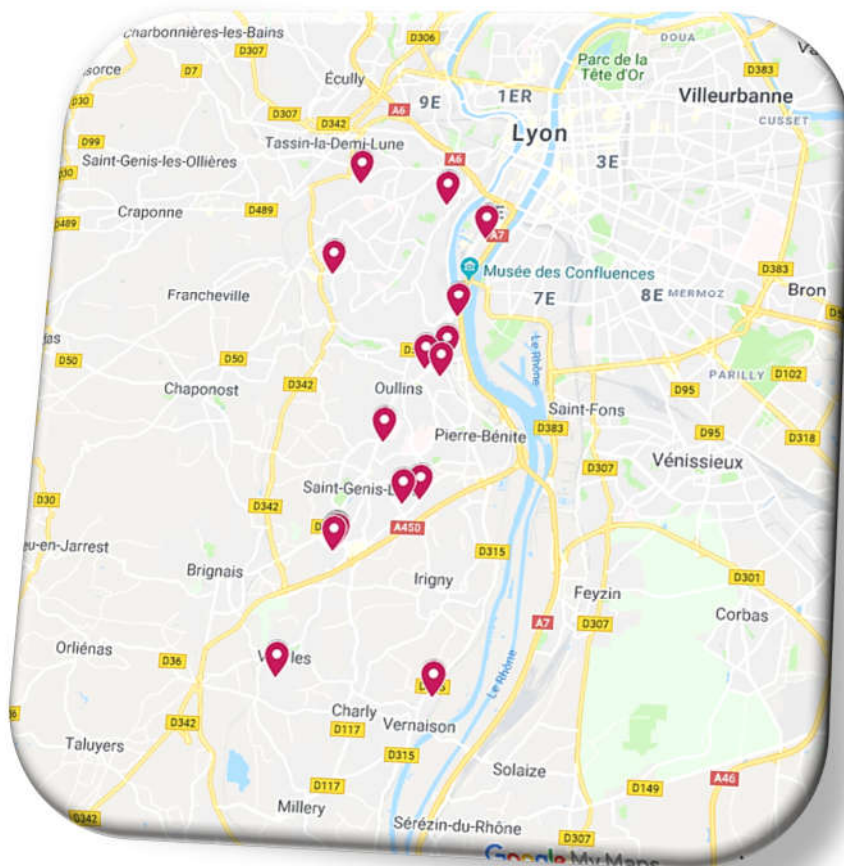
Il rend compte de ses interventions à l'infirmière coordinatrice et lui fait part de ses observations et questions, notamment lors des relèves et dans les transmissions ciblées.

1.4.15 LE SECTEUR GEOGRAPHIQUE

Sur le Secteur Est, le SSIAD intervient sur Villeurbanne, arrondissements lyonnais et communes limitrophes.



Sur le **Secteur Sud-ouest**, le SSIAD intervient sur 1 territoire qui couvre les communes du Sud-ouest lyonnais, Lyon 5 et Lyon 7 dans un secteur délimité par Sainte-Foy les Lyon, Vernaison, Vourles....



1.4.16 LA PROCEDURE D'ACCUEIL NOUVELLE DEMANDE (AND)

L'Accueil Nouvelle Demande (AND) débute par un appel téléphonique de la personne demandeur ou d'une personne de son entourage. La secrétaire complète le formulaire AND avec les informations.

qui la transmet à l'infirmière coordinatrice du secteur. La secrétaire aura au préalable vérifié les critères pour pouvoir entrer au SSIAD (âge, secteur, handicap). L'infirmière coordinatrice rappellera ensuite la personne et/ou le partenaire, pour convenir à son domicile d'une première rencontre d'évaluation.



Elle envoie la demande au chef de service soin

1.4.17 UNE PREMIERE EVALUATION

Si la demande correspond à l'offre, un rendez-vous est fixé par l'infirmière coordinatrice au domicile de la personne. Ce rendez-vous permettra de présenter le service ainsi que le dispositif SESVAD dans son ensemble, d'expliquer le rôle et les missions afin que la personne puisse faire un choix éclairé.

Lors de ce premier rendez-vous, **l'infirmière coordinatrice évalue la demande et sa faisabilité** (lieu géographique, environnement de la personne, soins demandés). Elle remet à la personne ou à son entourage **une plaquette du SSIAD** ainsi que **la liste des documents nécessaires pour le dossier d'admission**. Un temps de réflexion est alors laissé à la personne pour définir les modalités souhaitées de son accompagnement et valider ou non la collaboration. Un retour de la visite est fait au chef de service soin qui parfois peut-être présent au domicile.

C'est le moment également pour la personne et / ou son entourage **d'exprimer ses souhaits et de formuler plus précisément sa demande**.

L'admission peut se décider au terme de cet entretien, elle doit être validée ensuite par une prescription médicale rédigée par le médecin traitant de la personne.

1.4.18 LES DELAIS D'ATTENTES

Lorsque la demande ne permet pas de débiter rapidement les interventions (situation géographique de la personne, service complet pour la tranche horaire demandé...) **la personne est inscrite sur une liste d'attente**.

Les interventions débiteront chez les personnes sur liste d'attente selon les mouvements au sein du service.

Les délais d'attente sont variables et souvent liés à un déménagement ou un décès.

1.4.19 L'ADMISSION ET LE DEBUT D'ACCOMPAGNEMENT

Un deuxième rendez-vous est fixé pour toutes les démarches administratives, durant lequel l'infirmière coordinatrice élabore avec la personne et/ou son entourage le Projet Individualisé de Soins et **procède à la lecture du règlement de fonctionnement du SSIAD**. Ces documents sont signés **en double exemplaire** par la personne et /ou son représentant et par la Direction.

Un exemplaire est alors remis à la personne et conservé dans un **classeur bleu** laissé à son domicile.

Celui-ci contient également :



Il est demandé à la personne accompagnée une **attestation de ses droits à jour à la CPAM** et de contacter son médecin traitant qui lui remettra une prescription médicale, pour la prise en charge du SSIAD.

1.4.20 L'EXPRESSION ET IDENTIFICATION DES BESOINS

Lors de ses différentes visites de préadmission au SSIAD, l'infirmière coordinatrice recueille et évalue, en commun avec la personne, ses besoins, ses souhaits, son

degré d'autonomie, les horaires souhaités et les caractéristiques de l'environnement.

1.4.21 LE PROJET INDIVIDUALISE DE SOINS (PIS)

Le Projet Individuel de Soins est **co-élaboré avec la personne et l'infirmière coordinatrice** suite au recueil de données réalisé lors du premier rendez-vous. Il est ensuite présenté et signé par la personne accompagnée ou son représentant légal.

Le PIS doit être validé et signé par la direction afin de finaliser l'admission au SSIAD.

Il énonce de manière individualisée les axes sur lesquels porteront l'accompagnement par le SSIAD en matière de soin de la personne.

Parfois un entretien est réalisé conjointement avec l'infirmière coordinatrice et un aide-soignant au domicile de la personne afin de permettre une meilleure compréhension et plus tard, une restitution exhaustive à l'ensemble de l'équipe qui sera amenée à intervenir quotidiennement.

Lorsque le PIS **est finalisé et co-signé il fait partie intégrante du Dossier Unique de la personne accompagnée**, rangé au SESVAD mais il est aussi placé dans le « classeur bleu » qui est au domicile de la personne.

La personne entrant au SSIAD et son PIS seront présentés à l'équipe au cours des relèves.

Le PIS sert de base pour l'accompagnement en soins. Néanmoins, il est nécessaire de tenir compte des évolutions de santé ou des souhaits/besoins des personnes accompagnées. C'est la mission de l'IDEC que de réévaluer le PIS au moins une fois par an et plus si cela s'avère nécessaire.

Un avenant est alors annexé au PIS et co-signé par la personne accompagnée et l'IDEC. Cet avenant peut tout aussi bien porter sur les horaires de passage que sur les soins à dispenser.

Les aides-soignants apportent par le biais des transmissions ciblées écrites et orales, lors des relèves d'équipes soignants, des informations sur l'état de santé et de l'environnement de la personne accompagnée. A l'issue de ces échanges et en lien avec le chef de service soin, des modifications peuvent être apportées aux PIS.

1.4.22 LA COORDINATION ET LE SUIVI DES ACTIONS

Les équipes du SSIAD ont à disposition de nombreux outils afin d'assurer une communication à l'ensemble des acteurs du SSIAD. **Un logiciel de soins « MENESTREL »** permet de tracer et retranscrire l'ensemble des informations concernant la personne accompagnée. Le logiciel soins **permet de recueillir les actes soignants au quotidien, l'état général de la personne accompagnée (physique et psychique) et de communiquer sur des absences telles que les hospitalisations, les consultations, les sorties provisoires...**

Des tableaux sont tenus et mis à jour régulièrement afin d'assurer la communication des informations administratives indispensables à la continuité des soins (tableaux d'astreintes, programmation de tournées journalières...)

L'ensemble des salariés soignants et administratifs bénéficient d'une **adresse mail nominative** afin de communiquer et transmettre des informations sur les personnes accompagnées ou l'organisation du service.

Pour améliorer le PIS et la prise en charge de la personne accompagnée à son domicile, les infirmières coordinatrices travaillent aussi avec des professionnels libéraux, médicaux ou paramédicaux, des



intervenants salariés ou bénévoles des Services d'Aide à la Personne, associations...

Pour optimiser cette coordination et favoriser l'émergence d'un réseau d'accompagnement à domicile, l'équipe de direction et les infirmières coordinatrices ont travaillé sur plusieurs axes :

➤ Amélioration de la communication avec les infirmiers libéraux grâce à des rencontres et des échanges téléphoniques réguliers, la signature de conventions APF France Handicap par l'ensemble des infirmiers libéraux. Le SSIAD coordonne toujours la prise en charge des soins, ce qui induit un droit de regard sur les soins libéraux.

➤ Coordination des interventions et communication avec les Services d'Aide à la Personne grâce à l'organisation d'accompagnements en binôme (aide-soignant, auxiliaire de vie), face à des situations complexes ou de grande dépendance. L'infirmière coordinatrice peut aussi être force de proposition dans l'organisation quotidienne de la personne accompagnée. Une liste des tâches peut être élaborée dans certaines situations, en lien avec les Services d'Aide à la Personne afin de délimiter les rôles de chacun des intervenants à domicile.

➤ Amélioration de la communication avec les centres hospitaliers et les services d'hospitalisation à domicile (conventions HAD/SSIAD). Les infirmières coordinatrices travaillent régulièrement et en bonne entente avec les cadres infirmiers des hôpitaux locaux de secteur et des centres hospitaliers ou des HAD.

➤ Entretien des liens et des échanges avec l'équipe mobile de soins de support ou l'équipe mobile de soins et de réadaptation, pour des situations complexes telles des prises en charge de la douleur, palliative et/ou de fin de vie ou de réadaptation.

1.4.23 LA FIN DE L'ACCOMPAGNEMENT

Il arrive parfois qu'une personne accompagnée souhaite sortir du SSIAD :

- Déménagement,
- Volonté de recourir à d'autres professionnels, par exemple des infirmiers libéraux dont le nombre est plus restreint que celui des aides-soignants,
- Ou pour toute autre raison lui appartenant.
- Malheureusement des personnes décèdent aussi.

Dès lors, l'infirmière coordinatrice du fait de ses compétences et de ses connaissances du maillage du réseau, facilite, conseille voire organise les relais, par des rencontres entre la personne accompagnée et les nouveaux intervenants.

L'infirmière coordinatrice appelle la personne qui a quitté le service, **dans les 6 mois après la fin d'accompagnement.**

1.4.24 LE COUT DES SSIAD

Le SSIAD est financé grâce à un forfait soins globalisé annuel qui est versé mensuellement par douzième, par l'Agence Régionale de Santé (ARS). Aucune participation financière n'est demandée aux personnes accompagnées.

Un CPOM régional avec toutes les structures APF France handicap de la région AURA financées par l'ARS a été signé en avril 2018 pour 5 ans de 2018 à 2022.



F I C H E S A C T I O N :

Améliorer le circuit des médicaments

Améliorer le circuit des urgences pour les PH

Les soins palliatifs

FICHE ACTION : Sécurisation du circuit du médicament

Acteurs/services du SESVAD concernés
 Chef de service soins, IDEC, IDE, Med CO

Contexte	Objectifs Affiner et finaliser les actions déterminées dans la précédente fiche action
----------	---

Actions	Ajout d'un paragraphe de information et recueil représentant pour le parti
	Sécuriser l'accès aux lieux Administration, si l'usager prise par les aides-soignés Mise à jour des protocoles
Outils & Ressources	Précédente fiche action r

Points de vigilance	
Partenaires	
Pilotes	
Indicateurs de suivi	Définition des indicateurs traitements Signalement des accidents
Suivi	
Documents joints	

FICHE ACTION 1 : Améliorer le circuit des urgences pour les personnes en situation de handicap

Acteurs/services du SESVAD concernés
 Chef de service soins, infirmières coordinatrices, Référents Qualité
 Tout service soin : SAMSAH, SSIAD VILL, SSIAD_SGL, GIN SE et SSO

Contexte :	Objectifs :
<p>Les personnes en situation de handicap sont amenées à connaître des hospitalisations récurrentes tant en raison de leur handicap que due à des pathologies intercurrentes. Le passage dans un service d'urgence peut-être traumatisant et déstabilisant pour la personne en situation de handicap. Le temps d'attente est souvent long et pose des difficultés à la personne (inconfort sur le brancard, difficultés pour certaines à s'exprimer...)</p> <p>Par ailleurs, en sortie d'hôpital, les professionnels de l'établissement doivent être informés des prises en charge pour garantir la qualité de soins et de l'accompagnement</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Le 1^{er} objectif est avant tout d'éviter les appels au SAMU et transfert aux urgences autant que faire se peut en associant les médecins traitants dans la PEC des situations « urgentes » de leurs patients accompagnés par nos services - Permettre aux professionnels des Services d'Accueil d'Urgence (SAU) de disposer des informations nécessaires.

Actions

FICHE ACTION 1 : LES SOINS PALLIATIFS

Acteurs/services du SESVAD concernés
 Médecin coordonnateur, Chef de service soins, infirmières coordinatrices
 Services du SESVAD concernés : SAMSAH, SSIAD Vill, SSIAD SGL, GIN VLL, GIN SGL

Contexte	Objectifs
<p>Nécessité de permettre aux personnes accompagnées de bénéficier d'une fin de vie conforme à leurs souhaits tels que prévus dans les textes de lois et notamment : LOI N°99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit d'accès aux soins palliatifs LOI N°2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, dite loi Leonetti LOI N°2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie, dite loi Claeys-Leonetti</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Permettre une prise en charge adaptée. - Apporter les connaissances nécessaires théoriques ? - Accompagner les soignants lors d'une PEC palliative.

Actions	<ul style="list-style-type: none"> - S'assurer de la connaissance de la possible désignation d'une personne de confiance - S'assurer de la mise à jour des directives anticipées - Former les soignants à l'accompagnement de la fin de vie. - Se mettre en relation avec une équipe pluridisciplinaire de soins palliatifs - Offrir la possibilité de groupes de paroles lors de situations complexes.
Outils & Ressources	Guide régional des soins palliatifs AURA

Points de vigilance	
Partenaires	Centre Léon Bérard, EMSP, médecins traitants
Pilotes	Psychologue SAMSAH, IDEC, MED Co
Indicateurs de suivi	
Suivi	Septembre 2019 – Juin 2020
Documents joints	

4. LA GARDE ITINERANTE DE NUIT (GIN)

Le projet de **Garde Itinérante de Nuit** s'est inscrit dans la continuité des activités qui font le cœur de métier du SESVAD depuis sa création en 2005, à savoir créer, mettre en place et gérer des services d'accompagnement et de soins à domicile, pour des personnes en situation de handicap moteur. Depuis la création du SAMSAH, notre expérience d'accompagnement de personnes très dépendantes nous avait démontré la nécessité de proposer une continuité des soins 24H/24.

Il est **venu couvrir le chaînon manquant d'un accompagnement global de la personne**, durant la nuit, pendant laquelle peu de services restent opérants, en dehors des urgences (SAMU, pompiers, sociétés d'alerte).

Il **apporte une vraie plus-value**, en assurant un continuum avec l'accompagnement à domicile en journée et en contribuant à la sécurité des personnes accompagnées à domicile (durable ou transitionnel). **La question de la sécurité se pose surtout la nuit**, pour les personnes en situation de grande dépendance vivant seules dans un logement indépendant, car plus personne ne passe. Parfois même, des personnes hébergées en foyer renonçaient à leur projet en appartement, malgré leurs capacités d'autonomie évidentes, à cause de leur crainte de la nuit.

Ce service « **expérimental** », qui a reçu un avis favorable du CROSMS le 6 novembre 2009 et un arrêté départemental le 30 novembre 2009, a ouvert le 1er décembre 2009 et il est opérationnel depuis le 4 janvier 2010. Il nous a positionné sur un segment d'activité jusqu'alors inexploré sur le secteur.

Autorisé à fonctionner en tant que structure expérimentale pour une durée de 5 ans, son autorisation est arrivée à échéance le 30 novembre 2014. **Le Directeur Général de l'ARS a donc diligenté une mission d'évaluation**, afin de déterminer la pertinence et la cohérence de ce service au regard de l'évolution des besoins des publics concernés, en ayant au préalable établi un diagnostic du fonctionnement du service au regard de son projet initial et de l'autorisation donnée en 2009.

Cette évaluation a été inscrite au programme régional d'inspection, évaluation et contrôle 2014 de l'ARS Rhône-Alpes.

Aux vus :



La mission a formulé les réponses suivantes aux deux points soulevés par la lettre de mission et par le cahier des charges :

1. La structure soumise à évaluation met en œuvre une organisation et un fonctionnement conformes aux termes de l'autorisation donnée le 30 novembre 2009, à titre expérimental. **La GIN a conservé les objectifs propres à son projet initial.**
2. La GIN est reconnue par ses partenaires, dans sa mission propre

de dispositif innovant, inscrit **en complémentarité des différents acteurs participant de la compensation du handicap.**

En complément de son analyse, et afin de préserver la qualité des prises en charge mises en œuvre, la mission a formulé quelques recommandations au titre des 2 axes d'évaluation⁴⁶.

Suite au rapport positif d'évaluation et du fait de notre demande d'extension réitérée depuis 2 ans, l'ARS a accepté une « **Extension Non Importante** » de 6 places au 1 décembre 2014 faisant passer l'effectif de la GIN de 20 à 26 places.

De plus le SESVAD a bénéficié d'un arrêté ARS du 18 décembre 2014⁴⁷ pour un Service de Soins Infirmiers à domicile (SSIAD) pour adultes handicapés de 50 places, (dont 20 places pour le territoire de l'ouest lyonnais-Garde itinérante de nuit et 30 places SSIAD pour le territoire Sud-ouest de l'agglomération lyonnaise).

Aussi depuis le 8 juin 2015 le SESVAD gère :



La Garde Itinérante de Nuit s'inscrit dans la continuité des activités qui font le cœur de métier du SESVAD depuis sa création en 2005, à savoir **créer, mettre en place et gérer des services d'accompagnement et de soins à**

domicile pour des personnes en situation de handicap.

Depuis la création du SAMSAH, c'est l'expérience d'accompagnement de personnes très dépendantes (notamment via l'astreinte 24H/24) qui a démontré **la nécessité de proposer une continuité des soins 24H/24.**

La GIN s'adresse à des **adultes âgés de plus de 18 ans, dépendants de soins et dont la déficience motrice est prédominante, non liée à l'âge, vivant à domicile sur Villeurbanne, arrondissements lyonnais et communes limitrophes et sur le Secteur Sud-ouest.**

La demande peut émaner d'une personne ou d'une famille, d'un service social ou de soins ou des Maisons Du Rhône recherchant une solution d'accompagnement, ou de tout autre partenaire.

La personne doit demander à son médecin traitant une prescription médicale.

L'objectif principal du service est de permettre la vie à domicile dans de bonnes conditions, tout en respectant les rythmes de vie des personnes et en apportant une aide à la famille ou l'entourage proche.

Le coût du service est pris en charge par l'ARS et l'assurance maladie, mais il reste à **la charge de l'utilisateur une redevance mensuelle, d'un montant de 30 euros au 01/01/2019.**

Le tarif est inchangé depuis 2009.

⁴⁶ Rapport définitif d'évaluation du fonctionnement de la Garde Itinérante de Nuit - mars avril 2014

⁴⁷ Vu l'avis d'appel à projet n° 2014-04-06 du 17 avril 2014 de l'Agence Régionale de Santé Rhône-Alpes relatif à la création de 50 places de services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) pour adultes handicapés, sur le

département du Rhône (dont 20 places pour le territoire de l'Ouest lyonnais- garde itinérante de nuit- et 30 places pour le territoire Sud-ouest de l'agglomération lyonnaise).

Les prestations sont délivrées de 21H00 à 6H00 suivant deux registres d'intervention :

Les interventions programmées qui peuvent être régulières ou exceptionnelles.

Les interventions non programmées suite à un événement imprévisible, déclenchées par un appel direct de la personne, de son réseau ou de sa téléassistance.

La Garde Itinérante de Nuit répond à des besoins :

- **D'aide aux actes essentiels de la vie** (aide au lever dans le cadre de la continence, au coucher, aide à l'hygiène corporelle, aide à la prise de médicaments, aide à la prise d'une collation, accompagnement aux toilettes, change suite à une crise énurétique, hydratation, besoin de retournements, prévention d'escarres...).
- **De sécurisation** (vérification du bien-être de la personne, présence rassurante).
- **En urgence** (intervention suite à une modification de l'état de santé, une chute, un besoin de change).

Ces besoins sont répertoriés en 4 catégories :

L'aide : l'intervenant fait à la place de la personne en situation de handicap totalement dépendante.

L'assistance : l'intervenant aide la personne à faire.

Le soutien : l'intervenant est présent par le dialogue, l'écoute, pour rassurer.

La surveillance : l'intervenant permet à la personne handicapée d'être en sécurité.

La Garde Itinérante de Nuit permet :

- Une alternative à l'hospitalisation ou à l'entrée en établissement
- Une réduction du temps d'hospitalisation
- Une possibilité de fin de vie à domicile
- Une amélioration de la sécurité de la personne aidée
- Un soulagement des aidants familiaux.

L'intervention de la Garde Itinérante de Nuit peut donc être ponctuelle, temporaire ou régulière.

1.4.25 L'EQUIPE

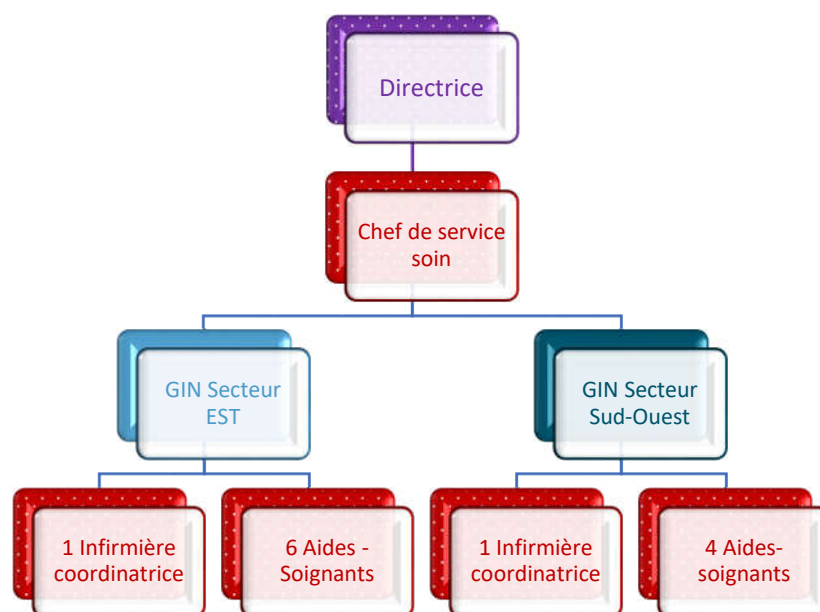
L'équipe, sous la responsabilité de l'équipe de direction du SESVAD, est constituée :

Sur le secteur Est :

- D'une infirmière coordinatrice à 0.60 ETP
- De 6 aides-soignants, deux à temps plein, quatre à 0,6 ETP.

Sur le secteur Sud-ouest :

- D'une infirmière coordinatrice à 0.40 ETP intervenant aussi sur le SSIAD,
- De 4 aides-soignants, deux à temps plein et deux à 0,6 ETP.



O r g a n i g r a m m e d e s d e u x G I N

1.4.25.1 L'infirmière coordinatrice

L'infirmière coordinatrice assume, sous l'autorité du chef de service soin, la mise en œuvre et l'organisation des prestations de la GIN en matière de soins, d'hygiène corporelle, de confort et de bien-être des personnes accompagnées, et ce dans le cadre du Projet de Soins⁴⁸ du SESVAD défini au sein du projet de services global.

Elle rencontre les personnes accompagnées et leur entourage, à leur domicile ou dans la structure médico-sociale, **pour analyser, organiser et évaluer les attentes et les besoins de chaque usager en termes de soin, d'hygiène et de confort.**

Elle **participe à l'évaluation des situations, à l'élaboration du Projet Individualisé de Soins**, à l'analyse et la résolution des problèmes rencontrés par les personnes accompagnées par le service.

Elle est **responsable de la tenue et de la mise à jour du dossier de soins au sein du Dossier Unique de la personne**, notamment la traçabilité des soins infirmiers dans leur ensemble.

Elle valide (s'assure d'une validation médicale le cas échéant) **les fiches techniques, les procédures, les protocoles infirmiers collectifs ou personnalisés**, notamment ceux destinés à guider les soins confiés en collaboration aux aides-soignants et s'assure de leur compréhension et de leur bonne exécution par les intéressés.

Elle **gère les plannings et les tournées des aides-soignants**, de même que les remplacements de leurs congés et absences, ainsi que l'attribution des véhicules de service.

Chaque semaine, elle anime une relève entre soignants, organisée afin de mettre en commun toutes les informations recueillies

⁴⁸ CF. annexé le Projet de soin du SESVAD

lors des tournées et visites au domicile des personnes accompagnées.

Elle **participe au suivi administratif et financier du service et établit un rapport annuel d'activité soignante**, retraçant notamment les modalités de prise en charge des soins et l'évolution de l'état de dépendance des usagers.

Elle **participe au recrutement des aides-soignants salariés ou intérimaires**.

Elle veille à la formation de l'équipe de soins, à l'évaluation des pratiques, à la démarche d'amélioration de la qualité, à l'application des bonnes pratiques de soins.

1.4.25.2 L'aide-soignant

L'aide-soignant travaille sous la responsabilité hiérarchique de l'infirmière coordinatrice et est amené à collaborer avec les autres professionnels médico-sociaux, lorsque la personne est accompagnée par plusieurs services.

Il **écoute, observe et participe à l'analyse de la situation** ; il fait preuve d'une vigilance permanente et signale le cas échéant, aux professionnels des autres services du SESVAD, tout élément permettant un meilleur accompagnement de la personne.

Il **assure les soins d'hygiène corporelle, de confort et de bien-être de l'usager**, dans tous les aspects de sa vie quotidienne, en utilisant le matériel de manutention mis à sa disposition (lève personne, lit électrique...) et en valorisant les capacités d'autonomie et de mobilité de l'usager.

Son **rôle premier est un rôle d'observation, il constate et transmet à l'ensemble de l'équipe soignante les modifications de l'état physique** (degré de mobilité, dépendance), mental (autonomie, comportement, niveau de communication, cohérence du discours, états d'émotivité) et environnemental de la personne soignée.



L'aide-soignant a aussi un rôle de **prévention des risques liés aux troubles de la mobilité** (déshydratation, incontinence, escarres...).

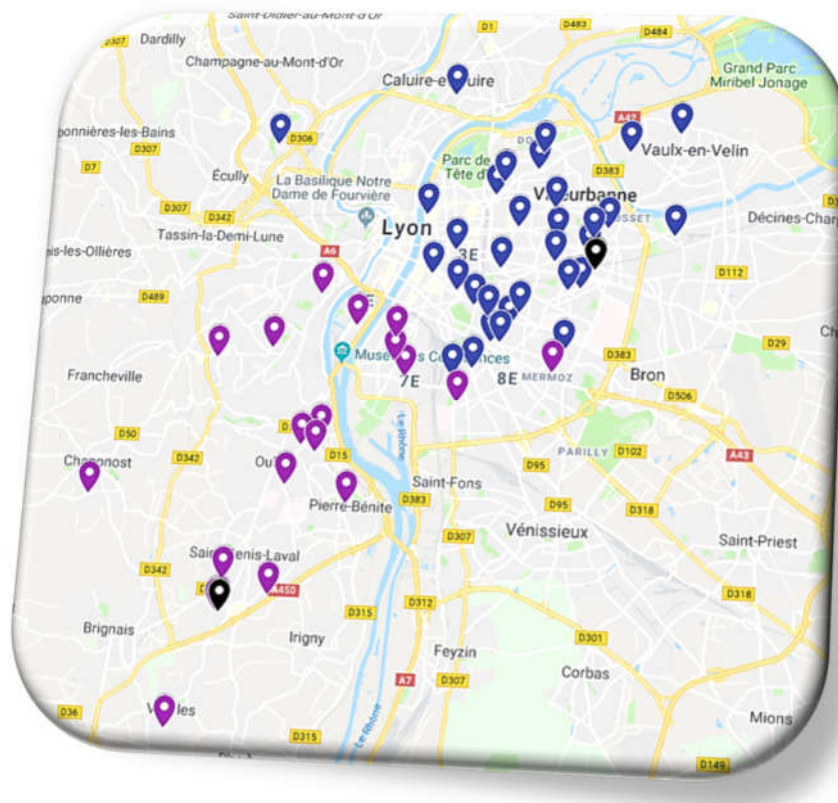
L'aide-soignant peut être amené à **accompagner la prise des médicaments**.

Il rend compte de ses interventions à l'infirmière coordinatrice et lui fait part de ses observations et questions, notamment lors des relèves et dans les transmissions ciblées.




1.4.26 LE SECTEUR GEOGRAPHIQUE

Sur le secteur Est, la GIN couvre Lyon, Villeurbanne et les communes limitrophes.

Sur le secteur Sud-ouest, elle intervient sur un territoire qui couvre les communes du Sud-ouest lyonnais dans un secteur délimité par Sainte-Foy les Lyon et Vernaison.



En décembre 2018 :

-  Personne accompagnée par la GIN Secteur Sud-ouest
-  Personne accompagnée par la GIN Secteur Est
-  Locaux du SESVAD

1.4.27 LA PROCEDURE D'ACCUEIL NOUVELLE DEMANDE (AND)

Suite à la réception de la demande initiale par la secrétaire, le formulaire Accueil Nouvelle Demande informatisé est complété par elle-même et remis à l'infirmière coordinatrice de la GIN qui va rappeler la personne et/ou le partenaire, pour convenir d'une première rencontre d'évaluation au domicile de la personne.

L'admission peut se décider au terme de ce premier entretien mais elle devra être validée ensuite par une prescription médicale rédigée par le médecin traitant de la personne.

Si la demande concerne des prestations programmées, la personne est placée sur une liste d'attente quand la capacité du service est atteinte.

Il est aussi possible que l'orientation vers la GIN, d'une personne venue lors d'un Accueil Nouvelle Demande SAVS ou SAMSAH, soit réalisée à cette occasion.

La transmission est alors faite à la coordinatrice de la GIN par l'infirmière coordinatrice du service émetteur ou par le chef de service.

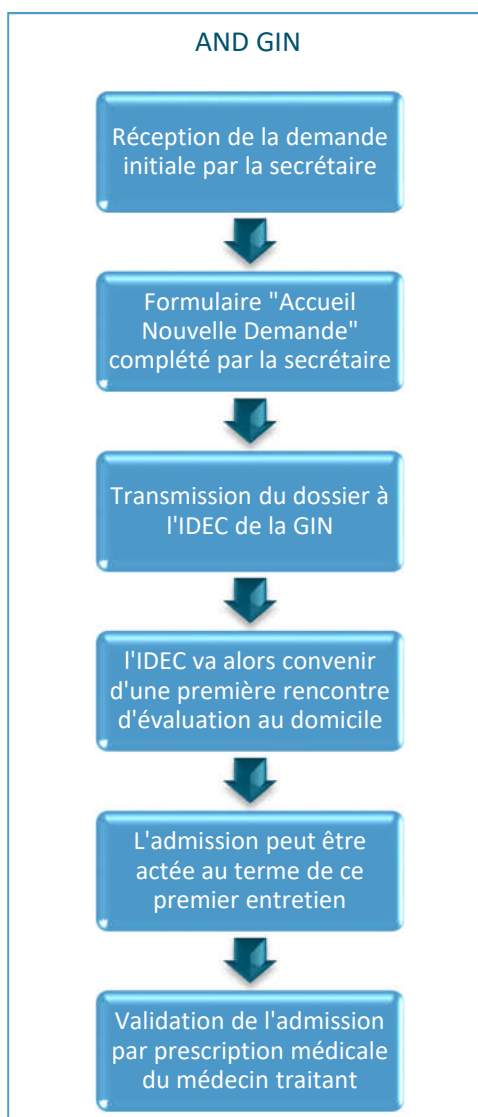
1.4.28 UNE PREMIERE EVALUATION

L'infirmière coordinatrice **évalue au mieux au téléphone la situation et valide ou non le projet de mise en place de la GIN.** Si la

demande correspond à l'offre, un rendez-vous est fixé au domicile de la personne. L'objet de cette première rencontre, outre de faire connaissance et d'évaluer les besoins de la personne est **de présenter la GIN, d'exposer la finalité du service,** pour que la personne et son entourage puissent mesurer et prendre conscience du soutien qu'ils peuvent attendre des interventions proposées.

C'est le moment également pour la personne / ou son entourage **d'exprimer ses souhaits et de formuler plus précisément ses besoins.**

Lors de ce premier rendez-vous, **l'infirmière coordinatrice évalue la demande et sa faisabilité.** Elle remet à la personne ou à son entourage une plaquette de la GIN ainsi que la liste des documents nécessaires pour le dossier d'admission. Un temps de réflexion est alors laissé à la personne et à son entourage pour définir les modalités souhaitées de son accompagnement.



1.4.29 LES DELAIS D'ATTENTE

Lorsque la demande ne permet pas de débiter rapidement les interventions (situation géographique de la personne, service complet pour la tranche horaire demandée...) la personne est inscrite sur une liste d'attente.

Les interventions débiteront chez les personnes en liste d'attente selon les

mouvements au sein du service. Sur le secteur Est, certaines personnes restent sur liste d'attente plus d'un an avant de pouvoir obtenir une place. **Le service est complet avec un turnover très faible.**

1.4.30 L'ADMISSION ET LE DEBUT D'ACCOMPAGNEMENT

Un deuxième rendez-vous est fixé pour les démarches administratives durant lequel l'infirmière coordinatrice élabore, avec la personne accompagnée et / ou son entourage, **le Projet Individualisé de Soins** et procède à la lecture du règlement de fonctionnement de la GIN. Ces documents **sont signés en double exemplaires par la personne** et /ou son représentant et par la direction. Un exemplaire est alors remis à la personne et conservé dans un classeur laissé au domicile.

Celui-ci contient également :



Il est demandé à la personne accompagnée de **contacter son médecin traitant qui lui remettra une prescription médicale**, pour la prise en charge de la GIN par l'assurance maladie et il lui est demandé également une attestation de ses droits à jour à la CPAM.

1.4.31 LE PROJET INDIVIDUALISE DE SOINS (PIS)

La fréquence des visites d'actualisation du PIS **varie selon les objectifs recherchés mais est toujours régulière**. Les passages sont programmés selon un **planning prévisionnel établi avec la personne accompagnée** à la signature du contrat de prestation. Une réactualisation régulière du projet, tous les ans, est indispensable pour des accompagnements de longue durée. Elle permet d'évaluer le suivi dans le but de **valoriser les réalisations de la personne et sa réussite dans son projet**. Elle permet aussi d'analyser les pratiques professionnelles mises en œuvre et de faire un bilan des partenariats établis.

Les personnes accompagnées sont associées à l'évaluation du travail engagé :

➤ Au plan individuel : lors d'entretiens téléphoniques ou de visites à domicile réguliers.

➤ Au plan collectif : dans les dispositions prévues par les textes législatifs, en appui sur la Démarche d'Amélioration de la Qualité mise en place, au sein du CVS.

Cette recherche d'appréciation se fait par tous les moyens appropriés : enquête de satisfaction, entretien, questionnaire...

1.4.32 LA COORDINATION ET LE SUIVI DES ACTIONS

Un travail pluridisciplinaire se réalise avec les compétences croisées des intervenants des autres services du SESVAD.

Dans toutes les situations, un travail en réseau avec les partenaires locaux des secteurs

médico-sociaux, sanitaires, les Services d'Aide à la Personne, est indispensable pour accompagner au mieux les personnes en situation de handicap à domicile.



Cette solution a été proposée aux aides-soignants concernés pour obtention de leur accord et a pris effet fin

2018.

Régulièrement l'équipe de direction, le chef de service soin et/ou la directrice participent à l'une des relèves afin de rencontrer les aides-soignants et d'aborder différents points d'organisation et institutionnels.

1.4.33 LA FIN DE L'ACCOMPAGNEMENT

Bien souvent, lors d'une arrivée en appartement transitionnel à Habitat Service ou dans l'un des autres logements transitionnels du SESVAD, **la GIN est mise en place, en ponctuel, afin de sécuriser l'arrivée dans le logement, étape souvent déstabilisante** pour les personnes qui perdent leurs anciens repères. Ainsi la continuité de soins et la sécurité des personnes à domicile est assurée jour et nuit, y compris les weekends.

La spécificité du service de la GIN, qui est unique sur le secteur, est telle qu'il y a **peu de sorties de personnes accompagnées**. Le plus souvent, il s'agit d'aggravation de l'état de santé entraînant l'impossibilité du maintien de la vie à domicile. Dans ce cas, il existe des échanges entre l'infirmière coordinatrice et les différents intervenants (SAVS, médecin traitant, médecin hospitalier...) ainsi qu'avec l'entourage de la personne accompagnée afin de pouvoir orienter, conseiller.

Chaque semaine, le mercredi sur le Secteur Est et le jeudi sur le Secteur sud-ouest, l'infirmière coordinatrice anime une relève entre soignants, organisée afin de mettre en commun toutes les informations recueillies lors des tournées et visites au domicile des personnes accompagnées. Du fait des horaires de nuit des soignants de la GIN, l'infirmière coordinatrice se charge également de s'assurer que les informations générales institutionnelles sont bien lues et comprises.

Certaines personnes sont accompagnées en journée par un SSIAD d'une autre association qui est alors informé de la sortie de la personne de la GIN. Dans tous les cas, le médecin qui aura prescrit le service sera également informé.

Sur le Secteur Sud-ouest, l'horaire décalé des deux aides-soignants (temps plein et temps partiel) a posé, au regard des relèves, une problématique de mise en commun des informations quelles qu'elles soient. De fait, la relève est donc en deux temps, le premier à 18h30 et le second plus tard avec l'aide-soignant travaillant la nuit entière.

Sur le Secteur Sud-ouest, l'infirmière coordinatrice étant également coordinatrice du SSIAD, elle met en œuvre ses compétences (maillage avec les différents professionnels, avec le SAVS) du terrain pour favoriser la sortie du service.

Le temps dédié à la réflexion ainsi qu'à l'écriture du Projet de Services a permis de proposer une piste d'amélioration : l'aide-soignant commençant normalement à 18h30 commencera le jeudi jour de la relève à 18h00 ce qui lui permettra ainsi de pouvoir interrompre sa tournée pour revenir dans les locaux et assister à 20h00 à la relève hebdomadaire avec son collègue.

Actuellement, **les seuls relais professionnels possibles sont les infirmiers libéraux de nuit ou la présence d'une auxiliaire de vie toute la nuit avec un plan d'aide en relation.**

L'infirmière coordinatrice appelle **la personne qui a quitté le service, dans les 6 mois après la fin d'accompagnement.**

1.4.34 LE COUT DES GIN

La GIN est financée grâce à un **forfait soins globalisé annuel** qui est versé mensuellement par douzième, par l'Agence Régionale de Santé (ARS). Toutefois la personne qui s'abonne à la GIN doit régler un **forfait mensuel d'un montant de 30 euros par**

mois au 1/01/2019. Ce forfait peut être partiellement pris en charge dans le cadre du plan d'aide de la PCH.

Un CPOM régional avec toutes les structures APF France handicap de la région AURA financées par l'ARS a été signé en avril 2018 pour 5 ans de 2018 à 2022.

F I C H E S A C T I O N :

Améliorer le circuit des médicaments

Améliorer le circuit des urgences pour les PH

FICHE ACTION : Sécurisation du circuit du médicament

Acteurs/services du SESVAD concernés	
Chef de service soins, IDEC, IDE, Med CO	
Contexte	Objectifs Affiner et finaliser les actions déterminées dans la précédente fiche action

Actions	Ajout d'un paragraphe dans le projet d'accompagnement information et recueil de l'accord de l'usager représentant pour le partenariat. Sécuriser l'accès aux lieux de stockage des médicaments Administration, si l'usager ne peut le faire lui-même prise par les aides-soignants ou par un aidant Mise à jour des protocoles et procédures relatives
Outils & Ressources	Précédente fiche action réalisée en 07/2017

Points de vigilance	
Partenaires	
Pilotes	
Indicateurs de suivi	Définition des indicateurs de bonne observance de traitements Signalement des accidents iatrogènes
Suivi	
Documents joints	

FICHE ACTION 1 : Améliorer le circuit des urgences pour les personnes en situation de handicap

Acteurs/services du SESVAD concernés	
Chef de service soins, infirmières coordinatrices, Référents Qualité	Tout service soin : SAMSAH, SSIAD VILL, SSIAD_SGL, GIN SE et SSO

Contexte :	Objectifs :
Les personnes en situation de handicap sont amenées à connaître des hospitalisations récurrentes tant en raison de leur handicap que due à des pathologies intercurrentes. Le passage dans un service d'urgence peut-être traumatisant et déstabilisant pour la personne en situation de handicap. Le temps d'attente est souvent long et pose des difficultés à la personne (inconfort sur le brancard, difficultés pour certaines à s'exprimer...) Par ailleurs, en sortie d'hôpital, les professionnels de l'établissement doivent être informés des prises en charge pour garantir la qualité de soins et de l'accompagnement	<ul style="list-style-type: none"> - Le 1^{er} objectif est avant tout d'éviter les appels au SAMU et transfert aux urgences autant que faire se peut en associant les médecins traitants dans la PEC des situations « urgentes » de leurs patients accompagnés par nos services - Permettre aux professionnels des Services d'Accueil d'Urgence (SAU) de disposer des informations nécessaires concernant la PA (handicap, pathologies associées, habitudes de vie, et capacité - Garantir la prise en compte des moyens d'autonomie - Eviter ou réduire au maximum les attentes dans les SAU - Assurer la continuité des soins ainsi que l'accompagnement en retour d'hospitalisation - Permettre des soins de qualité et un séjour non traumatisant

Actions	<input type="checkbox"/> Prendre contact avec les services d'urgence des HCL par secteur d'intervention (CHLS, HEH...) et autres établissements de santé <input type="checkbox"/> Elaborer une convention entre les services de soins du SESVAD et les établissements de santé, une procédure permettant de réduire le temps d'attente aux urgences en y incluant la prise en compte des possibilités de la PH, et la coordination des soins. <input type="checkbox"/> envisager un partenariat avec des services spécifiques (exemple urologie pour les PH)
---------	--

5. LES FENOTTES

Depuis quelques années, l'idée d'un soutien à la famille, ou plus largement aux aidants de personnes en perte d'autonomie ou en situation de handicap, quel que soit leur âge, s'impose peu à peu.

Ce service expérimental a rejoint le dispositif du SESVAD en mai 2011 en proposant un **accompagnement global des aidants familiaux de personnes en situation de handicap sur le département du Rhône**. En effet, le développement progressif du retour et/ou de la vie à domicile, outre sa légitimité et son intérêt pour de nombreuses personnes en situation de handicap, a un revers : s'occuper quotidiennement d'une personne en situation de handicap devient souvent source d'épuisement pour la famille et les proches.

Ces difficultés endurées par certaines familles de APF France handicap ont amené le **Conseil Départemental de l'Association** à réfléchir à une nouvelle forme d'accompagnement. Pour cela, il s'est inspiré d'une expérience québécoise, les « **baluchonneuses Alzheimer** ».

L'idée initiale est de mettre en relation une famille dont l'aidant familial a besoin de répit avec une personne compétente qui vient à domicile, pendant quelques heures, une soirée, une journée, un week-end, une semaine, sans modifier l'organisation habituelle. Cette aide au domicile se réalise donc en toute sécurité et tranquillité pour chacun : aidé et aidant.

C'est ainsi que depuis le début de l'année 2009, la délégation du Rhône de APF France handicap a expérimenté cette solution innovante - ce service a été nommé « **Les Fenottes** ».

Pour identifier le projet localement, la personne effectuant l'aide à domicile est la « **Fenotte** » (du mot typiquement lyonnais désignant la compagne du « gone »), alors que le service apporté se dénomme « **Fenottage** ».

Le service d'aide aux aidants « les Fenottes » est resté un service expérimental jusqu'en janvier 2017, sous gestion propre APF France handicap, financé par des excédents des structures APF France handicap du département dans le cadre du CPOM Métropole.

En janvier 2017, il a été autorisé et financé par l'ARS suite à l'arrêté du 17 novembre 2016 autorisant le fonctionnement d'un service d'accompagnement et de répit des aidants non professionnels de personnes en situation de handicap.

Le public concerné, est constitué des aidants familiaux de personnes en situation de handicap (tout type de handicap, non dû à l'âge), **de 4 à plus de 60 ans et vivant à domicile sur la Métropole ou le Rhône**.

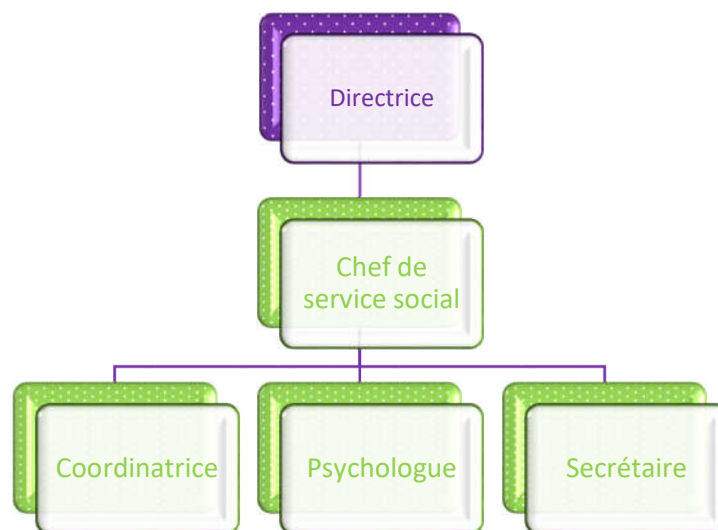
1.4.35 L'EQUIPE

L'équipe, sous la responsabilité de la directrice du SESVAD et de la chef de service social, est constituée d'une :

➤ **Coordinatrice**
à 0,50 ETP

Psychologue à
0,10 ETP

➤ **Secrétaire** à
0,25 ETP



Organigramme fonctionnel des Fenottes

1.4.35.1 La coordinatrice

La coordinatrice des Fenottes, sous la responsabilité de la chef de service social intervient dans les champs aussi larges que l'organisation du service, l'accueil et l'écoute. Elle a pour mission de **s'assurer de la continuité des actions autour de la situation de chaque aidant**, tant en interne qu'en externe, compte tenu des objectifs définis communément.

En s'appuyant sur les ressources de l'aidant, tant que sur son réseau personnel ou professionnel préexistant, elle a **pour but de mettre en lumière les moyens à mobiliser pour soutenir celui-ci, et participer à sa qualité de vie**. Ainsi, elle propose, au sein des Fenottes, un soutien par le biais de démarches individuelles ou collectives en fonction des besoins de la personne.

1.4.35.2 La psychologue :

Faire accepter le répit, c'est la première difficulté que nous rencontrons au quotidien dans l'accompagnement des aidants. La présence d'une psychologue au sein du service a été pensée en ce sens, afin de favoriser cette acceptation. Au fil du temps et

selon les attentes des aidants, la psychologue adapte ses interventions (collectives ou individuelles).

La complémentarité de la coordinatrice et de la psychologue est donc une force pour ce service, qui ainsi peut **s'adapter au mieux à un public fragilisé qui n'est ni handicapé ni malade** mais simplement fatigué par les difficultés, les contraintes voire le stress de la vie d'un aidant.

1.4.35.3 La secrétaire :

Elle a pour mission **d'accueillir les personnes au service**, physiquement ou par téléphone.

Elle assure la création des dossiers des aidants dans le logiciel Easy Suite ainsi que certaines démarches administratives.

Elle participe à l'élaboration du rapport d'activité.

Elle soutient toutes les démarches de communication et grâce à ses compétences en informatique peut réaliser des supports de communication pour des évènements organisés par les Fenottes.

Toutes ses missions contribuent à faciliter le travail de la coordinatrice qui pour rappel n'a qu'un mi-temps pour concevoir et mettre en œuvre les projets collectifs, ainsi que coordonner les suivis individuels des aidants.

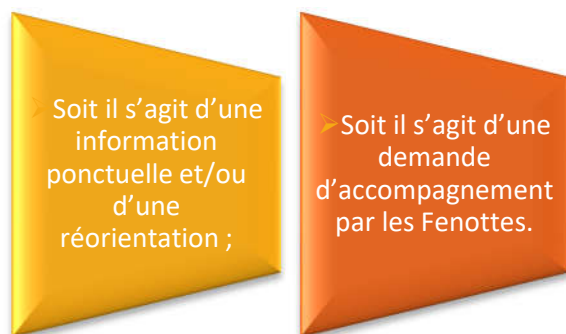
1.4.36 LA PROCEDURE D'ACCUEIL NOUVELLE DEMANDE

Ce sont les aidants familiaux, la plupart du temps, qui contactent le service par téléphone.

Le formulaire « **Accueil Nouvelle Demande** » est complété par la secrétaire.

La coordinatrice des Fenottes rappelle la personne et/ou le partenaire pour recueillir la demande et transmettre des informations sur le service.

Dans la mesure du possible, la coordinatrice profite de ce premier contact pour évaluer le besoin de l'aidant :



Cet échange permet d'évaluer l'urgence de la situation, de convenir le cas échéant d'une première rencontre d'évaluation.

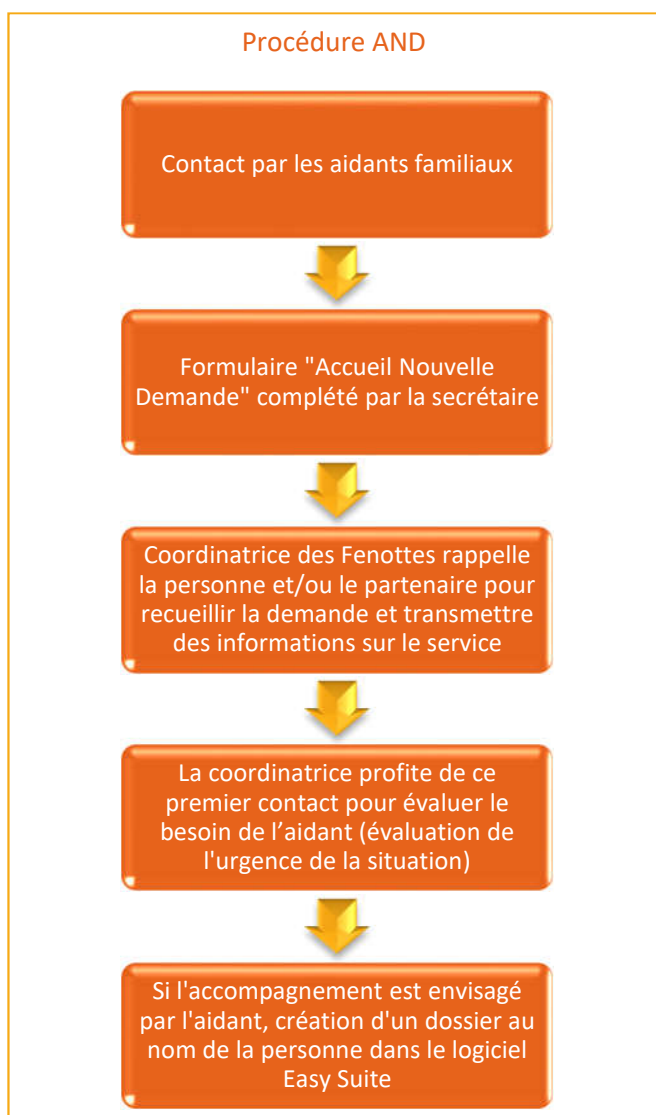
L'ensemble des appels pour un premier contact avec le service est enregistré qu'il s'agisse de services partenaires ou d'aidants familiaux. La secrétaire est systématiquement informée des suites données aux appels.

Si un accompagnement est envisagé par l'aidant, un dossier au nom de la personne est

ouvert dans le logiciel Easy Suite par la secrétaire.

Les Fenottes peuvent également venir en complément d'un autre service du SESVAD. En effet, dans certaines situations accompagnées par les SAVS, SSIAD, GIN ou SAMSAH, un aidant familial peut être repéré en difficulté physique, morale... Les équipes du SESVAD peuvent transmettre une première information aux aidants (plaquette). Les chefs de service sont parfois également amenés à faire du lien en interne afin de favoriser la mise en place de solutions ou de réponses adaptées pour soulager l'aidant.

Il n'y a pas de liste d'attente pour pouvoir bénéficier du service.



1.4.37 L'ADMISSION ET LE DEBUT D'ACCOMPAGNEMENT

Le premier rendez-vous, à domicile ou au service selon les situations, a pour but d'évaluer les besoins et les attentes de l'aidant, ainsi que la situation de la famille. C'est l'opportunité de présenter les différents volets du service et de définir précisément les attentes de l'aidant. Cela peut-être aussi l'occasion de rencontrer la personne aidée.

Cette rencontre, dans la mesure du possible, se fait en binôme : coordinatrice-psychologue du service (ou chef de service en cas d'absence d'un professionnel), ce qui permet un double regard pour évaluer la situation.

La coordinatrice remet à l'aidant lors de la première rencontre :



1.4.38 UNE PREMIERE EVALUATION

L'expression et l'identification des besoins et souhaits de l'aidant familial sont recueillis

par la coordinatrice et la psychologue (ou la chef de service) qui mènent conjointement, dans la mesure du possible, le premier rendez-vous avec l'aidant. Elles offrent un espace d'écoute et d'échange pour ce recueil. Par leur expertise respective, elles peuvent à la fois évaluer la situation, les ressources et les freins des familles pour co-construire des réponses adaptées.

1.4.39 L'ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISE

1.4.39.1 Le suivi de l'accompagnement

La signature du contrat formalise l'entrée dans le service. Un dossier individuel est alors ouvert sur le logiciel Easy Suite garantissant, de fait, la protection des données personnelles. Il permet de tracer l'accompagnement, l'objet et le temps dédié à chaque situation.

Le service des Fenottes n'utilise pas de projet d'accompagnement personnalisé, spécifique à l'accompagnement des personnes en situation de handicap.

1.4.39.2 L'accompagnement de l'aidant familial

Il se construit et s'adapte à partir de l'évaluation initiale et des synthèses réalisées lors des réunions d'équipe pluridisciplinaire mensuelles.

Les propositions et les recherches de solution sont faites au regard des ressources de l'aidant, de son parcours et de la façon dont il vit son rôle d'aidant familial.

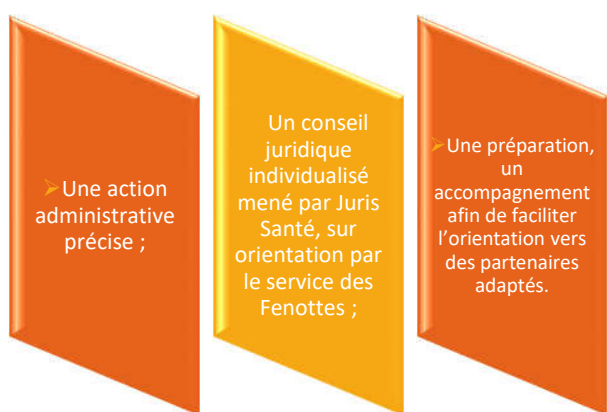
Les différentes missions du service se déclinent sur des temps individuels et collectifs, assurés par la coordinatrice, la psychologue et des partenaires extérieurs.

1.4.39.3 Les temps individuels

1.4.39.3.1 Le conseil et l'orientation

L'implication des Fenottes sur le plan social vise principalement à permettre aux aidants de mobiliser l'ensemble des dispositifs ressources du territoire, qu'ils soient spécialisés ou de droit commun.

Le 1er temps d'évaluation, l'analyse des besoins de l'aidant et une formalisation précise de ses attentes permettent à la coordinatrice de soutenir :



1.4.39.3.2 Le « Fenottage »

L'objectif de cette proposition faite aux aidants est de disposer de moments de répit, que ce soit pour quelques heures, un week-end ou davantage.

Le principe est le suivant : **une personne compétente se déplace dans la famille et remplace l'aidant pendant ce temps de répit.** Les interventions peuvent



être ponctuelles ou régulières.

Cette offre de répit à domicile présente plusieurs avantages :

- **Maintenir la personne en situation de handicap dans son environnement,** connu et sécurisant, en l'absence de l'aidant.
- **Ne pas perturber ses habitudes de vie** (l'organisation habituelle est maintenue : infirmier, kinésithérapeute, auxiliaire de vie...).
- **Favoriser la possibilité pour l'aidant, de s'autoriser des périodes de répit.**

Cet accompagnement, mis en place par la coordinatrice, s'organise en toute confiance, pour l'aidé et l'aidant. **Il a pour objectif de soulager, prévenir le risque d'épuisement voire de maltraitance.**

La coordinatrice se met en lien avec des **Services d'Aide à la Personne (SAP)**, conventionnés⁴⁹ ou non avec les Fenottes, suivant le lieu de vie de l'aidant. Ceux-ci sont amenés à se positionner sur la possibilité de mettre en place ce Fenottage dans des conditions optimales, puis à soumettre un devis aux aidants.

Si un Fenottage est envisagé, la coordinatrice se rend au domicile de l'aidant, en présence de l'aidé, avec le SAP, **afin de définir les contours de la prestation qui va se mettre en place.**

Enfin, le répit à domicile est évalué avec l'aidant et le SAP en fin de prestation. Le but de cette étape est aussi d'envisager la duplication de ce répit

⁴⁹ Une convention est formalisée entre 3 SAP et le SESVAD CF. p 55

dans le temps, afin d'anticiper l'altération de **l'état de santé de l'aidant et son risque d'isolement social**.

Certaines expériences débouchent sur une **modification longue de l'organisation de l'aide humaine à domicile**, et un rééquilibrage/ une nouvelle définition de la place de l'aidant non professionnel et du SAP auprès de l'aidé.

La coordinatrice va aussi rechercher **un financement des heures de Fenottage**. Ainsi, elle peut être amenée à accompagner l'aidant familial dans ses démarches.

➔ **Soit auprès de la MDPH :**

Pour ouvrir éventuellement un droit à la PCH

➤ Pour demander une augmentation du nombre d'heures d'aide humaine, pour une réelle prise en compte du répit des aidants familiaux dans le plan d'aide de la personne en situation de handicap ;

Pour transformer un certain nombre d'heures d'aidant familial reconnu dans le plan d'aide, en heures prestataires.

➔ **Soit auprès de caisses de prévoyance, de mutuelle, de retraite, de service de protection de l'enfance...**

Au fil du temps, la coordinatrice s'assure que la solution de répit soit toujours ajustée aux besoins et attentes de l'aidant et de son proche. La convention signée avec trois SAP prévoit une synthèse annuelle.

Les contextes familiaux d'intervention sont parfois complexes et sans l'intervention d'une coordination par les Fenottes, le répit peinerait à se mettre en place et à se maintenir malgré toute sa pertinence.

1.4.39.3.3 Le soutien psychologique individuel

Faire accepter le répit, c'est tout l'enjeu et toute la difficulté que nous rencontrons dans l'accompagnement des aidants, bien en amont des questions de financement et d'organisation. Il faut éviter que l'aidant familial craigne de perdre sa place, en faisant confiance au professionnel, qui prendra le relai, et sans se culpabiliser de prendre du temps pour soi, tout simplement.

La psychologue propose un accompagnement de type soutien psychologique auprès des aidants familiaux. Cela leur est proposé, comme les autres volets du service, dès lors qu'ils rencontrent la coordinatrice.

Les aidants sont beaucoup **dans l'urgence du « faire »**, de gérer et d'organiser le quotidien. Ainsi, prendre du temps pour eux est « un luxe » et l'utiliser pour parler de soi n'est pas chose aisée. Le temps pris pour souffler est souvent utilisé pour des vacances, des sorties ou faire les courses. Aller voir un psychologue, même si le besoin d'être soutenu se fait ressentir, peut mobiliser des défenses vives chez les aidants, qui ont tant de mal à reconnaître et exprimer leurs difficultés.

Au travers de différents types d'accompagnement (individuel, de couple ...), **la psychologue perçoit une réelle demande d'étayage de ce public**, quant à des questions d'ordre technique (administratives, liées au financement d'aides techniques, d'aménagement, etc.). Aussi elle a été amenée ponctuellement à orienter les aidants vers la coordinatrice ou à établir des contacts avec des partenaires, pour les familles en situation d'isolement et de détresse et ne bénéficiant pas d'un accompagnement professionnel adapté et/ou suffisamment étayant. Etre libéré des préoccupations matérielles permet à l'aidant d'être plus disponible pour un travail psychique.

Très régulièrement dans les suivis psychologiques se pose **la question de la bientraitance**. Un réel travail est fait autour du risque de maltraitance, la plupart du temps morale/psychique. En effet, des comportements et propos laissent régulièrement percevoir des risques de maltraitance ou des situations avérées de non-bientraitance de la part de l'aidant, mais aussi parfois de la part de son proche en situation de handicap.

Il s'agit alors **de prévenir, et d'accompagner la prise de conscience de la personne** sur ce qui se met en place et les risques auxquels elle s'expose et expose son proche. Démarre alors un travail de verbalisation, de conscientisation jusqu'à l'émergence de « solution » (répit, travail sur la relation aidant-aidé, etc.).

Dans chacune de ces situations, sont clairement identifiés comme facteurs de risque présents : l'épuisement, le sentiment de solitude, un certain isolement et peu d'espace et de temps de répit.

1.4.39.3.4 Les conseils juridiques

Certains aidants sollicitent les Fenottes pour une demande de répit ou de suivi psychologique mais celles-ci ne peuvent être correctement et sereinement traitées, sans que soit géré dans un premier temps, le cas échéant, **un certain chaos administratif et juridique**.



Face à ces constats, une **convention partenariale avec un service juridique**, Juris Santé, permet aux Fenottes, après évaluation de la demande, d'orienter des aidants familiaux vers un juriste de cette association. Les heures de suivis assurées par ce prestataire sont ensuite facturées aux Fenottes. Ces interventions permettent aux aidants d'être accompagnés concrètement, par des juristes

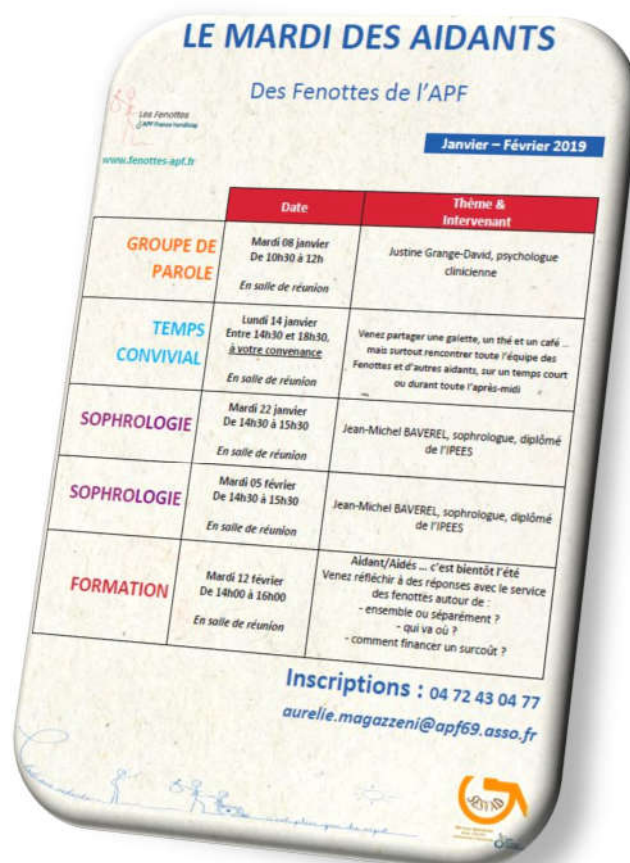
spécialisés, dans des démarches, et de recevoir des conseils sur des thèmes variés.

1.4.39.4 Les temps collectifs

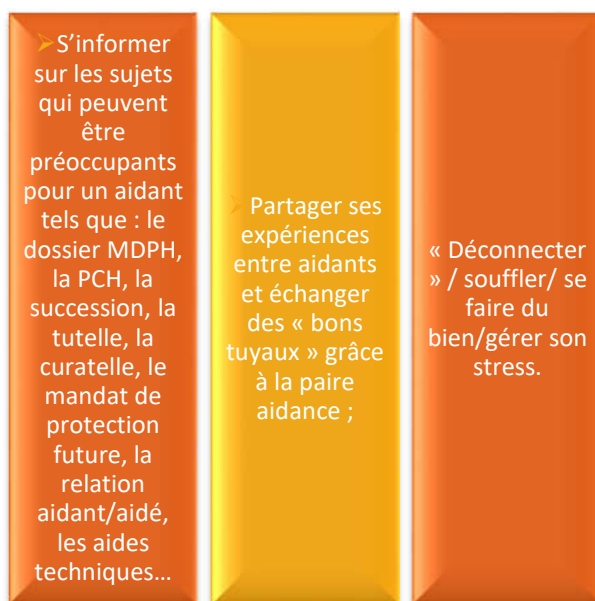
1.4.39.4.1 Les mardis des aidants

La coordinatrice planifie les « formations » destinées aux aidants familiaux. Les objectifs sont de **sensibiliser, développer des connaissances pratiques ou théoriques, expérimenter ...**

Elle choisit les professionnels intervenants et définit, en accord avec eux, les thèmes qui y seront abordés, ainsi que les modalités d'intervention.



Les apports de ceux-ci pour les aidants sont de :



Les temps collectifs sont parfois un moyen d'amener les personnes à considérer et même à accepter l'idée du répit. Ils favorisent l'échange entre pairs, qui vivent une situation proche de la leur, mais qui en sont peut-être à un autre « stade ». Cela permet aussi l'émergence d'un soutien social et une forme de reconnaissance, qui peuvent permettre de faire évoluer les situations à titre individuel.

La coordinatrice programme ces formations en fonction de l'actualité (évolution de textes de lois par exemple) et des résultats du questionnaire annuel proposé aux aidants, sur leur centre d'intérêt.

Elle reçoit les inscriptions en amont et elle accueille l'intervenant et les aidants familiaux présents en commençant par un temps convivial. En introduction, elle rappelle les objectifs du module et les dates des autres formations à venir.

Cette présence lui permet de **cerner les problématiques et demandes explicites ou implicites des aidants** et de les orienter vers d'autres volets du service, comme le groupe de

parole ou les conseils juridiques individualisés par exemple.

1.4.39.4.2 La sophrologie

Suite au succès d'un module de formation « Gestion du stress », certains aidants ont suggéré une suite pour les aider à maintenir, dans le temps, leurs acquis. Nous avons proposé aux aidants l'intervention d'un sophrologue mensuellement.

Ces séances ont pour objectif de permettre aux aidants de :

- S'accorder un moment ;
- Lutter contre le stress et ses effets néfastes ;
- Mieux gérer leurs émotions ;
- Retrouver du bien-être au quotidien ;
- Améliorer leur sommeil.

Les séances **durent une heure** et se déroulent en **trois temps successifs**, après un accueil des participants :

1.4.39.4.3 Le groupe de parole

Le groupe de parole **est gratuit et ouvert à tout aidant familial du service**. Il est animé par la psychologue clinicienne du service. Il se déroule au sein du SESVAD, dans un **espace convivial, qui invite à la détente et au partage**.

Les thèmes de discussion sont libres mais portent toujours sur le vécu des personnes en tant qu'aidants familiaux, la difficulté à prendre du recul, à se projeter, à vivre ses émotions (tristesse, colère, angoisse, etc.), à trouver encore sa place en tant que proche.

Les principaux objectifs de ces groupes sont de

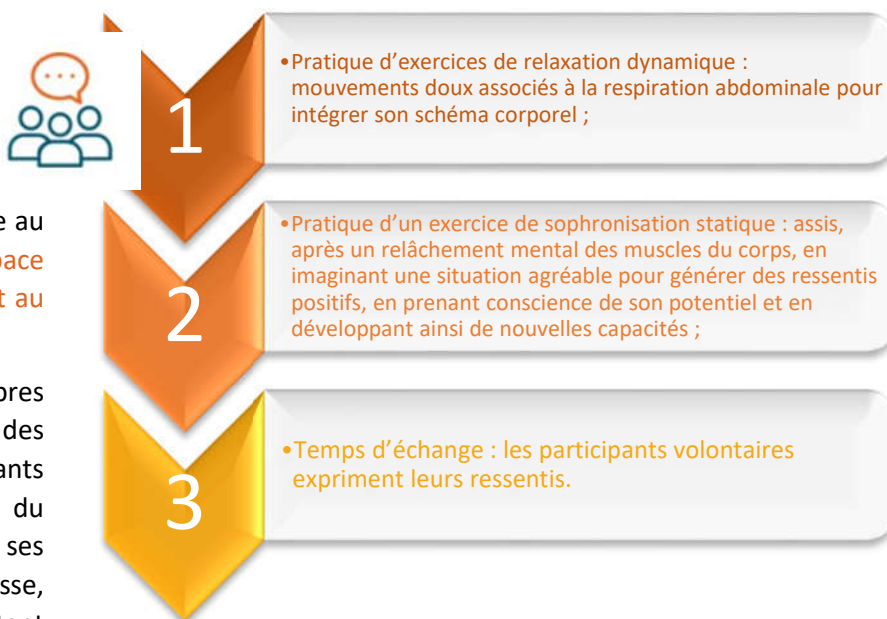
- Ne pas rester seul face à ses difficultés d'aidant familial
- Se rassurer, se soutenir mutuellement
- Echanger ses expériences et bonnes pratiques
- Prendre du recul avec l'aide d'un professionnel extérieur

1.4.40 LA COORDINATION ET LE SUIVI DES ACTIONS

L'équipe des Fenottes est une petite équipe dans laquelle les professionnels sont tous à temps « très » partiel. La **communication est donc très importante** pour rendre le travail

cohérent et fluide, tant sur le plan des actions collectives que des accompagnements individuels.

1.4.40.1 La coordination Interne



1.4.40.1.1 Le groupe projet

Il est à l'**initiative de l'ouverture des Fenottes** au sein d'APF France handicap. Il a conçu voici dix ans, cette offre à l'époque très innovante, avec une philosophie et une expertise sur laquelle aujourd'hui encore, l'équipe s'appuie pour respecter le cadre de son intervention auprès et au service des aidants. C'est avec le groupe projet que l'équipe valide les grandes orientations et les projets dans lesquels le service s'engage.

1.4.40.1.2 La réunion d'équipe

Les **réunions d'équipe** sont l'occasion de penser en équipe le travail effectué auprès des aidants et de réfléchir et décider « d'actions » à proposer /mettre en œuvre tant au niveau individuel que collectif.

Suite à l'AND présentée en amont, les situations des nouveaux aidants sont évoquées lors des réunions d'équipe mensuelles regroupant la chef de service social, la psychologue et la coordinatrice. Présenter les profils des entrées dans le service permet à toutes de prendre la mesure de l'activité du service, d'avoir connaissance des types de demandes et de s'assurer de la cohérence des réponses apportées ainsi que d'avoir une meilleure visibilité sur les partenaires orientant vers les Fenottes.

Lors de ces réunions d'équipe est également évoquée l'évolution des situations **dont le suivi s'avère un peu spécifique ou complexe**. La réflexion commune permet de trouver des solutions et d'élaborer des propositions de réponse « sur mesure ». Certaines situations très dégradées du fait de l'épuisement de l'aidant ont pu faire l'objet d'un signalement décidé en équipe afin de protéger l'aidant comme l'aidé.

1.4.40.1.3 Le « Commun » sur le serveur du SESVAD

Un dossier « **FENOTTES** » accessible uniquement aux salariés intervenant dans ce service rassemble l'ensemble des documents qui formalisent l'activité du service. Ainsi, nous pouvons aisément trouver les informations liées au fonctionnement (ex : le tableau des mardis des aidants qui recense les activités proposées au cours du trimestre.)

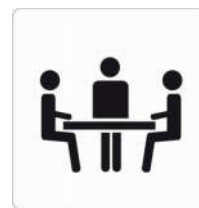
Avec l'évolution des pratiques et au gré du développement du logiciel Easy Suite, certains documents sont sans doute aujourd'hui à réévaluer quant à leur place dans le Commun.

1.4.40.1.4 Le logiciel Easy suite

Une fois la fiche AND remplie par la coordinatrice



ou par la secrétaire, le profil de l'aidant est créé dans le **logiciel de suivi Easy Suite**. Les observations sont rédigées dès qu'il y a eu un contact ou une action, elles permettent à chaque intervenant de prendre connaissance des démarches faites par son collègue, et de proposer un suivi cohérent.



1.4.40.1.5 Les mails

Ils sont un des « **liens** » entre les **professionnels de l'équipe**. L'accent est porté sur le besoin de rédiger des mails avec un objet bien identifié afin qu'ils restent un véritable outil de communication efficace.

1.4.40.2 La coordination externe

1.4.40.2.1 La représentation externe et la communication « spécialisée »

La coordinatrice (ou la chef de service selon les cas) **communique régulièrement** dans la presse, dans les revues spécialisées, auprès des associations de malades et de personnes en situation de handicap, des institutions, sur les différentes activités et temps forts du service des Fenottes. Elle est également sollicitée pour présenter le service lors de forums ou réunions organisés par des associations ou des professionnels des établissements médico-sociaux.

Du fait du **développement de la prise en compte des aidants par les pouvoirs publics**, le service des Fenottes a toujours été très sollicité sur des projets et initiatives favorisant l'aide aux aidants.

1.4.40.2.2 La journée nationale des aidants

Par ailleurs, chaque année, l'équipe propose dans le cadre de la « **journée nationale des aidants** » un temps de rencontre auquel sont associés les aidants accompagnés par le service mais aussi, grâce à une campagne de communication importante, tout aidant familial intéressé ainsi que des professionnels (RH d'entreprise pour leurs salariés aidants familiaux, des services de soin auprès de familles, nos partenaires dont l'offre est très complémentaire et indispensable à celle du service des Fenottes qui coordonne l'ensemble).

La « journée nationale des aidants » **est un temps au cours duquel le service des Fenottes est présenté et représenté par l'équipe** mais aussi par **le groupe projet** afin de

ainsi que toute information qu'elle reçoit (sur les pathologies, les aides techniques, les événements, les études), susceptible d'intéresser les aidants.

1.4.40.2.4 Le Site des



Fenottes

Il a été rénové au cours de l'année 2018. Il permet aux visiteurs :



À PROPOS SERVICES ACTUALITÉ ÉQUIPE CONTACT



communiquer en direct, voire en tête à tête avec les participants. Cela favorise un recueil des besoins et permet de faire évoluer nos actions pour y répondre le plus possible dans la mesure de nos moyens.

1.4.40.2.3 Le « fil d'actualités »

La coordinatrice envoie aussi régulièrement aux aidants un « **fil d'actu** » avec les actualités des partenaires (Une Souris Verte, Resaccel, Réseau R4P, Réseau SEP, AFTC, GRATH, etc.)



La coordinatrice a en charge de l'actualiser et de le faire vivre.

1.4.41 LA FIN DE L'ACCOMPAGNEMENT

Il n'y a **pas de durée définie ou limitée** pour avoir recours au service. C'est à l'initiative de la personne en fonction de ses besoins.

Il peut arriver qu'un accompagnement prenne fin aux Fenottes, du fait d'un déménagement ou du décès de la personne aidée le plus souvent. Dans ce cas nous proposons toujours, durant le temps nécessaire, notre soutien à l'aidant que ce soit pour des démarches administratives ou une simple écoute.

Lorsqu'un **répit à domicile prend fin**, la coordinatrice est informée soit par l'aidant familial soit par le SAP partenaire de l'arrêt du Fenottage. Elle **recontacte alors toujours les deux parties**, afin de savoir ce qui a motivé l'arrêt des interventions et afin de faire un bilan.

1.4.42 LE COUT DES FENOTTES

La coordination et les groupes de formation, de parole ou de relaxation sont **financés dans le cadre de la dotation globale du service** qui est versé mensuellement par douzième par l'Agence Régionale de Santé (ARS) depuis 2017 et sont donc **gratuits pour les aidants familiaux**.

Lorsqu'un aidant familial sollicite un Fenottage (remplacement temporaire par un aidant professionnel), le coût du Service d'Aide à la Personne qui va intervenir est à la charge de l'aidant mais peut-être partiellement ou totalement pris en charge dans le cadre du plan

d'aidant familial » du plan d'aide en heures « prestataires ».

Un CPOM régional avec toutes les structures APF France handicap de la région AURA financées par l'ARS a été signé en avril 2018 pour 5 ans de 2018 à 2022.

F I C H E S A C T I O N :

Création d'un « contrat de répit » afin de faciliter le suivi des Fenottages entre l'aidant, le SAP et le service des Fenottes

FICHE ACTION 1 : Le contrat de répit	
Acteurs/services du SESVAD concernés	
<ul style="list-style-type: none"> - Coordinatrice et chef de services 	<ul style="list-style-type: none"> - SAP conventionnés - Familles ou proches aidants
Contexte Difficulté à assurer un suivi des fenottages initiés par le service	Objectifs Pour avoir une meilleure connaissance et évaluation de l'impact du Fenottage sur la qualité de vie des aidants
Actions	<ul style="list-style-type: none"> - Créer un document de la contractualisation du répit - Rencontrer les 3 SAPS conventionnés pour affiner et valider le document - Evaluer la pertinence de la démarche - Adapter un tableau de bord des fenottages
Outils & Ressources	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ bibliothèque qualité du SESVAD ⇒ modèles de contrats existants
Points de vigilance	S'assurer de l'utilisation de ce nouveau contrat dès les 1ers fenottages de 2019
Partenaires	Les SAP
Pilotes	Coordinatrice du service
Indicateurs de suivi	<ul style="list-style-type: none"> - Qualité de la communication et du recueil d'informations entre les fenottes et les SAP conventionnés - Qualité de la communication et du recueil d'informations entre les fenottes et les familles ou proches aidants
Suivi	Faire un point d'étape à 6 mois de mise en service du nouveau contrat Fin de la période d'expérimentation et d'ajustement : fin 2019

d'aide de la PCH, en convertissant « les heures

7 LA DEMARCHE D'EVALUATION ET D'AMELIORATION DE LA QUALITE

1.5 UNE DEMARCHE GLOBALE CENTREE SUR LA PERSONNE ACCOMPAGNEE : L'APPUI DU CVS

L'article 10 de la loi 2002-2 du 02/01/2002 dite de « rénovation de l'action sociale et médico-sociale » a institué l'obligation d'associer les personnes bénéficiaires des prestations au fonctionnement des services médico-sociaux : celles-ci doivent être en mesure de donner leur avis ou de faire des propositions sur toutes questions concernant le fonctionnement de l'établissement ainsi que sur l'évolution des réponses à apporter.

Le Conseil de la Vie Sociale en place depuis 2005 est composé de 10 personnes accompagnées nouvellement élues en décembre 2016, la directrice du SESVAD, deux salariés élus (une accompagnante sociale et la secrétaire), un administrateur du CA de l'APF France handicap et un membre du Conseil APF du département 69.

Les personnes accompagnées élues étant issues de 8 des 9 services du SESVAD, elles sont un bon panel représentatif (seul le service des Fenottes n'y est pas actuellement représenté).

Le CVS constitue « un pont » entre les personnes accompagnées et les instances politiques d'APF France handicap, au niveau national et local. Un règlement de fonctionnement régit le CVS qui élit son président et son secrétaire.

Du fait de sa création en amont de l'évolution de l'ESVAD en SESVAD, ce CVS, qui a de l'ancienneté, est véritablement actif, ce qui est

complexe dans des services d'accompagnement de personnes qui vivent à domicile. De plus le type de handicap, dont sont porteurs les personnes accompagnées par les services, rend difficile tant la présence aux réunions (problèmes de repérage dans le temps et l'espace, mobilité réduite ...), que la participation effective (troubles de la compréhension, de l'attention, de l'expression ...).

Le CVS s'est donné pour objectifs de :

- **Mieux connaître les problèmes et suggestions du public accompagné** pour être en mesure de le représenter plus efficacement. Cela passe par exemple par l'élaboration et la diffusion d'un questionnaire de satisfaction tous les deux ans par le CVS lui-même, le suivi des événements indésirables avec la Direction, la mise en place d'une boîte mail et d'un profil d'accès propre sur Blue Médi pour les personnes accompagnées.
- **Organiser des journées conviviales**, une à deux fois par an, avec des temps de repas, de loisirs et d'échanges entre des personnes accompagnées par tous les services, ainsi que les professionnels.
- **Communiquer fortement et donc de façon redondante** (Projet de Services, livret d'accueil, plaquette, courrier personnel aux personnes, intervention pendant les journées de rencontre...) sur : « à quoi sert le CVS et comment l'utiliser ? ».
- **Participer aux divers groupes de travail du SESVAD** : les membres,

comme d'autres personnes accompagnées, sont invités à participer aux Plan d'Amélioration de la Qualité, à l'actualisation du Projet de Services, à la démarche d'Evaluation Interne... Par exemple, ils sont actuellement inclus dans la réalisation d'une « charte de la bientraitance au SESVAD » et vont participer à des études de situation dans le cadre de la Réponse Accompagnée Pour Tous.



En plus des élus, des personnes accompagnées intéressées participent régulièrement aux réunions du CVS qui ont lieu en plénière trois fois par an. Chaque réunion fait l'objet d'un ordre du jour élaboré conjointement par le président du CVS et la directrice du SESVAD ainsi que d'un compte rendu réalisé par le secrétaire élu au CVS. Ce compte rendu est adressé à chaque membre du CVS, à tous les salariés du SESVAD, à toutes les personnes en cours d'accompagnement par un de nos services, au territoire APF France handicap Rhône-Ain, à la Direction Régionale et au Conseil National des Usagers. Il est affiché sur les deux sites du SESVAD.

Entre chaque plénière, les élus se rencontrent, en présence du conseiller du Conseil APF de Département d'APF France handicap et des salariés du SESVAD élus, pour préparer la prochaine plénière et aborder différentes problématiques.

Au siège d'APF France handicap existe un **Conseil National des Usagers (CNU)** qui regroupe des présidents élus de CVS locaux.

Le Plan d'Action Bientraitance, que l'on a décrit plus haut au chapitre 1.6.9 (p 45) contribue aussi à cette démarche globale centrée sur les personnes accompagnées.

1.6 UNE EVALUATION GLOBALE DU SESVAD

L'évaluation est issue du cadre de référence des politiques publiques. Elle désigne une démarche visant à la construction d'une appréciation collective sur la valeur des activités ou des prestations délivrées par un ESMS, au regard de critères préalablement explicités, et sur la base d'informations rassemblées et analysées à cet effet. Elle doit permettre la production de connaissances et d'analyses, et détermine la mise en place d'un processus de conduite du changement, dans l'optique d'une amélioration continue du service rendu.

Le décret 2005-223 du 11 mars 2005 qui définit les SAMSAH-SAVS énonce « *... de conduire une évaluation périodique... afin de procéder... aux adaptations nécessaires* ».

L'obligation de procéder à une évaluation des activités et de la qualité des prestations délivrées par les ESSMS a été introduite par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale (voir cadre réglementaire chapitre 3.2)

Le décret du 15 mai 2007 fixe le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des ESMS ainsi que la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi HPST) complète et précise ces dispositions : les ESMS relevant de l'article L. 312-1

du CASF sont tenus de procéder à deux évaluations externes entre la date de l'autorisation et son renouvellement. Le calendrier de celles-ci est fixé par décret.

L'évaluation Interne est réalisée au sein d'un ESMS et constitue un processus continu dont les résultats doivent être périodiquement transmis aux autorités ayant délivré l'autorisation : Métropole de Lyon et/ou ARS AURA.

L'évaluation Externe est définie réglementairement comme une évaluation effectuée par un organisme extérieur à l'ESMS, dûment habilité par l'ANESM, dans des conditions fixées par décret. Elle obéit à une autre périodicité, et ses résultats conditionnent le renouvellement de l'autorisation tous les quinze ans.

Le calendrier des évaluations est directement lié à la période d'autorisation des ESMS. Le cadre et la périodicité des évaluations, sur une période d'autorisation de 15 ans, sont précisés dans l'instruction N°DGCS/ SD5C/2013/427 du 31 décembre 2013.

Cependant depuis le 1 avril 2018, **l'ANESM a rejoint la Haute Autorité de Santé (HAS)**. L'HAS travaille actuellement sur une réforme de l'Evaluation et sur un référentiel commun. Ces réformes devraient entrer en vigueur en 2020.



Jusqu'à ce que cette réforme soit appliquée, nous utilisons à APF France handicap le **référentiel inter associatif (RIA)** 2017 réalisé

en collaboration avec l'ADAPT, l'OVE et l'ASEI qui a mis en place une démarche de questionnement centrée sur la personne. Depuis la version de 2010, APF France handicap a enrichi ce RIA d'un quatrième chapitre lié aux soins. Le RIA a été quelque peu simplifié en 2016 par l'ensemble des associations.

Le référentiel se décline en 4 chapitres :



Puis 11 thèmes (1.1 ; 2.2 ...) et 51 sous-thèmes (1.1a ; 1.1b ...) pour 64 questions évaluatives. L'objectif est d'évaluer l'ensemble du fonctionnement des services à partir du point de vue de la personne accompagnée, des professionnels de l'établissement et des partenaires, en gardant à l'esprit que cet état des lieux et les propositions d'amélioration faites visent à améliorer le service rendu, au long cours.

1.7 LA DEMARCHE QUALITE AU SEIN DU SESVAD

Deux Référents Qualité sont nommés par la Direction et mis à disposition de l'ensemble des services du SESVAD sur l'équivalent d'un 0,20 ETP sur cette mission.

A ce jour, les Référents Qualité sont la coordinatrice SSIAD-GIN SSO et la coordinatrice des Fenottes / Accompagnante Sociale SAVS SE.

1.8 RAPPEL DE L'HISTORIQUE DE LA DEMARCHE

Le 15 septembre 2008, le SESVAD s'est engagé dans une **démarche continue d'amélioration de la qualité**, volonté associative et affirmée par la Direction Générale d'APF France handicap, en adéquation avec la loi 2002-2. Cette démarche repose entièrement sur la responsabilité de la directrice qui nomme les Référents Qualité exerçant cette fonction sans rôle hiérarchique.

Le 13 novembre 2008, la démarche s'est mise en place au travers d'une réunion rassemblant l'ensemble de l'équipe du SESVAD autour d'une formatrice consultante interne. A partir de cette première phase de lancement, un COQUA (Comité Qualité) a été constitué en respectant les exigences de la direction autant que possible : **la pluridisciplinarité des participants et leur appartenance aux différents services du SESVAD.**

Depuis 2008, le **COQUA** a évolué plusieurs fois, il se compose en 2019 de :

- 2 Référents Qualité
- 1 attachée administrative
- 1 chef de service soin
- 1 chef de service social
- 1 Infirmière coordinatrice GIN Secteur Est

Durant plusieurs années de travail, **BlueKanGo et APF France handicap ont co-construit** le logiciel de référence « **Blue Médi** » qui intègre les meilleures pratiques de gestion de la Qualité, des risques et vigilances ainsi que de la documentation pour les structures et la possibilité de réaliser les



évaluations internes de chaque autorisation, en direct.

Le SESVAD a acquis ce logiciel en 2017 afin de **piloter la Qualité et la Gestion des Risques** conformément aux exigences de la Haute Autorité de Santé : de la collecte d'informations terrain, au suivi des actions en temps réel et au déclenchement d'alertes avec indicateurs. Effectivement, ce logiciel pour lequel chaque salariée en CDD de plus de 3 mois ou en CDI, a un accès privé, permet aussi **de déclarer et de traiter d'éventuels Evènements Indésirables.**

L'ensemble du personnel a été formé à l'accès à ce logiciel au cours d'une réunion plénière, puis y a été sensibilisé tant dans un article de notre journal interne, que par de l'affichage ou la possible participation à une permanence Qualité. Enfin, chacun a accès au PowerPoint reprenant la méthodologie permettant d'y déclarer les Evènements Indésirables.

Il est à noter que **les personnes accompagnées ont aussi un profil d'accès générique à Blue Medi.**

Les deux référents qualité, la directrice, la chef de service social et la secrétaire sont formés à l'utilisation et au développement de celui-ci sur le SESVAD.

1.9 L'ÉVALUATION INTERNE ET EXTERNE

A ce jour, le SESVAD compte 9 autorisations, soit 9 services, ouverts entre 2005 et 2014. Tous ne sont pas sous les mêmes obligations de rythme d'Évaluation Interne (EI) et d'Évaluation Externe (EE), vis-à-vis de l'ARS et de la Métropole de Lyon.

Depuis la mise en place de la démarche qualité, les évaluations suivantes ont déjà été réalisées :

SERVICES	EVALUATION INTERNE	EVALUATION EXTERNE
SAMSAH	21/11/2016	Juin 2013
GIN SE	15/02/2019	
SSIAD SE	15/02/2018	
SSIAD SSO	15/02/2018	
GIN SSO	20/07/2018	
Fenottes	21/11/2016	
SAVS SE	21/11/2016	Juin 2013
SAVS SSO	29/12/2017	
Habitat Service	21/11/2016	Juin 2013

Compte tenu de l'envergure et des points abordés dans le Référentiel Inter Associatif de 2017, chaque évaluation, dont toute une partie est générique au SESVAD, occupe un temps important dans le travail global des salariés concernés.

Le SESVAD, avec l'accord de ses financeurs, et le soutien de l'équipe Régionale, ainsi que de l'ancien Directeur National Qualité, a élaboré une proposition de calendrier évaluatif lissé.

Cela revient à :

- **Faire mener une Evaluation Externe par un cabinet dédié, au second**

semestre 2019 (2GIN, 2SSIAD, SAVS SSO, Fenottes).

- **Evaluer, en interne, tous les services, au second semestre 2022.**

2022 devient alors l'année de référence permettant de définir un nouveau point de départ de calcul des dates des EI. A partir de 2022, l'ensemble des services seraient donc évalués un même temps, tant en interne qu'un externe. Cela permettrait également de redonner tout son sens aux mises à jour du Projet de Services, qui s'écrit, au SESVAD, de manière globale.

1.10 LA DEMARCHE D'AMELIORATION QUALITE AU QUOTIDIEN

Un **Plan d'amélioration global** au SESVAD est élaboré pour 5 ans à partir :

- Des résultats des dernières évaluations internes 2017-2018 ;
- Des résultats d'un audit auprès des soignants ;
- De l'ensemble des fiches action élaborées pour 5 ans dans le cadre de la révision du Projet de Services et de l'élaboration d'un Projet de soin en 2018 ;
- Des objectifs fixés pour notre structure dans le cadre du CPOM ARS régional ;
- Des résultats de l'Evaluation Externe à venir en octobre 2019.

La DQ ne s'arrête pas au plan d'action majeur puisqu'en parallèle de **multiples initiatives sont menées au quotidien**.

Ces actions sont déclinées au fil des besoins mais aussi des idées de chacun, des rencontres du COQUA et du CODIR, de l'analyse des Evènements Indésirables, de l'évolution de la législation (par exemple la RGPD ...) ou d'injonctions diverses.

Les besoins mis en lumière lors des Evaluations Internes, ainsi que le travail au quotidien mènent à la création et à la mise à jour constante de Procédures, Modes Opératoires et Formulaires.

Les documents validés en COQUA et approuvés par la Direction sont accessibles aux salariés concernés :



Un **affichage qualité** est présent sur les deux sites. Il annonce les éléments à travailler, le calendrier évaluatif, les actions en cours dans notre démarche d'amélioration continue et les communications du moment (exemple : rétro planning des réunions de travail des sous-groupes dans le cadre de la mise à jour du Projet de Services).

Sur chaque site, les salariés ont accès en un lieu ouvert :



Les Référentes Qualité participaient à des rencontres des Référents Qualité de la région AURA, permettant d'approfondir davantage la question de l'évaluation, mais aussi d'échanger avec des collègues d'autres structures sur leur méthodologie et leur expérience qualité.

Actuellement ces rencontres se sont interrompues. Des temps de formation initiale et approfondie autour du logiciel qualité permettent également un partage d'expérience.

Le **réseau talk spirit** propose aussi ce type de partage, de façon dématérialisée.



1.11 LA QUALITE AUJOURD'HUI ET POUR LES ANNEES A VENIR...

La **revue de direction** annuelle mise en place en 2012 n'est plus suivie de façon formalisée.

Si la directrice et le comité de direction sont bien parties prenantes de la démarche qualité, ils le sont peut-être trop (présence fréquentes au COQUA) au détriment d'une organisation plus limitée et structurée qui permettrait une prise de recul pour une vision globale et un meilleur suivi, dans le temps, du travail sur les pistes d'amélioration alternant avec les périodes d'évaluation de nos services.

Il semble donc important de revenir à l'organigramme de la structure qualité telle que le prévoit le manuel d'amélioration de la qualité proposé par APF France handicap.

Un calendrier évaluatif dérogatoire a été récemment soumis à l'ARS et à la Métropole de Lyon, afin de lisser notre démarche globale d'évaluation et d'amélioration continue.

Enfin une évaluation externe est en cours de programmation pour octobre 2019, à l'issue de la mise à jour du Projet de Services global.



1.12 DISPOSITIF D’EVALUATION DU PROJET DE SERVICES ET LES MODALITES DE COMMUNICATION EVALUER LE PROJET

L A loi du 2 janvier prévoit d’actualiser le projet d’établissement ou de service au moins tous les cinq ans (CASF, art. L.311-8).

D’octobre 2018 à Avril 2019, le SESVAD a procédé à la révision et l’actualisation de son projet de services.

Cela s’est fait à deux niveaux :

- En mettant à jour les éléments descriptifs de la structure en y intégrant les évolutions constatées.
- En revoyant les objectifs d’amélioration inscrits dans le plan d’actions en fonction des contraintes, des opportunités et des évolutions constatées.

Pour évaluer notre projet de services, nous nous appuyons :

- Selon le moment où interviennent les évaluations interne et externe dans le cycle du projet des différents services : sur les conclusions évaluatives (plan d’amélioration de la qualité)
- Sur la réalisation puis l’évaluation des fiches actions intégrées au projet de services

- Sur les rapports d’activité annuels qui permettent une photographie quantitative et qualitative du travail de l’année et des moyens engagés pour le réaliser.
- Sur les résultats de nos campagnes de recueil de la satisfaction des personnes accompagnées
- Sur le nombre et l’analyse des évènements indésirables survenus au SESVAD chaque année.

Communication sur le PS

Le projet de service, associé au rapport d’activité permet aux nouveaux salariés, aux stagiaires et aux partenaires de découvrir les différents services du SESVAD, leurs spécificités, leurs liens. Il est un outil de communication, un repère sur les choix d’action, la philosophie des services.

Par sa forme, il est à l’image du SESVAD : un socle commun de par des valeurs communes, des moyens partagés mais des services distincts répondant à des missions précises et permettant un accompagnement personnalisé selon la logique de parcours.

Le Projet de Services est communiqué à la Métropole, à l’ARS, à la Direction Régionale APF France handicap

Il est sur le site du SESVAD et peut être consulté par tous ceux qui le souhaitent, qui s’intéressent à notre offre de services et à son organisation.

CONCLUSION : PERSPECTIVES ET PROJETS

La mise en œuvre des fiches action et l'évaluation du Projet de Services durant les cinq années à venir se fera, grâce à la Démarche d'amélioration continue de la Qualité au sein du SESVAD, sous l'impulsion de la directrice et animée par les Référents Qualité, le COQUA et les équipes.

Même si nous devons être vigilants à conserver un temps de présence suffisant à la personne accompagnée essentiel dans nos missions d'accompagnement médico-social soutenu, les Plans d'Amélioration successifs de la Qualité nous conduisent à réfléchir « en continu » sur notre organisation. Cette réflexion est menée autant que possible avec les personnes accompagnées du dispositif, et notamment le CVS qui tient aujourd'hui une vraie place aux côtés de l'ensemble des salariés. Il est aussi fondamental que le plus de salariés possible s'engage dans cette démarche pour s'approprier ses objectifs.

Et c'est bien le rôle de APF France handicap, d'être en veille et à l'écoute des attentes des personnes accompagnées et des familles. Par sa vocation de mouvement associatif, APF France handicap permet aux personnes en situation de handicap de faire connaître leurs besoins et leurs souhaits et de participer elles-mêmes à la mise en place, ainsi qu'à l'évolution des services qui répondent à leurs besoins.

APF France handicap défend une politique intégrée et transversale du handicap qui inclut les différents domaines de la société : ressources, emploi, éducation, logement, vie de famille, accès aux transports, aux loisirs etc.

Le secteur médico-social démarre une nouvelle et profonde mutation : désinstitutionnalisation, inclusion, réforme des allocations de ressources, évolution du dispositif d'orientation, zéro sans solution, réforme de l'évaluation...

APF France handicap sur la métropole de Lyon sera concerné pour favoriser la modularité en passant d'une logique de places à une logique de réponse coordonnée - Le zéro sans solution en proposant une réponse à toutes les situations, même les plus complexes - Une souplesse de l'offre en assurant l'existence de l'offre et son adéquation aux besoins.

Il est bien clair qu'aujourd'hui, APF France handicap ne peut pas créer une nouvelle réponse d'accompagnement sans l'articuler avec toutes ses structures et celles des autres associations du département.

Aussi, APF France handicap travaille sur le projet de créer une plateforme adulte de ressources mutualisées dans une logique de parcours combinant :

- De l'hébergement médicalisé ou non médicalisé mono site ou éclaté
- Des prestations de soutien à domicile
- Des solutions de répit
- De l'accueil de jour, séquentiel et temporaire
- Des solutions d'apprentissage de l'autonomie pour garantir une vie autonome à domicile

Ce projet de transformation est travaillé en lien avec la Direction Générale APF France handicap et validé par le CA. L'ARS et la Métropole de Lyon sont mobilisés.

Le SESVAD va donc, à moyen terme, poursuivre son évolution en apportant toute son expérience du parcours des personnes accompagnées, expérimentée depuis sa création en 2005.

La stratégie de gestion et d'organisation adoptée actuellement et dite « efficace et solidaire » se met en œuvre au travers de la mise en place de Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM). Il s'agit pour les services et établissements que ces contrats rassemblent par une mutualisation de leurs moyens, de partager leur réflexion quant à leur situation et leur avenir et de choisir les priorités quant aux projets à réaliser en faisant une analyse de l'existant et des capacités de financement.

Au travers du CPOM, c'est un contrat de confiance qui s'établit de façon renforcée entre les administrateurs de APF France handicap qui définissent les orientations politiques et stratégiques, les gestionnaires qui font le choix de leur mise en œuvre et gagne ainsi en autonomie et en responsabilité et les pouvoirs publics qui jouent un rôle d'évaluation.



8 LISTE DES ANNEXES



1. **Charte APF FRANCE HANDICAP**
2. **Charte de la bientraitance du SESVAD**
3. **Décret SAVS SAMSAH 2005-223 du 11 mars 2005**
4. **Décret 2005-322 du 20 mars 2009**
5. **Feuille de route du SESVAD dans le cadre du CPOM ARS**
6. **Décret n° 2004-613 du 25 juin 2004**
7. **Organigramme du SESVAD**
8. **Projet Personnalisé d'Accompagnement**
9. **Projet de Soins**
10. **Fiches actions**

CHARTRE DE L'A.P.F

Dans la ligne de la Déclaration universelle des droits de l'homme, l'APF, mouvement de personnes handicapées, de leur famille et de personnes valides, affirme la primauté de la personne :

- L'être humain ne peut être réduit à son handicap ou sa maladie quels qu'ils soient.
- En tant que citoyenne, la personne handicapée exerce ses responsabilités dans la société : elle a le choix et la maîtrise de son existence.

L'APF affirme son indépendance de tout parti politique et de toute religion.

L'APF revendique :

- L'intégration de la personne handicapée dans la société, à toutes les étapes de son existence, en tous lieux et en toutes circonstances.
- La prise en compte des préoccupations des familles dès l'annonce du handicap, quelle qu'en soit l'origine.
- L'égalité des chances par la compensation humaine, technique et financière des conséquences du handicap, afin de permettre à la personne handicapée d'acquérir une pleine autonomie.
- La mise en oeuvre d'une politique de prévention et d'information de la société sur les réalités du handicap.

L'APF développe :

- Une dynamique d'insertion pour une plus grande ouverture sur l'extérieur, par les possibilités qu'elle donne d'entrer en relation avec le monde et par les partenariats qu'elle instaure.
- Une égalité effective entre toutes les personnes handicapées, quel que soit leur lieu de résidence.
- La solidarité entre les personnes, handicapées et valides.
- L'accueil et l'écoute des personnes handicapées et des familles.

L'APF s'engage à assurer :

- La place prépondérante de l'adhérent
- Le droit d'expression de tous : adhérents, bénévoles, salariés, usagers
- Le développement de la vie associative à travers toutes ses composantes, condition essentielle de la vitalité de l'association
- La représentation et la défense des intérêts des personnes handicapées et de leur famille
- La qualité de ses services en développant l'observation et l'anticipation, l'innovation et l'expérimentation, l'information et la formation, et en procédant à leur évaluation régulière
- La proximité de son action par sa présence sur l'ensemble du territoire et la cohérence de celle-ci par son organisation nationale

L'APF s'oblige :

- A la rigueur dans la recherche et la gestion des fonds obtenus des pouvoirs publics ou provenant de la générosité du public
- A informer ses donateurs
- A garantir la transparence de ses comptes
- A utiliser les fonds mis à sa disposition en donnant toujours la priorité aux valeurs humaines

CHARTRE DE BIENTRAITANCE

LA BIENTRAITANCE EST L'AFFAIRE DE TOUS...

Personnes accompagnées, familles, professionnels, partenaires... RESTONS VIGILANTS !



La bientraitance est l'ensemble des attitudes et des comportements positifs, constants et réciproques qui s'inscrit dans une relation de confiance. Elle permet de favoriser les bons rapports entre les personnes en partageant des valeurs communes.

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS, DE LA SANTÉ ET DE LA FAMILLE

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

NOR : SANA0424257D

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre des solidarités, de la santé et de la famille,

Vu le code de l'action sociale et des familles, notamment son article L. 312-1 ;

Vu le code de la santé publique ;

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu le code du travail ;

Vu le code de l'éducation ;

Vu le décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier ;

Vu l'avis de la section sociale du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale en date du 9 septembre 2004 ;

Vu la saisine du conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en date du 15 novembre 2004,

Décète :

Art. 1^{er}. – La sous-section 2 de la section 1 du chapitre II du titre I^{er} du livre III du code de l'action sociale et des familles est complétée par un paragraphe 10 ainsi rédigé :

« Paragraphe 10

*« Services d'accompagnement à la vie sociale
et services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés*

« Sous-paragraphe 1

« Services d'accompagnement à la vie sociale

« Art. D. 312-155-5. – Les services d'accompagnement à la vie sociale ont pour vocation de contribuer à la réalisation du projet de vie de personnes adultes handicapées par un accompagnement adapté favorisant le maintien ou la restauration de leurs liens familiaux, sociaux, scolaires, universitaires ou professionnels et facilitant leur accès à l'ensemble des services offerts par la collectivité.

« Art. D. 312-155-6. – Les services mentionnés à l'article D. 312-155-5 prennent en charge des personnes adultes, y compris celles ayant la qualité de travailleur handicapé, dont les déficiences et incapacités rendent nécessaires, dans des proportions adaptées aux besoins de chaque usager :

« a) Une assistance ou un accompagnement pour tout ou partie des actes essentiels de l'existence ;

« b) Un accompagnement social en milieu ouvert et un apprentissage à l'autonomie.

« Art. D. 312-155-7. – Dans le respect du projet de vie et des capacités d'autonomie et de vie sociale de chaque usager, les services définis à l'article D. 312-155-5 organisent et mettent en œuvre tout ou partie des prestations suivantes :

« a) L'évaluation des besoins et des capacités d'autonomie ;

« b) L'identification de l'aide à mettre en œuvre et la délivrance à cet effet d'informations et de conseils personnalisés ;

« c) Le suivi et la coordination des actions des différents intervenants ;

« d) Une assistance, un accompagnement ou une aide dans la réalisation des actes quotidiens de la vie et dans l'accomplissement des activités de la vie domestique et sociale ;

« e) Le soutien des relations avec l'environnement familial et social ;

« f) Un appui et un accompagnement contribuant à l'insertion scolaire, universitaire et professionnelle ou favorisant le maintien de cette insertion ;

« g) Le suivi éducatif et psychologique.

« Les prestations énumérées au présent article sont formalisées dans le cadre du dispositif mentionné au quatrième alinéa de l'article L. 311-4.

« Art. D. 312-155-8. – Les prestations énumérées à l'article D. 312-155-7 sont mises en œuvre par une équipe pluridisciplinaire comprenant ou associant tout ou partie des professionnels suivants :

« a) Des assistants de service social ;

« b) Des auxiliaires de vie sociale ;

« c) Des aides médico-psychologiques ;

« d) Des psychologues ;

« e) Des conseillers en économie sociale et familiale ;

« f) Des éducateurs spécialisés ;

« g) Des moniteurs-éducateurs ;

« h) Des chargés d'insertion.

« Sous-paragraphe 2

« Les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés

« Art. D. 312-155-9. – Les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés ont pour vocation, dans le cadre d'un accompagnement médico-social adapté comportant des prestations de soins, la réalisation des missions visées à l'article D. 312-155-5.

« Art. D. 312-155-10. – Les services définis à l'article D. 312-155-9 prennent en charge des personnes adultes handicapées dont les déficiences et incapacités nécessitent, en sus des interventions mentionnées à l'article D. 312-155-6, et dans des proportions adaptées aux besoins de chaque usager :

« a) Des soins réguliers et coordonnés ;

« b) Un accompagnement médical et paramédical en milieu ouvert.

« Art. D. 312-155-11. – Le projet individualisé d'accompagnement comprend, en sus des prestations mentionnées à l'article D. 312-155-7, tout ou partie des prestations suivantes :

« a) La dispensation et la coordination de soins médicaux et paramédicaux à domicile ou un accompagnement favorisant l'accès aux soins et l'effectivité de leur mise en œuvre ;

« b) Un accompagnement et un suivi médical et paramédical en milieu ordinaire de vie, y compris scolaire, universitaire et professionnel.

Les prestations mentionnées au présent article sont formalisées dans le cadre du dispositif mentionné au quatrième alinéa de l'article L. 311-4.

« Art. D. 312-155-12. – Les prestations mentionnées à l'article D. 312-155-11 sont mises en œuvre par une équipe pluridisciplinaire comprenant, en sus des personnels mentionnés à l'article D. 312-155-8, tout ou partie des professionnels suivants :

« a) Des auxiliaires médicaux régis par le livre III de la quatrième partie du code de la santé publique ;

« b) Des aides-soignants.

« L'équipe pluridisciplinaire comprend ou associe dans tous les cas un médecin.

« Sous-paragraphe 3

« Dispositions communes

« Art. D. 312-155-13. – Les services définis aux articles D. 312-155-5 et D. 312-155-9 prennent en charge et accompagnent des personnes adultes handicapées de façon permanente, temporaire ou selon un mode séquentiel, sur décision de la commission mentionnée à l'article L. 146-9.

« Les prestations correspondantes sont délivrées au domicile de la personne ainsi que dans tous les lieux où s'exercent ses activités sociales, de formation, y compris scolaire et universitaire, et ses activités professionnelles, en milieu ordinaire ou protégé, ainsi que, le cas échéant, dans les locaux du service.

« Art. D. 312-155-14. – Les services mentionnés aux articles D. 312-155-5 et D. 312-155-9 sont autonomes ou rattachés à l'un des établissements ou services mentionnés aux 5^o et 7^o du I de l'article L. 312-1.

« Tout service mentionné à l'alinéa précédent, autonome ou rattaché à un établissement, doit disposer de locaux identifiés permettant d'assurer son fonctionnement, d'organiser les prestations et de favoriser la coordination des personnels.

« Ces locaux peuvent être organisés sous forme de plusieurs antennes.

« Art. D. 312-155-15. – L'usager de l'un des services mentionnés aux articles D. 312-155-5 et D. 312-155-9 participe, avec l'équipe pluridisciplinaire mentionnée aux articles D. 312-155-8 et D. 312-155-12, à l'élaboration de son projet individualisé de prise en charge et d'accompagnement. Ce projet tient compte de son projet de vie et des préconisations de la commission mentionnée à l'article L. 146-9.

« *Art. D. 312-155-16.* – Le service doit être doté des personnels mentionnés aux articles D. 312-155-8 et D. 312-155-12, dont le nombre et la qualification sont appréciés en fonction de la qualification du service, de sa capacité, de ses objectifs et de ses modalités d'organisation et de fonctionnement, tels qu'ils ont été définis dans le projet de service.

« En outre, l'équipe pluridisciplinaire de chaque service peut comporter, en tant que de besoin et dans le respect du projet de service, tout professionnel susceptible de concourir à la réalisation de sa mission.

« L'ensemble des intervenants susmentionnés participent à la réalisation du projet individualisé de prise en charge et d'accompagnement de la personne adulte handicapée.

« *Art. D. 312-155-17.* – Les membres de l'équipe pluridisciplinaire des services mentionnés aux articles D. 312-155-5 et D. 312-155-9 possèdent les diplômes ou les titres à finalité professionnelle nécessaires à l'exercice de leurs compétences.

« Les personnels mentionnés aux articles D. 312-155-8 et D. 312-155-12 peuvent être salariés du service ou de la structure à laquelle il est rattaché ou exercer en libéral lorsqu'ils sont habilités à pratiquer ce mode d'exercice. Dans ce dernier cas, les professionnels libéraux concluent avec la personne morale gestionnaire une convention précisant notamment l'engagement du professionnel libéral à respecter le règlement de fonctionnement et le projet de service, ainsi que les modalités d'exercice du professionnel au sein du service visant à garantir la qualité des prestations.

« Sans préjudice des dispositions de l'alinéa précédent, des conventions fonctionnelles peuvent être passées, avec des personnes physiques ou morales intervenant dans les secteurs social, médico-social et sanitaire proches du domicile de la personne adulte handicapée, pour la réalisation de prestations complémentaires ou de proximité.

« *Art. D. 312-155-18.* – Lorsque le service défini aux articles D. 312-155-5 ou D. 312-155-9 intervient sur un lieu de formation ou de travail, une convention, signée par la personne handicapée, est passée pour la durée de l'intervention avec la personne physique ou morale de droit public ou privé responsable de l'établissement accueillant la personne handicapée ou employant celle-ci.

« Cette convention précise les conditions d'intervention du service, la liste des personnels amenés à intervenir auprès de la personne handicapée avec leur qualification et leur statut, ainsi que leurs modalités d'intervention sur les lieux où s'exercent l'activité de formation, y compris scolaire et universitaire, et l'activité professionnelle.

« Dans le respect des dispositions de l'article L. 311-3 ainsi que des attributions et des contraintes de chacun, la coopération entre le service d'accompagnement à la vie sociale ou le service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés et la personne physique ou morale de droit public ou privé visée au présent article doit permettre :

« a) D'informer l'ensemble des personnes composant l'environnement de la personne handicapée des besoins de celle-ci ;

« b) D'identifier les difficultés susceptibles de survenir et de définir les actions permettant d'y mettre fin ou de les éviter ;

« c) De conduire une évaluation périodique des besoins de la personne handicapée afin de procéder, le cas échéant, aux adaptations nécessaires.

« *Art. D. 312-155-19.* – Les services mentionnés aux articles D. 312-155-5 et D. 312-155-9 doivent satisfaire aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement prévues par le présent paragraphe dans un délai de trois ans à compter de la publication du 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. »

Art. 2. – Le ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, le ministre de l'intérieur, de la sécurité intérieure et des libertés locales, le ministre de l'emploi, du travail et de la cohésion sociale, le ministre des solidarités, de la santé et de la famille, le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie, le ministre de l'agriculture, de l'alimentation, de la pêche et de la ruralité, la ministre déléguée à l'intérieur et la secrétaire d'État aux personnes handicapées sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 11 mars 2005.

JEAN-PIERRE RAFFARIN

Par le Premier ministre :

*Le ministre des solidarités,
de la santé et de la famille,*
PHILIPPE DOUSTE-BLAZY

*Le ministre de l'éducation nationale,
de l'enseignement supérieur
et de la recherche,*
FRANÇOIS FILLON

*Le ministre de l'intérieur,
de la sécurité intérieure
et des libertés locales,*
DOMINIQUE DE VILLEPIN

*Le ministre de l'économie,
des finances et de l'industrie,*
THIERRY BRETON

La ministre déléguée à l'intérieur,
MARIE-JOSÉE ROIG

*Le ministre de l'emploi, du travail
et de la cohésion sociale,*
JEAN-LOUIS BORLOO

*Le ministre de l'agriculture, de l'alimentation,
de la pêche et de la ruralité,*
DOMINIQUE BUSSEREAU

La secrétaire d'Etat aux personnes handicapées,
MARIE-ANNE MONTCHAMP

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES, DE LA FAMILLE, DE LA SOLIDARITÉ ET DE LA VILLE

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

NOR : M TSA 09 03 126 D

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville,

Vu le code de l'action sociale et des familles, notamment ses articles L. 312-1 et L. 344-1-1 ;

Vu le code civil ;

Vu le code de la santé publique ;

Vu le code du tourisme ;

Vu l'avis du Conseil national consultatif des personnes handicapées en date du 13 février 2008 ;

Vu l'avis de la section sociale du comité national de l'organisation sanitaire et sociale en date du 28 février 2008 ;

Vu l'avis du conseil de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés en date du 17 septembre 2008 ;

Vu l'avis du conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en date du 24 septembre 2008 ;

Vu l'avis de la commission consultative de l'évaluation des normes en date du 5 février 2009,

Décrète :

Art. 1^{er}. – Au chapitre IV du titre IV du livre III du code de l'action sociale et des familles (partie réglementaire), il est inséré après la section 1 une section 1-1 ainsi rédigée :

« Section 1-1

*« Etablissements et services accueillant des adultes handicapés
qui n'ont pu acquérir un minimum d'autonomie*

« Paragraphe 1

« Dispositions générales

« Art. D. 344-5-1. – Les dispositions de la présente section sont applicables aux maisons d'accueil spécialisées, aux foyers d'accueil médicalisé et aux services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés mentionnés au 7° de l'article L. 312-1, lorsqu'ils accueillent ou accompagnent des personnes handicapées adultes mentionnées à l'article L. 344-1-1. Ces personnes présentent une situation complexe de handicap, avec altération de leurs capacités de décision et d'action dans les actes essentiels de la vie quotidienne.

« Cette situation résulte :

« a) Soit d'un handicap grave à expression multiple associant déficience motrice et déficience intellectuelle sévère ou profonde et entraînant une restriction extrême de l'autonomie et des possibilités de perception, d'expression et de relation ;

« b) Soit d'une association de déficiences graves avec un retard mental moyen sévère ou profond entraînant une dépendance importante ;

« c) Soit d'une déficience intellectuelle, cognitive ou psychique sévère ou profonde associée à d'autres troubles, dont des troubles du comportement qui perturbent gravement la socialisation et nécessitent une surveillance constante.

« Art. D. 344-5-2. – Les personnes handicapées mentionnées à l'article D. 344-5-1 cumulent tout ou partie des besoins suivants :

« 1° Besoin d'une aide pour la plupart des activités relevant de l'entretien personnel et, le cas échéant, de la mobilité ;

« 2° Besoin d'une aide à la communication et à l'expression de leurs besoins et attentes ;

« 3° Besoin d'une aide pour tout ou partie des tâches et exigences générales et pour la relation avec autrui, notamment pour la prise de décision ;

« 4° Besoin d'un soutien au développement et au maintien des acquisitions cognitives ;

« 5° Besoin de soins de santé réguliers et d'accompagnement psychologique.

« Les besoins d'aide mentionnés du 1° au 3° résultent de difficultés dans la réalisation effective des activités concernées qui, lorsqu'elles sont accomplies, ne peuvent l'être qu'avec l'aide d'un tiers ou avec une surveillance continue.

« Les besoins d'aide, de soutien ou de soins justifient un accompagnement médico-social soutenu.

« Ces besoins sont évalués par l'équipe pluridisciplinaire de la maison départementale des personnes handicapées, dans les conditions fixées à l'article R. 146-28.

« Paragraphe 2

« Dispositions générales sur la qualité et la continuité de l'accompagnement

« Art. D. 344-5-3. – Pour les personnes qu'ils accueillent ou accompagnent, les établissements et services mentionnés à l'article D. 344-5-1 :

« 1° Favorisent, quelle que soit la restriction de leur autonomie, leur relation aux autres et l'expression de leurs choix et de leur consentement en développant toutes leurs possibilités de communication verbale, motrice ou sensorielle, avec le recours à une aide humaine et, si besoin, à une aide technique ;

« 2° Développent leurs potentialités par une stimulation adaptée tout au long de leur existence, maintiennent leurs acquis et favorisent leur apprentissage et leur autonomie par des actions socio-éducatives adaptées en les accompagnant dans l'accomplissement de tous les actes de la vie quotidienne ;

« 3° Favorisent leur participation à une vie sociale, culturelle et sportive par des activités adaptées ;

« 4° Portent une attention permanente à toute expression d'une souffrance physique ou psychique ;

« 5° Veillent au développement de leur vie affective et au maintien du lien avec leur famille ou leurs proches ;

« 6° Garantissent l'intimité en leur préservant un espace de vie privatif ;

« 7° Assurent un accompagnement médical coordonné garantissant la qualité des soins ;

« 8° Privilégient l'accueil des personnes par petits groupes au sein d'unités de vie.

« Paragraphe 3

« Dispositions relatives au contrat de séjour

« Art. D. 344-5-4. – Sans préjudice des dispositions de l'article D. 311, le contrat de séjour mentionné à l'article L. 311-4 :

« 1° Tient compte de la situation spécifique des personnes mentionnées à l'article D. 344-5-1, de leur projet de vie et de leur famille ;

« 2° Détaille les objectifs et les actions de soutien médico-social et éducatif adaptés aux souhaits et capacités de la personne et à son âge ;

« 3° Prévoit, par toute mesure adaptée, la participation de la personne aux réunions et aux décisions la concernant.

« Paragraphe 4

« Dispositions relatives à l'organisation et au fonctionnement des établissements et services

« Art. D. 344-5-5. – Afin de garantir la qualité de l'accueil ou de l'accompagnement des personnes mentionnées à l'article D. 344-5-1, le projet d'établissement ou de service prévu à l'article L. 311-8 :

« 1° Précise les objectifs et les moyens mis en œuvre pour assurer collectivement la qualité d'accueil ou d'accompagnement ;

« 2° Détaille les caractéristiques générales des accompagnements et prestations mis en œuvre par l'établissement ou le service qui constituent le cadre de référence des actions de soutien médico-social et éducatif prévues par le contrat de séjour visé à l'article D. 344-5-4 ;

« 3° Précise les modalités de la mise en place et les missions d'un référent pour chaque personne accompagnée chargé notamment de favoriser la cohérence et la continuité de l'accompagnement ;

« 4° Détaille la composition de l'équipe pluridisciplinaire et précise les modalités de coordination des différents professionnels entre eux et avec les partenaires extérieurs ;

« 5° Sous la responsabilité d'un médecin, organise la coordination des soins au sein de l'établissement ou du service et avec les praticiens extérieurs. Le représentant légal ou la famille y est associé dans le respect des dispositions du code civil et du code de la santé publique relatives aux majeurs protégés ;

« 6° Formalise les procédures relatives à l'amélioration de la qualité de fonctionnement de l'établissement ou du service et des prestations qui sont délivrées ;

« 7° Précise le contenu de la collaboration de l'établissement ou du service avec d'autres partenaires, notamment lorsque la personne est accompagnée par plusieurs structures. Cette collaboration est formalisée et peut donner lieu à la conclusion d'une convention ou s'inscrire dans l'une des autres formules de coopération mentionnées à l'article L. 312-7 ;

« 8° Prévoit les modalités de transmission aux structures d'accompagnement de toute information sur les mesures permettant la continuité et la cohérence de l'accompagnement lorsque la personne est réorientée ;

« 9° Prévoit les modalités d'élaboration d'accès et de transmission des documents mentionnés à l'article D. 344-5-8.

« *Art. D. 344-5-6.* – Pour répondre aux situations nécessitant une intervention d'urgence, les établissements mentionnés à l'article D. 344-5-1 :

« 1° Disposent d'un matériel permettant la restitution et le maintien des fonctions vitales, dans l'attente de la prise en charge des personnes qu'ils accueillent vers un établissement de santé ;

« 2° Passent une convention avec un établissement de santé ayant pour objet de définir les conditions et les modalités de transfert et de prise en charge des personnes.

« *Art. D. 344-5-7.* – L'organisation générale de l'établissement ou du service garantit l'accompagnement de la personne dans sa globalité de manière continue tout au long de l'année.

« Sans préjudice des dispositions des articles R. 311-33 à R. 311-37, le règlement de fonctionnement de l'établissement ou du service détermine les périodes d'ouverture de l'établissement ou du service.

« Pour chaque période de fermeture, l'établissement ou le service, en concertation avec la personne, sa famille, ses proches ou son représentant légal, organise l'accueil de la personne dans sa famille, chez ses proches, dans un établissement ou service médico-social ou dans un séjour de vacances adaptées organisées dans les conditions prévues aux articles R. 412-8 à R. 412-17 du code du tourisme.

« *Art. D. 344-5-8.* – Lorsque la personne accueillie ou accompagnée consulte un professionnel de santé ou est admise temporairement dans un établissement de santé ou est accueillie de façon provisoire dans un établissement ou service de santé, social ou médico-social ou participe à un séjour de vacances adaptées organisées dans les conditions prévues aux articles R. 412-8 à R. 412-17 du code du tourisme, les établissements et services mentionnés à l'article D. 344-5-1 transmettent à l'établissement, au service ou au centre un dossier contenant :

« 1° Une fiche exposant de façon simple les principales caractéristiques et les précautions à prévoir pour le type de handicap présenté par la personne ;

« 2° Une fiche, à l'intention d'un médecin, présentant les informations médicales relatives à la personne ;

« 3° Une fiche de liaison paramédicale indiquant les soins quotidiens et les éventuelles aides techniques dont la personne a besoin ;

« 4° Une fiche sur les habitudes de vie et les conduites à tenir propres à la personne.

« *Art. D. 344-5-9.* – Lorsque la personne est amenée à se déplacer en consultation médicale, paramédicale ou liée à la compensation de son handicap, l'établissement ou le service assure la présence à ses côtés d'une tierce personne la connaissant.

« *Paragraphe 5*

« *Dispositions relatives au personnel*

« *Art. D. 344-5-10.* – Le directeur de l'établissement ou du service a la responsabilité du fonctionnement général de l'établissement ou du service.

« Sans préjudice des dispositions de l'article D. 312-176-5, le directeur est le garant de la qualité de l'accueil et de l'accompagnement des personnes mentionnées à l'article D. 344-5-1. A ce titre, le directeur :

« 1° En concertation avec la personne handicapée, sa famille, son représentant légal et l'équipe pluridisciplinaire, désigne le référent de chaque personne accompagnée, visé au 3° du D. 344-5-5 ;

« 2° Mobilise les moyens propres à assurer la formation continue et le soutien permanent des professionnels.

« *Art. D. 344-5-11.* – La composition et le fonctionnement de l'équipe pluridisciplinaire permettent la réalisation de chaque accompagnement individualisé défini dans les contrats de séjour, en cohérence avec le projet d'établissement ou de service.

« A ce titre, l'équipe pluridisciplinaire :

« 1° Dresse dès l'admission un bilan pluridisciplinaire de l'état général et de la situation de la personne ;

« 2° Veille à l'actualisation de ce bilan dont un exemplaire est adressé chaque année à la famille ou au représentant légal par le directeur ;

« 3° Assure une fonction générale de prévention et de surveillance de la santé physique et psychique ;

« 4° Apporte, dans l'accomplissement des actes essentiels de la vie quotidienne, un accompagnement qui favorise l'apprentissage et l'autonomie des personnes ;

« 5° Favorise l'épanouissement personnel et social de chacune des personnes.

« *Art. D. 344-5-12.* – L'établissement ou le service s'assure le concours d'une équipe pluridisciplinaire disposant de compétences dans les domaines médical, paramédical, psychologique, éducatif et social, de la rééducation et de la réadaptation.

« L'organisation et la composition de l'équipe pluridisciplinaire intervenant auprès des personnes adultes handicapées n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie garantissent :

« 1° Un accompagnement au quotidien dans les actes essentiels de la vie quotidienne et les activités éducatives, sociales, culturelles et sportives ;

« 2° La cohérence et la continuité des soins de toute nature que nécessite l'état de la personne, par la coordination des intervenants ;

« 3° Un encadrement des professionnels dans les conditions prévues à l'article D. 344-5-13.

« Un arrêté du ministre chargé des personnes handicapées et du ministre chargé de la protection sociale détermine les conditions d'application de ces dispositions.

« Dans les établissements et services accueillant des personnes mentionnées à l'article D. 344-5-1, la composition de l'équipe pluridisciplinaire et les effectifs doivent tenir compte des spécificités des personnes accompagnées qui nécessitent un accompagnement renforcé.

« *Art. D. 344-5-13.* – Pour la mise en œuvre des articles D. 344-5-11 et D. 344-5-12, l'équipe pluridisciplinaire comprend ou associe :

« 1° Au moins un membre de chacune des professions suivantes :

« a) Médecin généraliste ;

« b) Educateur spécialisé ;

« c) Moniteur éducateur ;

« d) Assistant de service social ;

« e) Psychologue ;

« f) Infirmier ;

« g) Aide-soignant ;

« h) Aide médico-psychologique ;

« i) Auxiliaire de vie sociale ;

« 2° Selon les besoins des personnes mentionnées à l'article D. 344-5-1, des membres des professions suivantes :

« a) Psychiatre ;

« b) Autres médecins qualifiés spécialistes ;

« c) Kinésithérapeute ;

« d) Psychomotricien ;

« e) Ergothérapeute ;

« f) Orthophoniste ;

« g) Orthoptiste ;

« h) Prothésiste et orthésiste pour l'appareillage des personnes handicapées ;

« i) Diététicien ;

« j) Professeur d'éducation physique et sportive ou éducateur sportif ;

« k) animateur.

« *Art. D. 344-5-14.* – Pour répondre aux obligations fixées aux articles D. 344-5-11 et D. 344-5-12, les professionnels mentionnés à l'article D. 344-5-13 sont titulaires des diplômes mentionnés au présent code ou au code de la santé publique ou titulaires d'une qualification enregistrée au répertoire national des certifications professionnelles prévu à l'article L. 335-6 du code de l'éducation ou, pour les ressortissants d'un autre Etat membre de la Communauté européenne ou d'un autre Etat partie à l'Espace économique européen, d'un titre de formation équivalent.

« L'établissement ou le service a une mission de transmission des savoirs, d'encadrement et d'intégration des nouveaux personnels, stagiaires ou recrutés, dont les modalités d'organisation sont prévues dans le projet d'établissement ou de service.

« *Art. D. 344-5-14.* – Lorsque la taille de l'établissement ou du service ou le nombre de personnes accompagnées ne permettent pas la constitution totale de l'équipe pluridisciplinaire, l'établissement ou le service peut :

« 1° Passer des conventions avec d'autres établissements et services sociaux et médico-sociaux ;

« 2° Etre membre d'un groupement de coopération sanitaire visé à l'article L. 6133-1 du code de la santé publique ou membre d'un des groupements visés à l'article L. 312-7.

« *Art. D. 344-5-15.* – Les personnels de l'équipe pluridisciplinaire peuvent être salariés de l'établissement, du service ou d'une structure avec laquelle est conclue une convention ou qui est membre du même groupement, ou exercer à titre libéral lorsqu'ils sont habilités à pratiquer ce mode d'exercice. Dans ce dernier cas, les professionnels libéraux s'engagent vis-à-vis des établissements ou services visés à l'article D. 344-5-1 à respecter le règlement de fonctionnement et le projet d'établissement ou de service, ainsi qu'à adapter leurs modalités d'intervention afin de garantir la qualité des prestations.

« *Art. D. 344-5-16.* – L'établissement ou le service développe des partenariats avec d'autres établissements et services du secteur afin de mettre en place des actions de formation continue et des modes de soutien communs à l'ensemble de leurs professionnels. Les modes de soutien peuvent prendre la forme d'actions de supervision et d'analyse des pratiques. »

Art. 2. – *Dispositions transitoires.* Les dispositions du présent décret s'appliquent aux établissements et services mentionnés à l'article D. 344-5-1 autorisés à la date d'entrée en vigueur du présent décret dans les conditions suivantes : dans un délai de cinq ans à compter de cette entrée en vigueur et dans le respect des articles L. 313-13 à L. 313-20 du même code, l'autorité qui a délivré l'autorisation s'assure que l'établissement ou le service satisfait aux dispositions de la présente section. L'autorité précise, le cas échéant, par écrit, à la personne physique ou morale gestionnaire de l'établissement ou du service les mesures de nature à garantir la qualité de l'accueil ou de l'accompagnement des personnes concernées.

Art. 3. – Le ministre du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville et la secrétaire d'Etat chargée de la solidarité sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 20 mars 2009.

FRANÇOIS FILLON

Par le Premier ministre :

*Le ministre du travail, des relations sociales,
de la famille, de la solidarité
et de la ville,*

BRICE HORTÉFEUX

*La secrétaire d'Etat
chargée de la solidarité,
VALÉRIE LÉTARD*



CPOM – Annexe 1

FICHE ESMS

Nom de l'établissement : SESVAD 69		N°FINESS ESMS :				
Evolution	Situation actuelle					
	<p>Autorisation actuelle de l'ESMS : SESVAD est composé d'un ensemble d'autorisation : SAMSAH, SAVS, Habitat Service, GIN, SSIAD.</p> <p>Présentation succincte de l'ESMS : Le SESVAD est composé :</p> <ul style="list-style-type: none"> - sur le secteur Est (Villeurbanne) d'un SAMSAH de 20 places, d'un SSIAD de 10 places, d'une garde itinérante de nuit de 26 places, d'un SAVS de 40 places dont 10 places sont fléchées sur la résidence service, une résidence service de 18 studios, un service de baluchonnage, les Fenottes. - Sur le secteur Sud-Ouest (Saint-Genis Laval), d'un SSIAD de 30 places, d'une garde itinérante de nuit de 20 places et d'un SAVS de 40 places 					
Finalité(s)	<p>Détail impact sur recomposition de l'offre : Organiser l'offre sous forme de plateforme de services en lien avec le FAM l'Étincelle.</p>					
Plan d'actions & Calendrier	N° / Intitulé / Description de la fiche actions	N	N+1	N+2	N+3	N+4
	Action 1.1 – Renforcer les missions de soins et de prévention (FA 1.1)	X	X	X	X	X
	<p><i>Axe 1. Prestations de soin et d'accompagnement</i></p> <p><i>Orientation stratégique 1 : Recomposition de l'offre afin de mieux prendre en compte les besoins de certains publics ou les nouveaux besoins des familles</i></p> <p>Description : Renforcement du SSIAD de Villeurbanne avec la création de 11 places supplémentaires. En plus des 5 personnes en liste d'attente (sachant que cette dernière est faible compte tenu du besoin immédiat des usagers qui faute de places se tournent vers une prise en charge par des libéraux), 5 usagers sont actuellement suivis par le SAMSAH faute de places en SSIAD.</p>					
	Action 1.2 – Transformer l'offre Métropole de Lyon dans une logique de parcours et de réponse accompagnée pour tous (FA 1.2)	X	X	X	X	X
<p><i>Axe 1. Prestations de soin et d'accompagnement</i></p> <p><i>Orientation stratégique 1 : Recomposition de l'offre afin de mieux prendre en compte les besoins de certains publics ou les nouveaux besoins des familles</i></p> <p>Description : Créer une plateforme adultes. Promouvoir l'évolution des pratiques professionnelles autour du parcours et dans une approche par les prestations au regard des nomenclatures SERAFIN PH. L'attractivité de certains postes relatifs à des professions en tension et l'intérêt de proposer des postes alternant des modes d'exercice plus diversifiés (institutions/ ambulatoire/ mutualisation en pôles de ressources) peuvent trouver des solutions dans de nouveaux choix organisationnels. Compte tenu des enjeux d'inclusion, cette offre pourrait être divisée sur plusieurs sites de proximité avec comme entité fédératrice une plateforme de ressources.</p>						

	Action 1.3 – Développer des solutions de répit et d'accompagnement des aidants				X	X
<p>Axe 1. Prestations de soin et d'accompagnement</p> <p><i>Orientation stratégique 1 : Recomposition de l'offre afin de mieux prendre en compte les besoins de certains publics ou les nouveaux besoins des familles</i></p> <p>Description : Développement du service des Fenottes par l'augmentation de 0,5 ETP du temps de coordination.</p>						
	Action 1.4 – Améliorer la gestion des listes d'attente et faire évoluer les pratiques pour mieux prendre en compte les besoins des usagers dans une logique de réponses modulées	X	X	X	X	X
<p>Axe 1. Prestations de soin et d'accompagnement</p> <p><i>Orientation stratégique 2 : Modulation des files actives en fonction des orientations à venir du PRS</i></p> <p><i>Orientation stratégique 5 : Harmonisation des modalités de prise en charge, des nomenclatures et outil de recueil d'activité</i></p> <p><i>Fiche action 1.5 – Gestion des listes d'attente – Harmonisation des modalités de prise en charge et des modalités de quantification de l'activité</i></p> <p>Description : Dans le cadre d'une réflexion menée au niveau de la région, le SAMSAH 69 participe à l'étude approfondie du fonctionnement de chacun des services pour identifier des leviers permettant d'augmenter la file active et donc de réduire les listes d'attente. Le SAMSAH 69 intégrera dans son fonctionnement les modalités de mesure de l'activité qui seront définies dans le guide national élaboré par la CNSA. Le SAMSAH 69 participe au travail collectif sur l'élaboration d'une nomenclature commune qui vise à harmoniser le recueil d'information dans Easy Suite et à décrire précisément les prestations servies dans le projet personnalisé des usagers. Le SAMSAH 69 accompagnera les professionnels au changement des pratiques et formera les professionnels à l'utilisation d'Easy Suite. Enfin le SAMSAH 69 produira un rapport d'activité avec des données comparables mettant en exergue la densité de son activité.</p>						
	Action 2.1 – Décliner la procédure nationale des EIG et élaborer un plan d'action conforme à la RBPP comportement-problèmes (sous-action 2.1.4)	X	X	X	X	X
<p>Axe2. Pilotage de la démarche d'amélioration continue de la qualité</p> <p><i>Orientation stratégique 6 : Développer et évaluer la qualité, la sécurité et cartographie des risques, développer les bonnes pratiques et procédures, en positionnant les missions respectives des ESMS et d'appui conseil et de contrôle de la direction régionale</i></p> <p><i>Fiche action 2.1 – Gestion des risques – qualité et sécurité des prestations</i></p> <p>Description : Décliner la procédure nationale de gestion des événements indésirables graves et élaborer un plan d'actions conforme à la recommandation de bonnes pratiques professionnelles permettant d'identifier les facteurs de risque, repérer les problèmes somatiques en utilisant le bloc 1 de la nomenclature Sérafin, mettre à jour le projet de service.</p>						
	Action 2.2 – Réaliser les évaluations internes et externes (sous-action 2.1.5)		X	X	X	X

	<p><i>Axe2. Pilotage de la démarche d'amélioration continue de la qualité</i></p> <p><i>Orientation stratégique 6 : Développer et évaluer la qualité, la sécurité et cartographie des risques, développer les bonnes pratiques et procédures, en positionnant les missions respectives des ESMS et d'appui conseil et de contrôle de la direction régionale</i></p> <p><i>Fiche action 2.1 – Gestion des risques – qualité et sécurité des prestations</i></p> <p>Description : Mener les évaluations internes externes des GIN, SSIAD et Fenottes dont la date limite de réalisation est fixée au 18 décembre 2019 pour l'EE et au 18 décembre 2022 pour l'EI.</p>					
	<p>Action 3.1 – Développer et valoriser les ressources humaines (FA 3.2)</p>	X	X	X	X	X
	<p><i>Axe 3. Mise en place d'une organisation efficiente.</i></p> <p><i>Orientation stratégique 8 : proposer un plan « ressources humaines » d'accompagnement au changement et de prévention des risques psycho-sociaux (formation, mutualisation des compétences, partage des pratiques en interne avec d'autres gestionnaires ...)</i></p> <p>Description : Déployer la barométrie RH pour affiner le diagnostic de terrain et développer la gestion des emplois et parcours professionnels (GPEC). Renforcer la politique managériale en accompagnant l'encadrement dans la conduite du changement et en développant les espaces de professionnalisation des cadres et de partage des pratiques. S'inscrire dans une démarche continue de PRP en utilisant le DUERP comme un outil de management de la santé au travail. Développer une culture de prévention avec une attention particulière sur les RPS.</p>					
	<p>Action 4.1 – Participer au projet « Métropole aidante » (FA 4.2)</p>	X	X	X		
	<p><i>Axe 4. Inscription des ESSMS dans une dynamique territoriale.</i></p> <p><i>Orientation stratégique 10 : Développement des coopérations avec les autres gestionnaires d'ESMS afin de lutter contre l'absence de réponse sur un territoire, si besoin par des modifications concertées des territoires d'intervention.</i></p> <p>Description : Poursuivre le travail de partenariat « Métropole aidante ». Matérialisation d'une convention avec les partenaires associés à cette démarche (Métropole, gestionnaires, France Répit...). Participation à la démarche de conception à la création, mise en œuvre et suivi du centre ressources (guichet unique) pour orienter les aidants vers les dispositifs existants et pour améliorer la complémentarité de l'offre.</p>					
	<p>Action 4.2 – S'inscrire dans une dynamique territoriale (FA 4.4)</p>	X	X	X	X	X
	<p><i>Axe 4. Inscription des ESSMS dans une dynamique territoriale.</i></p> <p><i>Orientation stratégique 11 : Proposer des modalités d'inscription des différents ESMS dans les territoires de parcours PH et dans les futures plateformes territoriales d'appui et proposer des modalités de coopération de chaque ESMS avec l'ensemble des acteurs du territoire, institutionnels et associatifs.</i></p> <p>Description : L'inscription dans une dynamique territoriale se décline de la manière suivante :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Participer au DOP et aux réseaux de prévention des ruptures de parcours - Renforcer les coopérations ES/ESMS et développer des solutions d'aval - Renforcer et mobiliser les compétences et expertises territoriales dans le cadre des PTA - PTA : faciliter le transfert de données usagers tout au long de son parcours 					

Moyens	<p>Action 1.1 : 11 places de SSIAD – 150 000 € de mesures nouvelles ARS</p> <p>Action 1.2 : COPIL Inter structures - Temps dédié des équipes de direction au pilotage du projet</p> <p>Action 1.3 : les Fenottes : 0,5 ETP de temps de coordination = 26 641 € financés sur budget du CPOM en fonction des moyens dégagés</p>
Indicateur(s) de suivi	<p>Elaboration du diagnostic partagé</p> <p>Elaboration du projet de recomposition de l'offre</p> <p>Budget de fonctionnement et d'investissement arrêté</p> <p>Programme immobilier défini</p> <p>Nombre de formations proposées aux aidants</p> <p>Enquête de satisfaction des usagers et de leurs aidants</p> <p>Liste d'attente</p> <p>Part des projets personnalisés décrivant les besoins et prestations proposées</p> <p>Part des projets personnalisés actualisés chaque année</p> <p>Nombre de professionnels impliqués dans la démarche de recueil de l'activité</p> <p>Taux d'occupation logement tremplin</p> <p>Nombre de séjour de répit en logement inclusif : profil des personnes et provenance / âges / durée du séjour</p> <p>Enquêtes de satisfaction (usagers et professionnels)</p> <p>Nombre de maintien dans l'emploi, mobilité interne, de projets qualifiants soutenus, d'entretiens professionnels réalisés, nombre de procédure d'accueil mise en place, nombre d'instances de traitement de RPS mises en place</p> <p>Nombre de réunions partenariales auquel l'APF a participé</p> <p>Conventions signées</p> <p>Présence dans les GOS, instances de coordination, de pilotage et de partage d'information</p> <p>Le SAMSAH est connecté aux outils réseaux de partage d'information (logiciels SISRA, Via-Trajectoire PH, Compilio)</p> <p>Nombre de partenariat formalisés dont existants et nouveaux (conventions)</p> <p>Nombre de concertations inter-partenariales en vue de prévenir les risques de parcours</p>
Indicateur(s) de résultat	<p>Installation effective des nouvelles places</p> <p>Délocalisation effective des ESMS adultes et structures concernés</p> <p>Augmentation du nombre de bénéficiaires des solutions de répit, d'accueil temporaire/séquentiel</p> <p>Une diminution des listes d'attente</p> <p>Une file active à 1,3 en 2020</p> <p>Un langage commun : l'appropriation de la nomenclature SERAFIN PH</p> <p>L'utilisation et l'appropriation d'Easy Suite par tous les professionnels avec une nomenclature des actes permettant la comparaison des données d'activité</p> <p>La production de données harmonisée pour tous les SAMSAH, et comparable</p> <p>Un taux d'activité minimal de 90%</p> <p>Des activités support (réunions, déplacements, projets transverses, ...) inférieures à 30% du volume horaire annuel</p> <p>EI et EE réalisées</p> <p>Production d'une analyse annuelle des EIG par typologie, recherche des causes et élaboration d'actions</p> <p>Mise en œuvre d'un plan d'action suivant la RBPP comportement-problèmes</p> <p>Satisfaction des usagers sur l'accueil</p> <p>100% d'entretiens réalisés</p> <p>100% de fiches de poste déclinées et à jour</p> <p>DUERP complété intégrant le volet RPS</p> <p>Mise en place du centre ressources</p> <p>Identification des dispositifs "d'aide aux aidants" (répit) de l'APF sur la Métropole</p> <p>Nombre d'usagers ayant réintégré un parcours avec le concours du SESVAD</p> <p>Fluidité des solutions de partage d'information (numérique, autres)</p> <p>Taux de participation aux GOS lorsque convoqués : 100%</p>

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PROTECTION SOCIALE

Décret n° 2004-613 du 25 juin 2004 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile, des services d'aide et d'accompagnement à domicile et des services polyvalents d'aide et de soins à domicile

NOR: SANA0421065D

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre de la santé et de la protection sociale,

Vu le code de l'action sociale et des familles, notamment ses articles L. 232-13, L. 311-7, L. 311-8, L. 312-1, L. 312-7, L. 313-1, L. 313-12 ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment son article L. 322-3 ;

Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 6321-1 ;

Vu le code du travail, notamment ses articles L. 129-1 et D. 129-7 ;

Vu le code rural ;

Vu le code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre ;

Vu la loi n° 66-509 du 12 juillet 1966 modifiée relative à l'assurance maladie maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles ;

Vu le décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier ;

Vu le décret n° 2003-1010 du 22 octobre 2003 relatif à la gestion budgétaire, comptable et financière, et aux modalités de financement et de tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, et des établissements mentionnés au 2° de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique ;

Vu le décret n° 2003-1135 du 26 novembre 2003 relatif aux modalités d'autorisation, de création, de transformation ou d'extension d'établissements et services sociaux et médico-sociaux ;

Vu l'avis de la section sociale du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale en date du 4 février 2004 ;

Vu l'avis du comité interministériel de coordination en matière de sécurité sociale en date du 17 février 2004 ;

Vu l'avis du conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés en date du 5 mars 2004 ;

Vu l'avis du conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés en date du 7 avril 2004,

Décète :

TITRE I^{er}

DISPOSITIONS RELATIVES AUX CONDITIONS DE FONCTIONNEMENT DES SERVICES DE SOINS INFIRMIERS À DOMICILE

Art. 1^{er}. – Conformément aux dispositions des 6° et 7° du I de l'article 312-1 du code de l'action sociale et des familles, les services de soins infirmiers à domicile assurent, sur prescription médicale, des prestations de soins infirmiers sous la forme de soins techniques ou de soins de base et relationnels, auprès :

a) De personnes âgées de soixante ans et plus, malades ou dépendantes ;

b) De personnes adultes de moins de soixante ans présentant un handicap ;

c) De personnes adultes de moins de soixante ans atteintes des pathologies chroniques mentionnées au 7° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ou présentant une affection mentionnée aux 3° et 4° de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale.

Art. 2. – Les services mentionnés à l'article 1^{er} interviennent à domicile ou dans les établissements non médicalisés pour personnes âgées et pour personnes adultes handicapées mentionnés aux 6^e et 7^e du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles et dans les établissements mentionnés aux II et III de l'article L. 313-12 de ce même code.

Art. 3. – Les interventions mentionnées à l'article 1^{er} sont assurées par :

1^o Des infirmiers qui exercent les actes relevant de leur compétence, organisent le travail des aides-soignants et des aides médico-psychologiques et assurent, le cas échéant, la liaison avec les autres auxiliaires médicaux ;

2^o Des aides-soignants qui réalisent, sous la responsabilité des infirmiers, les soins de base et relationnels et concourent à l'accomplissement des actes essentiels de la vie correspondant à leur formation et des aides médico-psychologiques ;

3^o Des pédicures-podologues, des ergothérapeutes et des psychologues, en tant que de besoin. Le service de soins infirmiers à domicile doit comprendre un infirmier coordonnateur salarié.

Art. 4. – Tout service de soins infirmiers à domicile dispose de locaux lui permettant d'assurer ses missions, en particulier la coordination des prestations de soins et des personnels mentionnés à l'article 3.

Ces locaux peuvent être organisés sous forme de plusieurs antennes.

Art. 5. – Afin de garantir la continuité des soins et leur bonne coordination, les services de soins infirmiers à domicile assurent eux-mêmes, ou font assurer, les soins mentionnés à l'article 1^{er}, quel que soit le moment où ceux-ci s'avèrent nécessaires.

Art. 6. – Les fonctions de l'infirmier coordonnateur comprennent :

1^o Les activités de coordination du fonctionnement interne du service, notamment :

- a) L'accueil des personnes mentionnées à l'article 1^{er} et de leur entourage ;
- b) L'évaluation des besoins de soins de ces personnes au moyen de visites à leur domicile, afin d'élaborer et de mettre en œuvre les projets individualisés de soins ;
- c) La coordination des professionnels mentionnés à l'article 3 ;

2^o Le cas échéant, les activités d'administration et de gestion du service ;

3^o La participation du service aux activités conduites par le centre local d'information et de coordination mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 232-13 du code de l'action sociale et des familles ;

4^o Le cas échéant, les activités de coordination du service avec les établissements et services sociaux et médico-sociaux, les établissements de santé et les professionnels de santé libéraux concernés, notamment en participant :

- a) Aux formules de coopération sociale et médico-sociale mentionnées à l'article L. 312-7 du code de l'action sociale et des familles ;
- b) Aux formules de coopération sanitaire mentionnées au titre III du livre I^{er} de la sixième partie du code de la santé publique ;
- c) Aux réseaux de santé mentionnés à l'article L. 6321-1 du code de la santé publique ;

5^o En tant que de besoin, des activités de soins auprès des usagers du service.

Art. 7. – Les infirmiers et pédicures-podologues libéraux peuvent exercer au sein d'un service de soins infirmiers à domicile, sous réserve d'avoir conclu une convention avec l'organisme gestionnaire de ce service.

Cette convention comporte au moins les éléments suivants :

1^o L'engagement du professionnel exerçant à titre libéral à respecter le règlement de fonctionnement et le projet de service respectivement mentionnés aux articles L. 311-7 et L. 311-8 du code de l'action sociale et des familles ;

2^o Les modalités d'exercice du professionnel au sein du service, visant à garantir la qualité des soins, et notamment :

- a) Sa collaboration avec l'infirmier coordonnateur mentionné à l'article 3 du présent décret ;
- b) La tenue du dossier de soins des personnes auprès desquelles il intervient ;
- c) Sa contribution à l'élaboration du relevé prévu au second alinéa de l'article 9 du présent décret.

Art. 8. – La praticien-conseil du régime d'assurance maladie dont relève l'assuré est informé par l'organisme gestionnaire du service de soins infirmiers à domicile, dans un délai de cinq jours ouvrables, de toute admission dans le service. Il reçoit alors copie de la prescription établie par le médecin de l'assuré. Il est également informé des modifications apportées au traitement et de toutes les prolongations de prises en charge au-delà du trentième jour et tous les trois mois ensuite.

Art. 9. – A la clôture de l'exercice, le rapport d'activité du service est établi par l'infirmier coordonnateur, selon un modèle et des modalités de transmission à l'autorité mentionnée au b de l'article L. 313-3 du code de l'action sociale et des familles fixés par arrêté du ministre chargé des affaires sociales.

Le service de soins infirmiers à domicile tient le relevé, pour chaque personne bénéficiant de soins visés à l'article 1^{er}, des périodes d'intervention du service, des prescriptions et des indications thérapeutiques qui ont motivé ces interventions, ainsi que de la nature de ces dernières. Ce relevé est tenu à la disposition du médecin inspecteur de santé publique de la direction départementale des affaires sanitaires et sociales et du contrôle médical des organismes d'assurance maladie ainsi que, le cas échéant, du médecin de la commission technique d'orientation et de reclassement professionnel.

TITRE II

LES SERVICES D'AIDE ET D'ACCOMPAGNEMENT À DOMICILE

Art. 10. – Conformément aux dispositions des 6^o et 7^o du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, les services d'aide et d'accompagnement à domicile agréés au titre de l'article L. 129-1 du code du travail qui interviennent auprès des personnes mentionnées à l'article 1^{er} concourent notamment :

- 1^o Au soutien à domicile ;
- 2^o A la préservation ou la restauration de l'autonomie dans l'exercice des activités de la vie quotidienne ;
- 3^o Au maintien ou au développement des activités sociales et des liens avec l'entourage.

Art. 11. – Les services d'aide et d'accompagnement à domicile assurent, au domicile des personnes ou à partir de leur domicile, des prestations de services ménagers et des prestations d'aide à la personne pour les activités ordinaires de la vie et les actes essentiels lorsque ceux-ci sont assimilés à des actes de la vie quotidienne, hors ceux réalisés, sur prescription médicale, par les services mentionnés à l'article 1^{er}.

Ces prestations s'inscrivent dans un projet individualisé d'aide et d'accompagnement élaboré à partir d'une évaluation globale des besoins de la personne.

Art. 12. – La personne morale gestionnaire du service est responsable du projet de service mentionné à l'article L. 311-8 du code de l'action sociale et des familles, notamment de la définition et de la mise en œuvre des modalités d'organisation et de coordination des interventions mentionnées à l'article 10.

Les prestations définies à l'article 11 sont réalisées par des aides à domicile, notamment des auxiliaires de vie sociale.

Art. 13. – Tout service d'aide et d'accompagnement à domicile dispose de locaux lui permettant d'assurer ses missions, en particulier la coordination des prestations et des personnels mentionnés à l'article 12.

Ces locaux peuvent être organisés sous forme de plusieurs antennes.

Art. 14. – Afin de garantir la continuité des interventions et leur bonne coordination, les services d'aide et d'accompagnement à domicile assurent eux-mêmes, ou font assurer, les prestations mentionnées à l'article 10, quel que soit le moment où ceux-ci s'avèrent nécessaires.

TITRE III

LES SERVICES POLYVALENTS D'AIDE ET DE SOINS À DOMICILE

Art. 15. – Les services qui assurent, conformément aux dispositions des 6^o et 7^o du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, les missions d'un service de soins infirmiers à domicile tel que défini à l'article 1^{er} et les missions d'un service d'aide et d'accompagnement à domicile défini à l'article 10 sont dénommés services polyvalents d'aide et de soins à domicile.

Art. 16. – L'élaboration d'un projet individualisé d'aide, d'accompagnement et de soins, sur la base d'une évaluation globale des besoins de la personne, est conduite par une équipe pluridisciplinaire composée des personnels mentionnés aux articles 3 et 12 et coordonnée par un personnel salarié du service.

Art. 17. – Sont applicables aux services polyvalents d'aide et de soins à domicile les dispositions des articles 5 et 14 du présent décret.

TITRE IV

DISPOSITIONS DIVERSES ET TRANSITOIRES

Art. 18. – L'article D. 129-7 du code du travail est ainsi modifié :

1^o Au deuxième alinéa, après les mots : « sur proposition du directeur départemental du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle », la fin de la phrase est supprimée ;

2^o Le troisième alinéa est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :

« Dans le cas des services prestataires organisant l'aide et l'accompagnement à domicile des personnes âgées et des personnes handicapées, l'agrément est subordonné à la délivrance de l'autorisation prévue à l'article L. 313-1 du code de l'action sociale et des familles.

Dans le cas de services portant sur la garde d'enfants de moins de trois ans ou de services mandataires organisant l'aide et l'accompagnement à domicile des personnes âgées et des personnes handicapées, l'agrément est délivré après avis du président du conseil général. Cet avis porte sur la capacité des associations, entreprises et établissements publics hébergeant des personnes âgées demandant l'agrément à assurer une prestation de qualité, notamment en se dotant des moyens humains, matériels et financiers proportionnés à cette exigence. »

Art. 19. – Les services mentionnés aux titres I^{er} et II doivent satisfaire aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement prévues par le présent décret dans un délai de trois ans à compter de sa publication.

Art. 20. – Le décret n° 81-448 du 8 mai 1981 relatif aux conditions d'autorisation et de prise en charge des services de soins à domicile pour personnes âgées est abrogé.

Art. 21. – Le ministre d'Etat, ministre de l'économie, des finances et de l'industrie, le ministre de l'intérieur, de la sécurité intérieure et des libertés locales, le ministre de la santé et de la protection sociale, le ministre de l'agriculture, de l'alimentation, de la pêche et des affaires rurales, le ministre délégué à l'intérieur, porte-parole du Gouvernement, le ministre délégué aux personnes âgées, le secrétaire d'Etat au budget et à la réforme budgétaire et la secrétaire d'Etat aux personnes handicapées sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 25 juin 2004.

JEAN-PIERRE RAFFARIN

Par le Premier ministre :

*Le ministre de la santé
et de la protection sociale,*
PHILIPPE DOUSTE-BLAZY

*Le ministre d'Etat, ministre de l'économie,
des finances et de l'industrie,*
NICOLAS SARKOZY

*Le ministre de l'intérieur,
de la sécurité intérieure
et des libertés locales,*
DOMINIQUE DE VILLEPIN

*Le ministre de l'agriculture, de l'alimentation,
de la pêche et des affaires rurales,*
HERVÉ GAYMARD

*Le ministre délégué à l'intérieur,
porte-parole du Gouvernement,*
JEAN-FRANÇOIS COPÉ

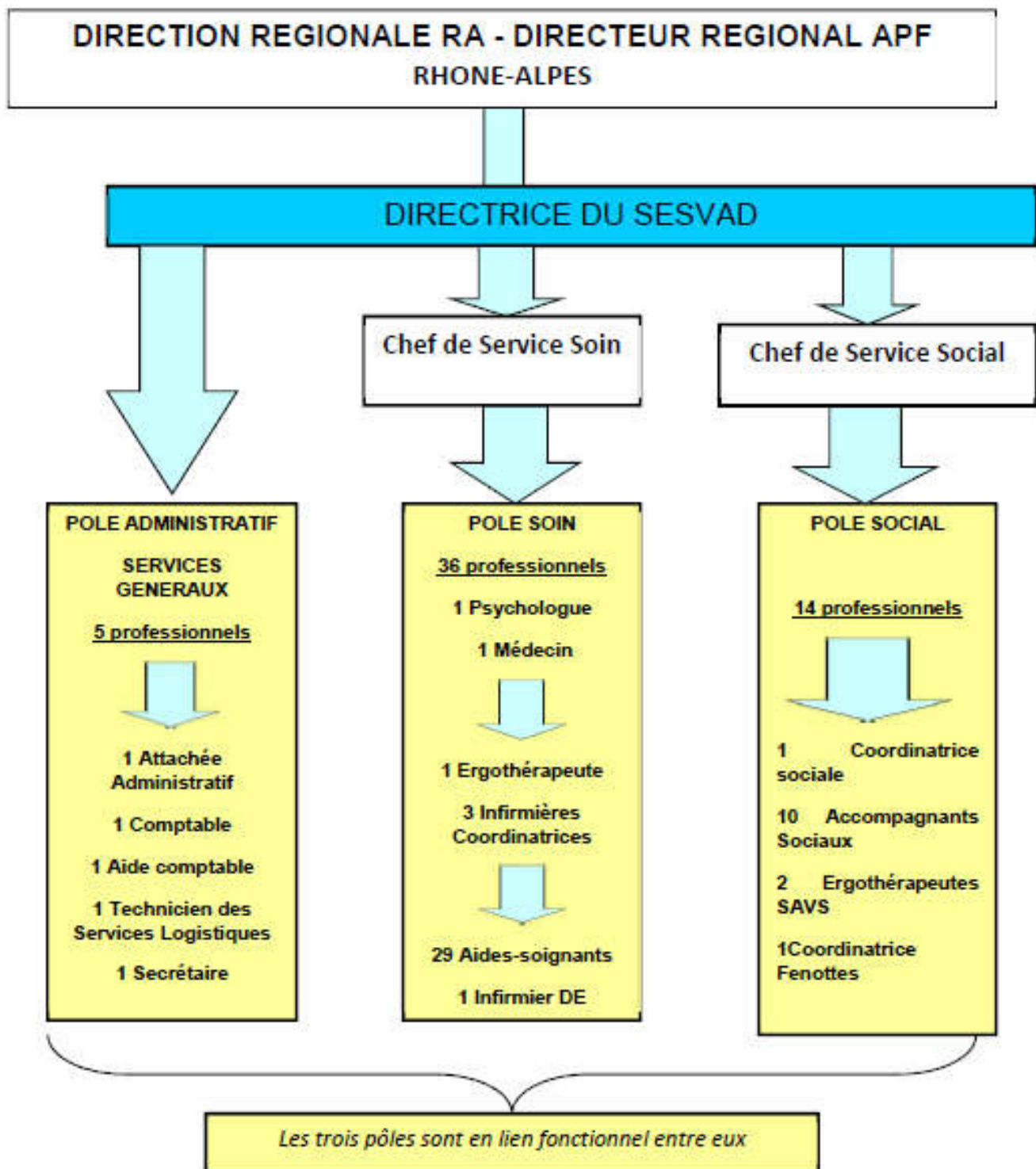
Le ministre délégué aux personnes âgées,
HUBERT FALCO

*Le secrétaire d'Etat au budget
et à la réforme budgétaire,*
DOMINIQUE BUSSEREAU

La secrétaire d'Etat aux personnes handicapées,
MARIE-ANNE MONTCHAMP

Organigramme Fonctionnel

Au 31/12/2018





PROJET PERSONNALISÉ D'ACCOMPAGNEMENT n°1
Avenant au contrat signé le XXXXXX

NOM : XXXXXX Prénom : XXXXXXX date naissance : 23/03/XXX...

Adresse : 10 rue de la pouponnière 69100 VILLEURBANNE

CDA - n° dossier : XXXXXX

Orientation en SAVS

SAMSAH

HABITAT SERVICE

Orientation valable du 01/07/2014 au 01/03/2016

PROJET² : Intégrer un logement autonome

Fréquence des rendez vous :

XXXXXXXX : 1 fois tous les 15 jours

Accompagnante sociale

XXXXXXXX

Ergothérapeute : 1 fois par mois

XXXXXXXX

Infirmière : 1 fois par jour

*Document à remplir dans les 4 mois, avec l'utilisateur.

VISAS

usager ou son représentant

Directeur

Intervenants

Chef de Service

Date

Professionnels accompagnant ce projet : XXXXXXXX

Autres référents	Fonction	Organismes
<u>XXXXXXXX</u>	Ergothérapeute	
<u>XXXXXXXX</u>	Infirmière	
<u>XXXXXXXX</u>	Assistants Sociales	

	Dates	Signatures
RPPA (réunion projet personnalisé d'accompagnement)	Réunion PPA le 09/02/XXXX Prochain PPA le XXXXXX à 14h	

SESVAD -10 rue de la pouponnière 69100 VILLEURBANNE

¹ Barrer mentions inutiles

² A faire remplir par usager (si possible)

Domaines d'intervention	Objectifs fixés	Actions à mettre en place	Par qui	Echéances
SANTÉ (accès aux soins - rendez vous - suivi psychologique)	Bénéficier de la continuité et de la coordination des soins à domicile	<ul style="list-style-type: none"> • Passage des aides-soignants tous les matins pour l'entretien de l'appareil d'aspiration (vidange du bocal), réfection du lit, aide à se chausser si nécessaire, soins relationnels. Mr X est autonome pour les soins de nursing et l'habillage. • Passage tous les jours de l'IDE Samsah du lundi au vendredi pour les soins de trachéotomie (nettoyage de la canule, aspirations) et de la gastrostomie. (Mr X effectue seul les soins de gastro en lien avec l'IDE). A noter que Mr X gère seul les aspirations au quotidien quand sa canule est en place • Changement de la canule 1 fois/mois. • Soins de trachéo effectués par les IDEL le week-end 	XXXXXXX XXXXXXX XXXXXXX XXXXXXX XXXXXXX XXXXXXX	6 mois 6 mois 6 mois 6 mois 6 mois 6 mois
		<ul style="list-style-type: none"> • Prochain RDV chez l'ORL (trachéo) est prévu le 24 mars à l'hôpital de la croix-rousse (tous les 6 mois) • Gestion du matériel de trachéo en lien avec XXXXX et l'IDE SAMSAH • Surveillance du poids tous les 15 jours pendant 2 mois (dernier poids en janvier) en lien avec la surveillance de l'alimentation parentérale • (2 poches de 500ml). Mr X gère seul l'alimentation parentérale. • Coordination faite avec la diététicienne de XXXXX (Mme XXX) tous les 3 mois (dernier entretien téléphonique le 12/01/16) pour la surveillance de la tolérance de la nutrition + surveillance du poids. • Gestion des commandes (matériel alimentation) en lien avec XXXX tous les 28 jours. La coordination se poursuivra entre Mr X ; et XXXX par mail en lien avec l'IDEC. • Changement de la sonde de gastrostomie au mois de décembre (en urgence) prochain RDV à programmer dans 3 mois. • Rééducation kinésithérapeutique Lundi, mercredi, vendredi à domicile • Suivi par Dr XXXXXXXX (médecin traitant) pour renouvellement du traitement et prescription des rééducations. • Abonnement à la GIN en occasionnel. 	XXXXXXX XXXXXXX XXXXXXX XXXXXXX XXXXXXX XXXXXXX XXXXXXX XXXXXXX XXXXXXX XXXXXXX	6mois 6mois 3 mois 6mois 6mois 6mois 6mois 6mois 6mois 6mois
VIE QUOTIDIENNE (alimentation – entretien du linge – du logement – aides techniques – aide humaine – hygiène)	Bénéficier des aides humaines et techniques nécessaires au quotidien	<ul style="list-style-type: none"> • Point régulier avec le service d'aide à la personne XXXXX • Suivi des aides techniques mises en place à l'arrivée à l'Habitat Service et de leur règlement (table de lit, matelas, lit médicalisé..) • Réflexion sur l'acquisition d'un fauteuil roulant électrique et sur les possibilités d'installation du système d'aspiration sur ce fauteuil. • Projet d'acquisition d'une chaise de douche. 	XXXXXXX XXXXXXX XXXXXXX XXXXXXX	6mois 6mois 6mois 6mois
VIE PRATIQUE (droits – démarches administratives – budget)	Etre Aidé et soutenu dans les démarches administratives	<ul style="list-style-type: none"> • Aide et soutien dans les démarches administratives : CARSAT (récupération des versements de la retraite de nov et dec 2015 auprès du trésor public) + dossier de complément de retraite, CPAM pour la régularisation de la prise en charge CMUC du 31/11 au 15/12, démarche pour faire la nouvelle carte vitale, MDPH (demandes de paiement direct au SAP, financement GIN, et aides techniques) • Lien avec XXXX pour la coordination de l'accompagnement. 	XXXXXXX	6mois
VIE SOCIALE (loisirs – activités – vacances – transports et déplacements)	Développer la vie sociale	<ul style="list-style-type: none"> • Réflexion sur l'occupation du temps libre (recherche de lieu accessible pour jouer aux cartes, scrabble). 	XXXXXXX	6mois
HABITAT LOGEMENT (recherche – adaptation)	Rechercher un logement pérenne	<ul style="list-style-type: none"> • Constituer les dossiers auprès des bailleurs sociaux dans la Drôme. 	XXXXXXX	6mois

FICHE ACTION 1 : Le contrat de répit

Acteurs/services du SESVAD concernés	
<ul style="list-style-type: none"> - Coordinatrice et chef de services 	<ul style="list-style-type: none"> - SAP conventionnés - Familles ou proches aidants
<p>Contexte Difficulté à assurer un suivi des Fenottages initiés par le service.</p>	<p>Objectifs Pour avoir une meilleure connaissance et évaluation de l'impact du Fenottage sur la qualité de vie des aidants</p>
<p>Actions</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Créer un document de la contractualisation du répit - Rencontrer les 3 SAPS conventionnés pour affiner et valider le document - Evaluer la pertinence de la démarche - Adapter un tableau de bord des Fenottages
<p>Outils & Ressources</p>	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ bibliothèque qualité du SESVAD ⇒ modèles de contrats existants

<p>Points de vigilance</p>	<p>S'assurer de l'utilisation de ce nouveau contrat dès les 1ers Fenottages de 2019</p>
<p>Partenaires</p>	<p>Les SAP</p>
<p>Pilotes</p>	<p>Coordinatrice du service</p>
<p>Indicateurs de suivi</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Qualité de la communication et du recueil d'informations entre les Fenottes et les SAP conventionnés - Qualité de la communication et du recueil d'informations entre les Fnottes et les familles ou proches aidants
<p>Suivi</p>	<p>Faire un point d'étape à 6 mois de mise en service du nouveau contrat Fin de la période d'expérimentation et d'ajustement : fin 2019</p>
<p>Documents joints</p>	<p>Reco HAS</p>

FICHE ACTION : LES ACTIVITÉS TRANSVERSALES PROPOSÉES AU SESVAD :

Les actions collectives au service de l'accompagnement individuel

Janvier 2019

Acteurs/services du SESVAD concernés :

Tous les services – SAMSAH – SAVS – Habitat service

Contexte :

-La proposition d'ateliers dits ; **collectifs** ; est en suspens depuis un certain temps (*jardinage, logement, cuisine, sorties - culture et loisirs*) au **SAVS**.
-Seuls perdurent **les séances individuelles d'ostéopathie** au SESVAD, gérées par l'infirmière du **SAMSAH** avec un partenaire extérieur (association OSD).

-Quant à l'activité « **Prendre soin de soi** » proposée par deux aides-soignantes du SAMSAH, elle semble se poursuivre mais nous manquons d'informations sur ses modalités d'accès, sa fréquence, son contenu et la participation.

-La volonté de remettre en place des **actions collectives** est réelle du fait de l'intérêt que cela peut représenter pour les personnes accompagnées par les services du SESVAD.

-Elle est inscrite dans le PAQ de l'évaluation interne.

-Le projet de service 2012 englobe toutes ces initiatives en direction des usagers sous l'item :
5.5 Les modalités d'accompagnements

5.5.1 L'accompagnement collectif : Les ateliers

-Le rapport d'activité 2017 englobe toutes ces initiatives en direction des usagers sous l'item :
13 Des prestations spécifiques offertes aux usagers

Objectifs généraux :

1-Distinguer les différentes activités proposées et leur spécificité pour :

→**Une vision globale des offres** du SESVAD au bénéfice des usagers.

→**Une connaissance** par l'ensemble du personnel des modalités de fonctionnement et d'accès.

→**Une information** aux usagers selon les besoins identifiés et/ou exprimés dans le cadre de l'accompagnement individuel.

2-**Communiquer** sur les offres transversales proposées et **leurs particularités** (en groupe, en individuel, à l'extérieur, avec un partenaire, nombres de séances...) :

A)Les RDV bien être (ostéopathie, prendre soin de soi)

B)Ateliers thématiques ou actions collectives

C)Projet collaboratif et créatif (partenariat *TNP*, à l'initiative d'un usager, stagiaire...)

Objectif d'amélioration prioritaire issu du PAQ :

« *Remettre en place les ateliers collectifs, sur tous les sites.* »

Projet :

-**Repenser puis reprendre** l'atelier thématique **logement** avec un format permettant une modulation, des sessions renouvelables d'une année à l'autre selon les besoins identifiés et les acteurs impliqués.

-Intégrer cette dimension dans les PPA.

-Planifier les activités proposées, leur fréquence, à l'année, les acteurs et moyens mobilisés et communiquer ces informations.

-Prévoir une évaluation

Actions

-Réunion d'information et d'échange
-Mise en place de groupe de travail sur plusieurs aspects du thème et planification des étapes
-Mise en commun des ressources et des interlocuteurs par et pour les AS

Outils & Ressources	<ul style="list-style-type: none"> -Projet de service 2018 -Rapport annuel d'activité 2017 -Projets d'activités (sous commun dossier Ateliers collectifs) et classeurs existants -Rapport final CCRA Recherche-Action « Repenser les ateliers collectifs » - Novembre 2015
Points de vigilance	<ul style="list-style-type: none"> -Penser le planning de remise en route progressive -Ne pas multiplier les projets -Veiller à la perception concrète du collectif dans l'individuel par les AS
Partenaires	-Organiser des rencontres avec les partenaires du logement et autres
Pilotes	Chef de service stagiaire (JEL) Chef de service social (MAS)
Indicateurs de suivi	<ul style="list-style-type: none"> -Date des réunions de travail -Session atelier thématique « logement » en juin 2019 et bilan -Programmation sept 2019-Juin 2020
Suivi	Janvier 2019 – juin 2022
Documents joints	-Bilan des échanges autour des « ateliers collectifs » avec les équipes

**FICHE ACTION : ACCUEIL DU STAGIAIRE à L'HABITAT SERVICE
OCTOBRE 2018**

Acteurs/services du SESVAD concernés

Les Professionnels
SAVS Villeurbanne, SAMSAH/ HABITAT
SERVICE

Contexte :

A partir des constats réalisés :

- Lors du déroulement de stages,
- Du fait des durées moyennes demandées et possibles (aspects financiers pour la personne ou les structures (entre 4 et 6 semaines) :

Besoin de penser un accueil et un projet d'accompagnement adaptés.

Objectifs:

Proposer une évaluation pertinente dans le parcours des personnes accompagnées

1. Pour elles-mêmes lors de leur stage
2. En termes d'impact
 - Sur leur projet personnalisé d'accompagnement
 - Pour l'ESMS orientant vers notre dispositif.
3. Optimiser la durée du stage pour la personne
4. Faciliter, par la formalisation de la démarche, la préparation du stage et l'accompagnement du stagiaire
5. Elaborer un document unique traçant le stage : données personnelles, évaluation et bilan.
Et ce, à destination de la personne, des professionnels.

Actions

- Revoir nos documents (Contrat d'accompagnement, bail de sous-location...) pour les rendre spécifiques à ce dispositif d'accueil temporaire.
- Formaliser les modalités de demande de stage dans un mode opératoire
- Conventionner ou actualiser les conventions signées avec les ESMS demandeurs.
- Créer un questionnaire d'évaluation propre aux stagiaires en logements transitionnels
- Améliorer les conditions matérielles d'accueil du stagiaire

Outils & Ressources :

Outils :

- Mode opératoire de l'accueil du stagiaire en cours de réflexion
- Projet d'accompagnement
- Bilan de stage

	Ressources : <ul style="list-style-type: none"> ○ Expériences précédentes de l'accueil de stagiaires ○ Accompagnants sociaux ○ Partage de connaissances et d'expérience avec le CEM de la fondation Richard, établissement ayant conventionné avec le SESVAD pour favoriser l'accueil de jeunes en stage à l'HS.
Points de vigilance	Planifier les stages dans le respect de la charge de travail des professionnels du SESVAD (technicien en charge du suivi des logements, accompagnants sociaux, ergothérapeute, psychologue)
Partenaires	CEM Fondation Richard pour la réflexion MDPH
Pilotes	Chef de service SAVS du SESVAD
Indicateurs de suivi	Nombre de Stagiaires accueillis Evaluation de la satisfaction des Personnes accueillies Evaluation de la satisfaction des ESMS orientant
Suivi	Bilan annuel dans le cadre du RA Analyse des questionnaires de satisfaction
Documents joints	CR de la rencontre avec la Fondation Richard

FICHE ACTION :

Mise en place du document d'analyse du risque infectieux (DARI)

Acteurs :

Médecin coordonnateur, Chef de service soins, Infirmières coordinatrices
Tous les services du SESVAD sont concernés

Contexte :

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

Objectifs :

- Etablir un bilan sur les moyens mis en place pour lutter contre les Infections Associées aux Soins (IAS) et les prévenir.
- Permettre de dégager les points forts et les points faibles du SESVAD dans la prévention des IAS
- Définir un plan d'action précis et spécifique au SESVAD

Actions	<ul style="list-style-type: none">• Création de l'outil DARI (sur site ARS)• Evaluation du niveau de maîtrise du risque infectieux• Analyse des risques infectieux• Plan de communication• Evaluation des actions à mettre en place• Actualisation du plan d'action
Outils & Ressources	<ul style="list-style-type: none">• Manuel d'auto-évaluation (outils disponible sur ce site de l'ARS)

Points de vigilance	
Partenaires	Agence Régionale de lutte contre les infections nosocomiales Agence Régionale de la Santé (ARS)
Pilotes	Médecin Coordonnateur, IDEC, Chef de Service soins ,
Indicateurs de suivi	Auto-Evaluation du GREPHH Nombre/Taux de BMR Nombre /taux salariés formé à l'hygiène des mains Consommation Annuelle SHA et Tabliers UU Nombre d'épidémie Taux de vaccination contre la grippe (salariés et usagers)
Suivi	Janvier à juin 2019

FICHE ACTION 1 : LES SOINS PALLIATIFS

Acteurs/services du SESVAD concernés

Médecin coordonnateur, Chef de service soins, Infirmières coordinatrices
Services du SESVAD concernés : SAMSAH, SSIAD Vill, SSIAD SGL , GIN VLL, GIN SGL

<p>Contexte Nécessité de permettre aux personnes accompagnées de bénéficier d'une fin de vie conforme à leurs souhaits tels que prévus dans les textes de lois et notamment : LOI N°99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit d'accès aux soins palliatifs LOI N°2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, dite loi Leonetti LOI N°2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie, dite loi Claeys-Leonetti</p>	<p>Objectifs</p> <ul style="list-style-type: none"> - Permettre une prise en charge adaptée. - Apporter les connaissances nécessaires théoriques ? - Accompagner les soignants lors d'une PEC palliative.
---	---

ions	<ul style="list-style-type: none"> - S'assurer de la connaissance de la possible désignation d'une personne de confiance - S'assurer de la mise à jour des directives anticipées - Former les soignants à l'accompagnement de la fin de vie. - Se mettre en relation avec une équipe pluridisciplinaire de soins palliatifs - Offrir la possibilité de groupes de paroles lors de situations complexes.
Outils & Ressources	Guide régional des soins palliatifs AURA
Points de vigilance	
Partenaires	Centre Léon Bérard, EMSP, médecins traitants
Pilotes	Psychologue SAMSAH, IDEC, MED Co
Indicateurs de suivi	
Suivi	Septembre 2019 – Juin 2020
Documents joints	

FICHE ACTION : Sécurisation du circuit du médicament

Acteurs/services du SESVAD concernés

Chef de service soins, IDEC, IDE, Med CO
--

Contexte	Objectifs Affiner et finaliser les actions déterminées dans la précédente fiche action
----------	---

Actions	Ajout d'un paragraphe dans le projet d'accompagnement pour information et recueil de l'accord de l'utilisateur ou son représentant pour le partenariat. Sécuriser l'accès aux lieux de stockage des médicaments. Administration, si l'utilisateur ne peut le faire lui-même, aide à la prise par les aides-soignants ou par un aidant Mise à jour des protocoles et procédures relatives
Outils & Ressources	Précédente fiche action réalisée en 07/2017

Points de vigilance	
Partenaires	
Pilotes	
Indicateurs de suivi	Définition des indicateurs de bonne observance des traitements Signalement des accidents iatrogènes
Suivi	
Documents joints	

FICHE ACTION 1 : Améliorer le circuit des urgences pour les personnes en situation de handicap

Acteurs/services du SESVAD concernés

Chef de service soins, infirmières coordinatrices, Référents Qualité

Tout service soin : SAMSAH, SSIAD VILL, SSIAD SGL, GIN SE et SSO

Contexte :

Les personnes en situation de handicap sont amenées à connaître des hospitalisations récurrentes tant en raison de leur handicap que due à des pathologies intercurrentes.

Le passage dans un service d'urgence peut-être traumatisant et déstabilisant pour la personne en situation de handicap.

Le temps d'attente est souvent long et pose des difficultés à la personne (inconfort sur le brancard, difficultés pour certaines à s'exprimer...)

Par ailleurs, en sortie d'hôpital, les professionnels de l'établissement doivent être informés des prises en charge pour garantir la qualité de soins et de l'accompagnement

Objectifs :

- Le 1^{er} objectif est avant tout d'éviter les appels au SAMU et transfert aux urgences autant que faire se peut en associant les médecins traitants dans la PEC des situations « urgentes » de leurs patients accompagnés par nos services
- Permettre aux professionnels des Services d'Accueil d'Urgence (SAU) de disposer des informations nécessaires concernant la PA (handicap, pathologies associées, habitudes de vie, et capacité
- Garantir la prise en compte des moyens d'autonomie
- Eviter ou réduire au maximum les attentes dans les SAU
- Assurer la continuité des soins ainsi que l'accompagnement en retour d'hospitalisation
- Permettre des soins de qualité et un séjour non traumatisant

Actions

- Prendre contact avec les services d'urgence des HCL par secteur d'intervention (CHLS, HEH...) et autres établissements de santé
- Elaborer une convention entre les services de soins du SESVAD et les établissements de santé, une procédure permettant de réduire le temps d'attente aux urgences en y incluant la prise en compte des possibilités de la PH, et la coordination des soins.
- envisager un partenariat avec des services spécifiques (exemple urologie pour les PH identifiées à risque « urologique » PH porteur de Bricker, de cystocath..)

Outils & Ressources	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Convention avec les services d'urgences ⇒ Fiche de liaison (DLU) ⇒ Courrier Médecin traitant
---------------------	--

Points de vigilance	La fiche de liaison doit être actualisée régulièrement.
Partenaires	HCL , différents CH disposant d'un service d'urgence et/ou de services spécialisés en lien avec le handicap
Pilotes	Le chef de service soins et IDEC Secteur Sud-ouest
Indicateurs de suivi	Tableau retraçant les différents transferts aux urgences, motifs....
Suivi	<p>Evaluer la pertinence des fiches de liaison (DLU) et les remettre à jour annuellement ou plus si nécessaire</p> <p>Rencontre régulière avec les établissements de santé partenaires pour faire vivre la convention</p>
Documents joints	<p>DLU</p> <p>Lettre type partenariat médecin traitant</p>

FICHE ACTION : ECRITURE DU PLAN BLEU DU SESVAD
Décembre 2018

Acteurs/services du SESVAD concernés

Tous les services – directrice – médecin - chefs de service - attachée administrative - technicien logistique – Référents Qualité

<p>Contexte : Obligation légale</p> <ul style="list-style-type: none"> - Arrêté 7/07/2005 ; - Arrêté 1/02/2010 ; - Circulaire 2012 ; - Instruction du 4 juillet 2017 	<p>Objectifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Réaliser un plan unique structuré opérationnel permettant une réponse à tous types de risques - Regrouper les procédures actuelles
--	--

<p>Actions</p>	<p>Définir un groupe de travail qui pourra :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Effectuer une analyse des risques - Faire état de l'existence de fiches actions relatives aux risques dépistés - Prioriser les sujets, - Répartir le travail
<p>Outils & Ressources</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Trame régionale plan bleu (M. Bard) - COPIL et groupes de travail - Documents ARS (réunion du 6/11/2017)

Points de vigilance	
Partenaires	Commissariat, Etablissements de santé
Pilotes	Directrice
Indicateurs de suivi	Réunion mensuelle du COPIL
Suivi	Mars 2019 – Septembre 2019
Documents joints	Trame régionale plan bleu

FICHE ACTION : Dossier unique de la personne accompagnée :

Vers la numérisation

Acteurs/services du SESVAD concernés

Accompagnants sociaux, coordinatrices chefs de services, aides-soignants : SAVS, Fenottes, SAMSAH, SSIAD, GIN du SESVAD

Contexte

Obligation conformité avec :

- Loi du 2 janvier 2002
- RGPD du 27 avril 2016
- Responsabilité Sociale des Entreprises

CPOM et nouvelles orientations : favoriser le parcours de la personne au sein du SESVAD

Objectifs

Tendre vers le dossier unique de la personne accompagnée

Faciliter la gestion transversale du dossier

Uniformiser et simplifier le contenu des dossiers

Garantir une meilleure protection des données

Limiter l'utilisation du papier

Limiter les documents à mettre à jour (gagner en temps de démarches administratives)

Adapter notre organisation aux évolutions technologiques

Faciliter les prises de relais entre professionnels (pendant absence de l'un d'entre eux)

Faciliter l'archivage

Finalité : Mise en place d'un Dossier Unique Informatisé partagé par tous les professionnels avec à terme, un logiciel unique.

Actions

Création d'une fiche repère sur les attendus
Audit et tests des différents logiciels utilisés.
Changer les pratiques : scanner au lieu de copier.

Créer une arborescence du dossier (easy suite et Commun)

Réviser les documents contractuels en terme d'information sur la protection des données...

Soins :

- Individualiser les accès au logiciel de soins
- Former les équipes à la transmission d'information
- Création d'un dossier par personne accompagnée

	Social : Création d'un dossier par personne accompagnée sur le commun avec accès limités à certains professionnels Vider les sessions de chaque professionnel.
Outils & Ressources	Guide ANAES – Dossier du patient juin 2003 RBPP dossier unique de l'utilisateur Solliciter la secrétaire pour former les équipes à l'utilisation du routeur

Points de vigilance	Respecter le planning des actions pour passer du dossier papier au dossier numérisé. Suivre les évolutions du logiciel Easy suite
Partenaires	Solware, DMS, Menestrel
Pilotes	Chef de service social et Référente soin
Indicateurs de suivi	La satisfaction des équipes face au changement Diminution du volume des impressions Qualité de la traçabilité des suivis.
Suivi	Janvier à Avril 2019 : uniformisation des différents dossiers et expérimentation Suivi des améliorations portées
Documents joints	CR réunion de travail sur les évolutions du Dossier unique de la personne

FICHE ACTION : COMPORTEMENTS PROBLEMES Décembre 2018

Acteurs/services du SESVAD concernés

Tous les services – directrice – médecin - chefs de service - référents bienveillance et Référents Qualité – CHSCT – COPREV – COFIL DUERP

Contexte :

- Plan d'action Bienveillance
- Plan d'action Coté Travail
- Usagers ayant des comportements problème

Objectifs :

- Favoriser le bien-être au travail
- Limiter les risques psycho sociaux

Actions

- Créer une commission éthique en vue d'améliorer les pratiques professionnelles dans la mesure où les professionnels se retrouvent souvent en difficultés pour résoudre des situations singulières, complexes, en particulier au domicile des usagers.
- Se doter d'un cadre méthodologique de réflexion et d'aide à la décision grâce à une formation début 2019 de 3 jours

Outils & Ressources

- RBPP ANESM : les "comportements-problèmes" au sein des établissements et services accueillant des enfants et adultes handicapés : Prévention et Réponses – décembre 2016
- Acquis de la formation

Points de vigilance

Partenaires

Pilotes

Indicateurs de suivi

Autres structures APF dont l'Étincelle

Directrice – Référents bienveillance

- Date mise en place de la commission
- Nombre de commissions annuelles
- Suivi de la satisfaction des salariés

Suivi	Janvier 2019 – juin 2019
Documents joints	Projet de formation : « Mettre en place et animer un commission éthique »