Projet d'établissement

Association Lorraine d'Aide aux personnes Gravement Handicapées

Maison d'Accueil Spécialisée Nancy

ALAGH

2013-2017

Maison d'Accueil Spécialisée ALAGH

1661, avenue Raymond Pinchard
54 000 NANCY

Tél : 03 83 93 49 99
Fax : 03 83 93 49 98
contact@alagh.org
www.alagh.fr

SOMMAIRE

Avant-propos 4

I - CADRE DE REFERENCE 5
1.1 Textes législatifs et réglementaires régissant le fonctionnement de l'établissement 5
1.2 Autres textes de référence importants pour le fonctionnement de l'établissement 7
II - LA POPULATION ACCOMPAGNEE 9
2.1. Agrément et critères d'admission de la population accueillie 9
2.2. Caractéristiques des personnes accueillies 9
2.3. Une évolution du public accueilli marquée par une dépendance croissante 11
2.3.1. Le vieillissement des personnes accueillies et ses conséquences 11
2.3.2. Les besoins spécifiques des personnes atteintes de troubles cognitifs sévères 12
III - PHILOSOPHIE ET FINALITES DE L'INSTITUTION 13
3.1. Les valeurs 13
3.2. Les objectifs 13
3.3. Appuis théoriques et éthiques 14
IV - LES DISPOSITIONS INSTITUTIONNELLES MISES EN OEUVRE 18
4.1. L'admission 18
4.2 L'accueil 19
4.2.1. Le sens de l'accueil 19
4.2.2. Les informations transmises à l'accueil à l'usager 19
4.2.3. Les différents types d'accueils 19
4.3. Le contrat de séjour 20
4.4. Le projet personnalisé 20
4.4.1. La personnalisation et les différents niveaux de projet 20
4.4.2. L'évaluation des besoins de l'usager 21
4.4.3. L'élaboration, la mise en œuvre et le suivi du projet personnalisé 21
4.4.4. Le référent du projet personnalisé 22
4.5. Droits et devoirs de l'usager 23
4.6. La confidentialité 24
4.7. Les domaines d'intervention 24
4.7.1. Les besoins fondamentaux 24
4.7.2. Les soins 25
4.7.3. La vie sociale : ouverture à l'environnement 27
4.7.4. L'accompagnement à la fin de vie 28
4.8. La vie affective et sexuelle 28
4.9. Les réseaux et les partenariats 29
4.10. La prévention et traitement des faits de maltraitances 29
4.10.2 Procédures de signalement 30
4.11. Lieu d'expression des usagers et familles 30
4.12. Les relations avec la famille 31
4.13. Les limites de l'accueil 31
V - L'ORGANISATION DE L'INSTITUTION 32
5.1 Organisation générale (organigramme) 32
5.2 Les moyens humains 32
5.2.1 Les professionnels 32
5.2.2 Les personnes en formation 35
5.2.3 Les bénévoles 36
5.3 Les activités et animations diverses 36
5.4 Les temps forts de la vie institutionnelle 37
5.5 Les moyens institués 37
5.5.1 Les réunions 37
5.5.2 Les dossiers des résidents 39
5.5.3 La formation continue 39
5.5.4 Les modalités d'information et de communication entre professionnels 39
5.5.5 Les outils d'évaluation et la démarche qualité 39
5.6 Les moyens matériels 40
5.6.1 Les locaux 40
5.6.2 Les équipements spécifiques 41
5.6.3 Les transports 41
5.7 Les moyens financiers 41
VI - LES PERSPECTIVES D'EVOLUTION 43
6.1. 2013-2015 : Les questions en cours / à traiter à court terme 43
6.2. 2015-2017 : Les questions à traiter à moyen et long terme 45
VII - LES MODALITES DE MISE EN ŒUVRE DU PROJET 46
7.1. Rôle de références du projet et articulation avec les autres documents institutionnels 46
7.2. Suivi et évaluation 46
7.3. Diffusion/exploitation 46
GLOSSAIRE DES SIGLES 47
VIII - DOCUMENTS ANNEXES 49

AVANT-PROPOS

Le présent projet d'établissement a été conçu dans la continuité du projet précédent, qui couvrait la période 2008-2012 ; il permet de faire vivre, dans le fonctionnement de ses établissements, les valeurs et les principes portés par le projet associatif de l'ALAGH.

Il prend en compte, dans cette actualisation, les résultats de l'évaluation interne 2010 ainsi que l'évolution réglementaire. Dans ce sens, il n'est pas seulement un descriptif précis de pratiques instaurées mais présente une dimension de projection vers l'avenir et d'évolution dans les modes de fonctionnement.

Un projet d'établissement, c'est avant tout un outil de travail pour les professionnels, une référence au regard des pratiques de terrain ; pour atteindre cette ambition, nous l'avons donc construit avec les professionnels de l'ALAGH, en s'appuyant sur les compétences de l'équipe d'encadrement mais en impliquant également des représentants de tous les groupes professionnels. En cela, nous avons bénéficié de l'appui technique du CREAI Champagne Ardenne, qui nous a apporté les éléments de méthode mais également d'articulation avec la réglementation et les recommandations de l'ANESM.

Le périmètre de ce projet d'établissement couvre en fait la Maison d'Accueil Spécialisée et le Foyer d'Accueil Médicalisé de Nancy ; dans la mesure où ces établissements sont indissociables dans leur fonctionnement, il était essentiel d'écrire un projet commun. Toutefois, bénéficiant de 2 agréments différents et de 2 modes d'accueil différents mais complémentaires (hébergement pour la Maison d'Accueil Spécialisée, accueil de jour pour le Foyer d'Accueil Médicalisé), nous avons pris en compte cette complexité en écrivant 2 projets distincts mais présentant un socle commun très conséquent.

La rédaction de ce projet, si elle est l'aboutissement d'une démarche, constitue également le début d'un nouveau cycle de la vie de nos établissements, pendant lequel nous devrons veiller à la mise en œuvre des évolutions projetées mais également assurer l'actualisation des projets de service qui s'y rattachent.

Un certain nombre de documents annexes sont proposés comme sources d'informations complémentaires.

CADRE DE RÉFÉRENCE

1

1.1 TEXTES LÉGISLATIFS ET RÉGLEMENTAIRES RÉGISSANT LE FONCTIONNEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT

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

La loi 2002-2 garantit à toute personne prise en charge par les établissements sociaux et médico-sociaux :

- L'exercice des droits et libertés individuelles
- Le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité, de sa sécurité
- La confidentialité des informations la concernant, l'accès à toute information ou document relatif à sa prise en charge.

Elle affirme que « le bénéficiaire est un acteur libre et que les dispositifs sont à son service », c'est-à-dire qu'elle met le bénéficiaire au cœur des prestations, avec droit de regard et de discussion de ces prestations. Il s'agit de ne plus faire pour l'usager mais avec l'usager.

Cette nouvelle approche suppose que l'équipe institutionnelle :

- Propose à l'usager une prestation adaptée à sa situation, en accord avec ce qu'il est, ses choix et ce qu'il souhaite vivre
- Accepte que l'usager fasse des choix, en fonction de ses compétences
- Rédige un contrat individuel écrit actant les modalités individuelles de prise en charge d'une personne au regard de ses attentes, le contrat devant être signé à la fois par l'établissement et par le bénéficiaire de la prise en charge.

La mise en œuvre de la loi dans les établissements a pour conséquence la nécessité de clarifier la relation usager – institution.

La mise en œuvre des projets personnalisés se situent au cœur du projet d'établissement, qui positionne le résident comme acteur central. Pour servir le projet personnalisé, l'établissement choisit de mettre en lien les professionnels et d'articuler les prestations qu'ils délivrent selon plusieurs grands principes :

- Partir des centres d'intérêt et des potentialités de la personne
- Donner une marge de liberté
- Conjuguer l'individuel et le collectif
- Mobiliser, valoriser les ressources des personnes

Loi du 4 mars 2002 relative aux droits du patient

Bien qu'établissements médico-sociaux, la loi relative aux droits du patient nous intéresse, car les MAS et FAM ont des missions de soins médicaux et paramédicaux. Trois points essentiels dans la loi :

- Recherche du consentement du patient
- Droit à l'information sur son état de santé
- Droit d'accès au dossier médical

NB. Concernant les majeurs protégés, certains de ces droits peuvent être mis en œuvre en mobilisant le représentant légal.

Loi 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

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

Plusieurs grands principes dans la loi :

- **Projet de vie et création des MDPH**
- **Compensation** : la réponse donnée à chacun n'est pas égale à déficience égale, mais à situations différentes
- **Accessibilité généralisée** : accès de tous à tout et participation à la vie sociale

Loi du 21 juillet 2009 Hôpital Patients Santé Territoires

L'esprit de la loi est de décloisonner les secteurs sanitaire et médico-social.
Principales dispositions :

- Création des **Agences Régionales de la Santé**, qui ont repris les missions des Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH - autorité de tutelle des hôpitaux) et certaines missions des Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS). Ainsi, les ARS deviennent les autorités de contrôle et de tarification des MAS et FAM.
- Substitution de la procédure d'**appel à projet** à l'ancienne procédure de création de places en établissement médico-social.
- Autre disposition concrète pour les établissements et services médico-sociaux : l'**aide à la prise des médicaments**. Cette aide est assimilée à un acte de la vie courante si elle ne présente pas de difficulté d'administration, ni d'apprentissage particulier. C'est le libellé de la prescription médicale qui permet de distinguer acte de la vie courante ou non.

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

- Précise les besoins des personnes accueillies : entretien personnel, mobilité, communication, relation avec autrui, prise de décision, soins de santé, accompagnement psychologique
- Précise les missions de l'établissement (art. D344-5-3 du CASF) : « pour les personnes qu'ils accompagnent, les établissements
    - 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
    - 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
    - favorisent leur participation à une vie sociale, culturelle et sportive par des activités adaptées
    - portent une attention permanente à toute expression d'une souffrance physique ou psychique

- veillent au développement de leur vie affective et au maintien du lien avec leur famille ou leurs proches
- garantissent l'intimité en leur préservant un espace de vie privatif
- assurent un accompagnement médical coordonné garantissant la qualité des soins
- privilégient l'accueil des personnes par petits groupes au sein d'« unités de vie » »

- Précise l'organisation de la réalisation de ces missions, et notamment
  - la composition de l'équipe pluridisciplinaire
  - l'existence et le rôle d'un référent pour chaque personne accompagnée.

Décret du 17 mars 2004 relatif à l'accueil temporaire dans les établissements médico-sociaux

- Définition de l'accueil temporaire : « Accueil organisé pour une durée limitée, le cas échéant sur un mode séquentiel, à temps complet ou partiel, avec ou sans hébergement, y compris en accueil de jour »
- Précision des finalités de l'accueil temporaire : « L'accueil temporaire vise à développer ou maintenir les acquis et l'autonomie de la personne accueillie et faciliter ou préserver son intégration sociale » ; « Périodes de répit ou de transition entre deux prises en charge »
- Nécessité d'une orientation de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées
- Est limité à 90 jours par an.

1.2 AUTRES TEXTES DE RÉFÉRENCE IMPORTANTS POUR LE FONCTIONNEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT

Loi n°2007-308 du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs

« *Toute personne dans l'impossibilité de pourvoir seule à ses intérêts en raison d'une altération, médicalement constatée, soit de ses facultés mentales, soit de ses facultés corporelles de nature à empêcher l'expression de sa volonté peut bénéficier d'une mesure de protection juridique* » (art C.civ 425 nouveau).

Points essentiels :

- Information de personne
- Si son état le permet, le majeur protégé prend seul les décisions relatives à sa personne (liberté de décision).
- Nouveaux éléments législatifs relatifs au mariage, au PACS, au droit de vote

Différents degrés de protection juridique :

- **Tutelle** : représentation dans les actes de la vie civile
- **Curatelle** : assistance dans les actes de la vie civile

La curatelle a « pour objet d'assister ou de contrôler de façon continue et dans les actes importants de la vie civile, le majeur qui sans être hors d'état d'agir lui-même, nécessite du fait de l'altération de ses facultés personnelles, d'être **assisté ou contrôlé**. » (Site internet UNAF).

On distingue deux types de curatelle :

- Curatelle simple : le protégé accomplit seul les actes de gestion courante (il perçoit ses revenus et règle les dépenses). Il est assisté par son curateur pour la gestion de son patrimoine.
- Curatelle renforcée : Le curateur percevra seul les revenus du majeur à protéger, en assurera les dépenses, sur un compte ouvert au nom de celui-ci.

La Curatelle est un régime d'ASSISTANCE.

La tutelle « est une mesure judiciaire destinée à protéger une personne majeure et/ou tout ou partie de son patrimoine si elle n'est plus en état de veiller sur ses propres intérêts. Un tuteur la représente dans les actes de la vie civile. Le juge peut énumérer à tout moment, les actes que la personne peut faire seule au cas par cas » (ex : droit de vote).
Contrairement à la curatelle, la tutelle est un régime de REPRESENTATION.

Recommandation DGAS de juin 2007 relative à la gestion du dossier de la personne accueillie

Aborde plusieurs points importants, notamment : le caractère inéluctable du dossier, sa structuration possible, la notion de dossier unique, la notion de secret professionnel, etc. Ces points sont détaillés dans la partie spécifique consacrée au dossier.

Recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM

Plusieurs RBPP de l'Agence Nationale de l'Evaluation Sociale et Médico-sociale (ANESM) apparaissent particulièrement importantes pour l'établissement, et doivent être consultables (et consultées) par l'ensemble des membres de l'équipe :

- **Projet personnalisé** (« les attentes de la personne et le projet personnalisé » – décembre 2008)
- **Bientraitance** (« la bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre » – juin 2008)
- **Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil** (« concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement » – septembre 2009)
- **Ouverture de l'établissement à et sur l'environnement** (« ouverture de l'établissement à et sur son environnement » - décembre 2008)
- **Participation des usagers** (« expression et participation des usagers dans les établissements relevant de l'inclusion sociale » - mars 2008) (« participation des personnes protégées dans la mise en œuvre des mesures de protection juridique » - avril 2012)
- **L'accompagnement à la santé de la personne handicapée** (« l'accompagnement à la santé de la personne handicapée » – juillet 2013)
- **Qualité de vie en MAS-FAM** (« qualité de vie en MAS-FAM volet 1 » - juillet 2013 et « qualité de vie en MAS-FAM volet 2 » - décembre 2013)

L'ensemble des recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM est disponible en libre consultation sur le site intranet de l'établissement.

Recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS)

- « Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé » - mai 2012
- « Accès aux informations concernant la santé d'une personne : modalités pratiques et accompagnement » - Décembre 2005
- « Stratégie d'antibiothérapie et prévention des résistances bactériennes en établissement de santé » - Avril 2008
- « Consultation diététique réalisée par un diététicien » - Janvier 2006

Ces recommandations HAS sont disponibles en libre consultation sur le site intranet de l'établissement.

LA POPULATION ACCOMPAGNÉE

II

2.1. AGRÉMENT ET CRITÈRES D'ADMISSION DE LA POPULATION ACCUEILLIE

La Maison d'accueil spécialisée dispose d'un agrément de 54 places en hébergement durable et 6 places d'hébergement temporaire. Les personnes viennent en majorité de Meurthe-et-Moselle ou plus généralement de Lorraine.

Le profil du public visé par chacune des structures de l'ALAGH Nancy est identique : la MAS accueille, sur décision d'orientation prise par la CDAPH, des personnes adultes handicapées qui n'ont pu acquérir un minimum d'autonomie et dont l'état requiert une surveillance médicale régulière et des soins constants. Il résulte de cette définition la réunion de quatre conditions cumulatives, à savoir :

1) Présenter une (ou plusieurs) déficience(s) sévère(s) : L'établissement accueillera des personnes atteintes d'une ou plusieurs déficiences motrices ou somatiques graves, sensorielles ou intellectuelles dès lors que ces personnes ne présentent pas de troubles psychiatriques ou de déficiences intellectuelles dominantes.

2) Avoir l'âge adulte : l'accueil est possible dès 18 ans. Cependant, des mineurs âgés de 16 ans au moins peuvent être accueillis le cas échéant. (Art. R.821-1 du Code de la Sécurité Sociale).
En ce qui concerne l'âge supérieur d'admission, seront accueillies des personnes dont le handicap aura été constaté par la CDAPH avant l'âge de 60 ans, ce qui exclut les pertes d'autonomie liées au vieillissement.

3) Présenter une dépendance importante dans les actes de la vie quotidienne : il s'agit de l'incapacité pour la personne handicapée à se suffire à elle-même dans les actes essentiels de l'existence. Cette définition met en relief la nécessité d'avoir recours à une tierce personne pour les actes de la vie courante.

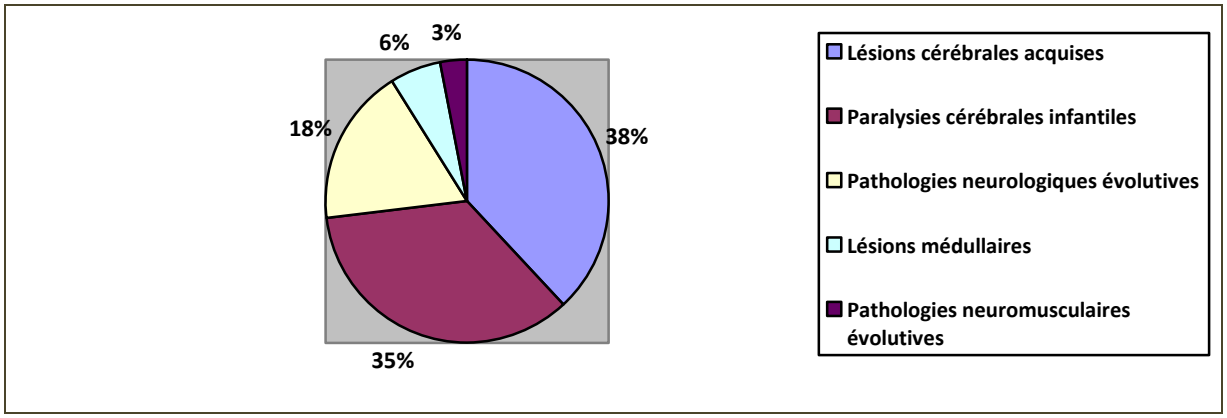
4) Avoir besoin d'une surveillance médicale et de soins constants : il ne peut s'agir de soins intensifs. Ils se traduisent par :
   - Une surveillance médicale régulière, permettant la poursuite des traitements et des rééducations d'entretien
   - Des soins de nursing afin de prévenir toute complication
   - Des mesures thérapeutiques et des soins préventifs afin de limiter l'aggravation de l'état de santé et la perte de l'autonomie

2.2. CARACTÉRISTIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES

Répartition du public par pathologie : (données 2012 accueil durable + accueil temporaire sur un total de 89 personnes)

- 38% de personnes atteintes de lésions cérébrales acquises (traumatismes crâniens, AVC…)
- 35% de personnes atteintes de paralysies cérébrales infantiles
- 18% de personnes atteintes de pathologies neurologiques évolutives (sclérose en plaques, hérédodégénérescence…)

- 6% personnes atteintes de lésions médullaires (traumatique, spina bifida…)
- 3% de personnes atteintes de pathologies neuromusculaires évolutives (myopathies,…)



Besoins médicaux et paramédicaux :

Les personnes accueillies présentent des **besoins de soins médicaux et paramédicaux**

- **Constants** : surveillance des paramètres vitaux, gestion et administration des médicaments, surveillance cutanée (prévention d'escarres), soins de rééducation…
- **Spécialisés** : assistance respiratoire, soins liés au diabète, alimentation entérale, stomies, appareillages, suivi orthopédique…

Les personnes nécessitent un accompagnement dans la vie quotidienne, et en particulier, pour les actes liés à l'habillage et à la toilette (2/3 des personnes).
1/3 des personnes en accueil durable à la MAS nécessitent une aide alimentaire complète, dont 5 personnes ont une alimentation gastro-entérale.

Accompagnement psycho-social :

Les personnes ont besoin d'un accompagnement psycho-social, lié à la présence de troubles, à l'environnement, à la vie en institution et à leur histoire personnelle. Elles nécessitent, par exemple, une adaptation de leur environnement (repères spatio-temporels…), un soutien psychologique, une aide au maintien de leur réseau relationnel et au maintien d'une vie sociale et citoyenne…
Nous observons que la présence de troubles cognitifs et/ou l'absence de réseau relationnel impactent fortement l'admission en institution (plus que des troubles physiques).
Au plan psychologique, des résidents disposent de ressources et capacités qui permettent de réguler leurs humeurs, leurs émotions, d'exprimer leurs ressentis, faire face aux évènements, utiliser leur potentiel adaptatif…

D'une manière générale, les personnes présentes en accueil de jour nécessitent nettement moins d'accompagnement dans les actes de la vie quotidienne et la vie courante, que les personnes admises en MAS. Ce besoin d'accompagnement est plus important chez les personnes en accueil temporaire, et plus encore pour les personnes en accueil durable.

Pour autant, ces difficultés ne concernent pas tous les usagers au même degré. Ainsi, certaines personnes disposent d'une capacité d'initiatives, d'affirmation, de participation et font preuve d'intérêt pour des activités, des préférences… Elles peuvent organiser leur temps libre, et leur vie personnelle à l'extérieur de l'établissement. D'autres conservent une capacité d'échange relationnel et de communication. D'autres encore préservent une relative indépendance et une liberté d'agir en conscience des risques (accrus par leur handicap), lors d'activités à l'extérieur notamment.

Proportion des personnes sous protection juridique :

La part des personnes sous protection juridique est également significative.

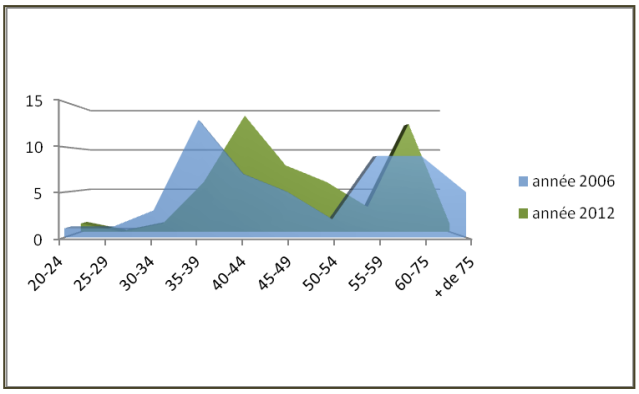
- **Pour l'hébergement durable :** Nous constatons que 63 % des résidents en hébergement durable sont sous protection juridique (Tutelle, Curatelle renforcée, Curatelle simple). Sur les 37 % restant, seul 7 % (soit 4 résidents) gèrent seul leurs comptes. Pour les autres, ce sont les membres de la famille qui effectue cette gestion. Aucune mesure de protection juridique n'ayant été pour le moment réalisée.
- **Pour l'hébergement temporaire :** 37 % des usagers sont sous protection juridique. 17 % des usagers n'ont besoin d'aucune aide dans la gestion de leurs comptes.

En conclusion, chacun doit pouvoir bénéficier d'un accompagnement personnalisé, adapté et évolutif, appuyé sur ses capacités et ses potentiels personnels.

2.3. UNE ÉVOLUTION DU PUBLIC ACCUEILLI MARQUÉE PAR UNE DÉPENDANCE CROISSANTE

2.3.1. Le vieillissement des personnes accueillies et ses conséquences

L'âge moyen est de 47 ans, tout accueil confondu. La tranche d'âge la plus représentée est entre 40 et 50 ans (en particulier auprès des résidents en accueil durable). 25% des résidents en accueil durable ont plus de 60 ans. La moyenne d'âge en accueil durable est de 50 ans.



Répartition des résidents en accueil durable par âge
Evolution 2006-2012

Le déplacement des courbes d'âges entre 2006 et 2012 indique clairement un phénomène de vieillissement de la population accueillie au sein de la MAS, qui risque encore de s'accroître du fait d'une tendance des résidents à entrer de plus en plus tardivement dans l'institution.

Cette situation entraîne des impacts perceptibles à différents niveaux :

- **Santé :** les complications (infections…) sont plus fréquentes, de nouvelles maladies liées à l'âge apparaissent (cancer, diabète), une fatigabilité accrue, des troubles cognitifs (mémoire, attention), des appréhensions liées à la perte de leurs capacités.
- **Actes de la vie quotidienne :** plus grande dépendance, plus grande lenteur dans l'exécution, moindre motivation, ritualisation du rythme de la vie quotidienne…
- **Vie sociale et environnement familial :** isolement (restriction du réseau familial et amical), moindre autonomie, repli sur soi, moins d'envies et des centres d'intérêts.

Ces phénomènes impliquent des adaptations de l'accueil et de l'accompagnement de l'avancée en âge : adaptation de la vie quotidienne, des activités, du matériel, des locaux (création d'unités dédiées)…
Pour autant, ces efforts, développés selon une expérience collective qui a pris corps dans le secteur du handicap, demandent sans doute à s'enrichir de l'approche gérontologique.

Toutefois, notre présence aux côtés de la personne tout au long de sa vie, et sur des modes d'accueils diversifiés, sont des atouts pour nos établissements.
Elle nous permet d'offrir un accompagnement basé sur une bonne connaissance de la personne et de ses besoins, rassurant et sans rupture de son lieu de vie.
L'avancée en âge des personnes accueillies suppose que leurs propres parents soient eux-mêmes d'un âge avancé. Ainsi, nous pourrons accompagner la personne dans l'évolution de l'histoire familiale et des relations, par exemple par des visites au domicile de son (ses) parent(s) ou en le soutenant lors d'une fin de vie, lors d'une période de deuil.

2.3.2. Les besoins spécifiques des personnes atteintes de troubles cognitifs sévères

Certaines personnes nécessitent une prise en charge particulière, du fait des troubles des fonctions cognitives et exécutives, des troubles de l'humeur associés parfois à des troubles du comportement. Ces troubles impactent la vie quotidienne et sociale (troubles de la communication, de la mémoire, altération de la motivation, intolérance à la frustration…). Ces aspects comportementaux engendrent également des conséquences sur les relations sociales.

Nous constatons que les personnes cérébro-lésées, comme les personnes atteintes de pathologies dégénératives neurologiques, sont les plus concernées par ces troubles cognitifs sévères.

L'accueil de personnes présentant ce profil est susceptible de prendre de l'ampleur à court ou moyen terme, au regard de la liste d'attente de l'établissement, et supposera des adaptations dans les modalités d'accueil (cf. 6.2 les questions à moyen et long terme).

PHILOSOPHIE ET FINALITÉS DE L'INSTITUTION

III

3.1. LES VALEURS

A travers son projet associatif, l'ALAGH fonde ses actions sur des valeurs et des principes.

Valeurs :

- le respect
- la dignité de la personne
- la responsabilisation
- l'autodétermination, la responsabilité individuelle
- la liberté de penser et d'agir
- la solidarité

Principes :

- de laïcité et de non-discrimination
- d'engagement, de professionnalisme et de rigueur

3.2. LES OBJECTIFS

Dans le respect des missions précisées par le décret de 2009, et des valeurs de l'ALAGH, l'établissement se donne pour principaux objectifs de :

- Développer une expertise dans l'accueil de publics aux besoins spécifiques : personnes atteintes de troubles cognitifs associés à une déficience motrice

- Accompagner les parcours de vie

- **Accompagner la personne tout au long de la vie**, en prenant en compte l'évolution des besoins (sanitaires, sociaux…) et attentes de la personne à chaque étape de sa vie.
- **Permettre une modularité de l'accueil**, répondant aux attentes (diverses et évolutives) de chacun.

Le passage d'une structure à l'autre :
Sous réserve d'une notification de la CDAPH, les personnes handicapées reçues au FAMJ peuvent demander à être accueillies en séjour temporaire à la MAS. Elles peuvent aussi être admises en séjour durable. De même, un résident de la MAS reprenant un domicile personnel peut être admis à l'accueil de jour. Il existe des passerelles entre ces dispositifs pour permettre aux personnes handicapées de recourir à la structure la plus adaptée à leurs besoins.
En 2012, les deux établissements sont concernés en permanence par une file active de bénéficiaires de 109 personnes sur les trois modes d'accueil (durable, temporaire, de jour).

- **Assurer une qualité de l'accompagnement tout au long de l'accueil,** des premiers contacts à la sortie de l'établissement.

Objectifs de l'accueil en hébergement durable

La Maison d'Accueil Spécialisée entend permettre aux personnes dont la dépendance et le besoin de soins rendent difficile une vie autonome, de bénéficier d'un réel lieu de vie, d'un domicile, même si celui-ci se situe au sein d'une collectivité.

L'établissement est donc à la fois un lieu de vie et un lieu d'interventions professionnelles nécessaires pour assurer la satisfaction des besoins et des attentes des personnes. Plutôt qu'un lieu de soins, à proprement parler, nous dirons que c'est un lieu où l'on prend soin !

La MAS garantit protection et sécurité, contribue au confort et bien-être physique et moral de la personne par :

- les soins nécessaires à sa santé,
- un environnement sécurisé
- un espace privatif et sécurisé
- le maintien ou le développement de l'autonomie physique et psycho-sociale
- la prise en compte les liens familiaux et sociaux
- la liberté d'aller et venir
- l'ouverture sur l'extérieur

Même si l'établissement peut proposer des accueils au long cours, nous préférons parler d'accueil durable plutôt que d'accueil permanent : l'accueil durable donne la garantie à l'usager et à sa famille de pouvoir résider à la MAS, s'il(s) le souhaite(nt) ; par contre, il n'est pas déclaré comme permanent pour laisser la place à un autre choix de vie, au fil du temps.

Objectifs de l'accueil en hébergement temporaire

L'accueil temporaire vise à apporter une réponse à plusieurs types de situations :

- un besoin de répit pour la personne handicapée, pour sa famille ou ses aidants
- une vie sociale
- des congés ou indisponibilités des tierces personnes
- une augmentation momentanée des besoins de soins de la personne handicapée
- une intégration en MAS le cas échéant
- une observation dans le cadre d'un séjour d'essai

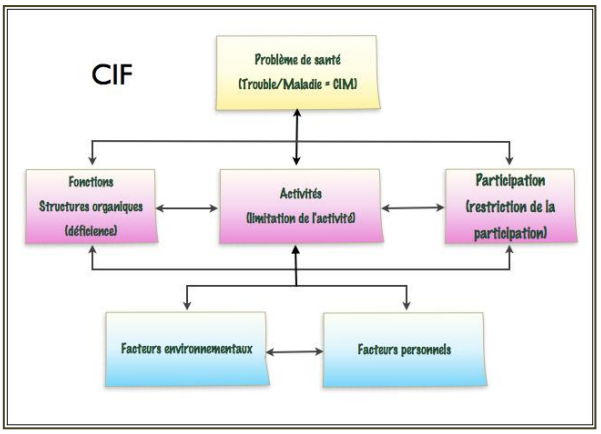
Ces séjours concourent de manière non négligeable à un maintien à domicile de meilleure qualité et retardent d'autant l'admission en établissement dans le cadre des séjours durables. Il s'agit d'un mode de prise en charge qui permet une alternative complémentaire à l'accueil de jour.

3.3. APPUIS THEORIQUES ET ETHIQUES

HANDICAP ET ENVIRONNEMENT

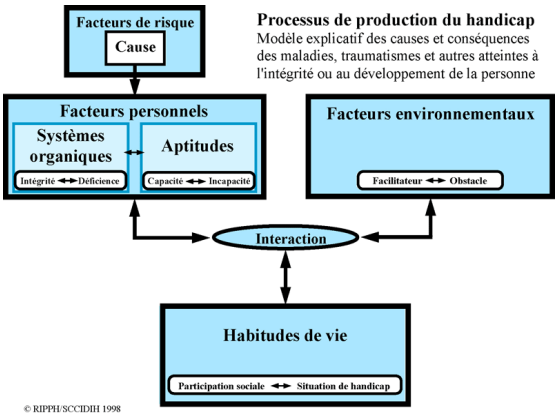
CIF (classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé)

- **Déficience :** fonctions organiques ou systèmes anatomiques manifestés par un écart ou une perte importante (fonctions et structures corporelles)
- **Activité :** exécution d'une tâche ou d'une action par une personne.
- **Participation :** fait le prendre part à une situation de vie réelle
- **Facteurs environnementaux :** environnement physique, social et attitudinal dans lequel les gens vivent et mènent leur vie. Les éléments de l'environnement peuvent faciliter ou entraver la réalisation d'activités ou la participation sociale.



PPH de Fougeyrollas / JP Robin : processus de production du handicap

Ce modèle conceptuel introduit l'idée que les « facteurs environnementaux » présents dans le milieu de la personne ou d'une population peuvent se révéler être des facilitateurs ou des obstacles. Le PPH avance que le niveau de réalisation des habitudes de vie d'une personne ou d'une population sera déterminé par le résultat de l'interaction entre ses facteurs personnels et les facteurs environnementaux. (Cf. site internet du réseau international sur le processus de production du handicap).



Modèle bio-psycho-social

Selon Engel (Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. Am. J. Psychiatry 1980;137:535-44), une maladie résulte de facteurs biologiques certes, mais également de facteurs psychologiques (la personnalité, les comportements) et sociaux (l'environnement, l'entourage, la culture,…). Nous étendrons le concept en disant que l'existence d'une maladie, d'une déficience va retentir sur la personne, son environnement et sa relation à celui-ci.

Compensation / inclusion (mêmes droits communs pour tous)

Le terme « **inclusion** » désigne l'affirmation des droits de toute personne à accéder aux diverses institutions communes et destinées à tous, quelles que soient leurs éventuelles particularités.
Michel CHAUVIERE, Eric PLAISANCE, « Inclusion », Dictionnaire Encyclopédique de l'éducation et de la formation – 2005.

Une société inclusive est une société qui se module pour permettre aux diversités humaines de prendre place. C'est l'idée d'un ensemble commun. Une société inclusive, c'est une société sans privilèges, exclusivités, exclusions.
Charles GARDOU – Biennale du Handicap – IRTS 2012.

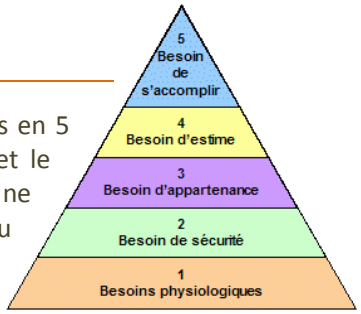
REPÉRAGE DES BESOINS ET CAPACITÉS DE LA PERSONNE

Virginia Henderson : les 14 besoins fondamentaux

Les 14 besoins fondamentaux permettent de définir le niveau de dépendance et d'indépendance d'une personne. Chaque niveau est détaillé en facteurs physiologiques, psychologiques, sociaux et culturels. A l'ALAGH, cette théorie est à la base du travail des soignants ; les pratiques sont adaptées en fonction du niveau de dépendance et d'indépendance de chaque résident.

Maslow : pyramide des besoins

Le psychologue Abraham Maslow a classifié et hiérarchisé les besoins humains en 5 niveaux : la base de la pyramide correspondant aux besoins physiologiques et le sommet à la réalisation de soi, l'épanouissement. Sa théorie veut que l'on ne puisse passer à un besoin d'ordre supérieur que quand le besoin de niveau immédiatement inférieur est satisfait.



GEVA (guide d'évaluation des besoins de compensation de la personne handicapée) décret n°2008-110 du 6 février 2008

Le Guide D'EVAluation des besoins de compensation du handicap de la personne handicapée prend en compte la globalité de la situation de la personne en 10 volets : social, familial, budgétaire, habitat, sanitaire, professionnel, les activités et capacités fonctionnelles, psychologique, et les aides mises en œuvre. Il est utilisé pour évaluer les besoins de compensation de la personne handicapée en tenant compte de ses souhaits, formalisés dans un projet de vie. Cette grille d'évaluation est étudiée par les MDPH et permet aux CDAPH de statuer sur les demandes.

NOTIONS D'INDÉPENDANCE ET D'AUTONOMIE

Indépendance

Capacité d'une personne à accomplir elle-même (avec ou sans compensation) des actes de la vie courante.

Autonomie

Capacité d'une personne ***à choisir*** elle-même les règles de sa conduite, l'orientation de ses actes et les risques qu'elle est prête à courir pour les assumer.

POSTURES PROFESSIONNELLES / RELATION D'AIDE

La « juste distance » professionnelle ou la « bonne proximité »

Capacité La proximité entre professionnels et usagers est nécessaire : à minima physique du fait de la situation de dépendance des personnes accueillies, elle doit également être relationnelle pour que le résident se sente reconnu, estimé.
Cependant, du fait de la quotidienneté de leurs relations, le lien devient spécifique et peut amener à des phénomènes subjectifs, souvent de façon inconsciente et qui peuvent être positifs comme négatifs. Par exemple, on attribue à l'autre des intentions, des sentiments en fonction de ce que cela renvoie de notre propre histoire (transfert), de ce que l'on méconnaît ou refuse de voir en soi (projection) ou encore on souhaiterait que l'autre réagisse comme on aurait réagi (identification). Le risque dans ces réponses est qu'elles peuvent être inadaptées, et surtout qu'elles ne laissent pas la place au résident.

Aussi, la proximité favorise les relations d'intimité, le professionnel peut malgré lui venir parler de sa vie privée, voir même se confier. L'apparition récente des réseaux sociaux accentue ces phénomènes et la frontière entre relation professionnelle et privée devient floue.
Cependant, là encore, le risque est que le résident ne s'autorise pas ou plus à exprimer ses besoins et ses sentiments. On ne peut demander de l'aide à l'autre, partager ses joies et ses peines, que si on est sûr que cela ne va pas l'affecter, le déranger.

La question du tutoiement : il n'existe pas de règle absolue. Si dans un premier temps, les codes sociaux engagent à vouvoyer un adulte qu'on ne connaît pas, il est possible d'accéder à une demande de tutoiement de la part du résident. Ce choix résulte d'un compromis entre deux personnes : prendre le temps de se connaître, expliquer aux résidents qu'opter pour le tutoiement ou le vouvoiement n'est pas un gage de respect ou d'irrespect.

Valorisation des rôles sociaux

Développée par Wolf Wolfensberger, cette théorie part du principe que « les mécanismes perceptifs humains sont par nature évaluatifs, ce qui signifie que tout ce que nous percevons, consciemment ou inconsciemment, est jugé, soit positivement, soit négativement ». Considérant donc que « la dévalorisation d'une personne résulte du regard de l'observateur », elle propose de construire des dispositifs visant « la mise en valeur, le maintien et/ou la défense de rôles sociaux dévalorisés en utilisant le plus possible des moyens culturellement valorisés ».

Approche rogerienne de la relation d'aide : empathie, reformulation

Carl Rogers (Rogers C. Le développement de la personne, Dunod, 2005) propose une approche centrée sur la personne où la relation consiste à mobiliser les ressources de la personne accompagnée. L'attitude du professionnel repose sur trois qualités : l'empathie (capacité à comprendre les sentiments et émotions d'autrui), la congruence (authenticité, cohérence entre ce qui est ressenti et exprimé) et le non-jugement (attention positive inconditionnelle qui permet d'instaurer la relation de confiance).

Théorie de l'humanitude (J. Pelissier)

Le concept de l'Humanitude est basé «sur un prendre soin fondé sur toutes les caractéristiques qui permettent aux Hommes de se reconnaitre les uns et les autres : le toucher, le regard, la parole, la verticalité». C'est une méthode d'approche des soins dispensés aux séniors. Toutefois certains éléments peuvent être repris pour les résidents que nous accueillons à l'ALAGH : ne jamais faire d'approches surprises, respect du domicile, expliquer les soins que l'on fait à la personne (feed back), ne pas faire à la place de la personne, laisser une marque positive dans la mémoire émotionnelle.

LES DISPOSITIONS INSITUTIONNELLES MISES EN OEUVRE

IV

4.1. L'ADMISSION

1 – Traitement d'une demande d'admission

Le traitement d'une demande d'admission nécessite obligatoirement :

- Une notification d'orientation CDAPH MAS
- Un dossier d'admission rempli (composé d'un dossier administratif et d'un dossier médical).

Concernant le déroulement d'une demande d'admission, se référer à la procédure correspondante en annexe.

Dès réception du dossier d'admission complet, un rendez-vous sera proposé, auprès du médecin pour vérifier les critères médicaux, et auprès du cadre social pour les critères administratifs. Une visite de l'établissement sera également réalisée.
A l'issue de ce rendez-vous, le médecin et le cadre social décident d'inscrire, ou non, l'usager sur la liste d'attente (avec éventuellement un séjour temporaire d'essai).

2 – Commission d'admission MAS

Se référer à la procédure correspondante (documents annexes).

Il existe deux types de commissions :

- **La commission restreinte** (Directeur, Médecin chef et Cadre social +/- d'autres cadres si besoin)

Objectif : examen des demandes d'admission, suivis et réponses, mise à jour des listes d'attente
Lorsqu'une place est disponible, le choix est fait en commission d'admission, sur la liste d'attente, en tenant compte :

  - Des critères d'ancienneté (ancienneté de la demande et/ou passage d'une structure à l'autre),
  - De l'urgence de la demande, en particulier sur le plan social (absence de réseau social et familial, lieu de vie inadapté, épuisement des aidants, prises de risque…),
  - De la nécessité d'un accompagnement conséquent sur le plan médical et paramédical sous réserve des capacités et moyens d'accueil de l'établissement.

Une priorité est donnée aux demandes départementales et régionales.

- **La commission annuelle de suivi et d'actualisation** (Médecin et cadre social)

Objectif : remise à jour des demandes d'admission en cours et de la liste d'attente

Un projet de « liste d'admission commune » entre Mont-Saint-Martin et Nancy est actuellement en réflexion.

3 – Modalités d'admission

Une fois la décision d'admission prononcée, une organisation est mise en place.
Se référer à la procédure disponible sur le site intranet et le site internet de l'Association (www.alagh.fr).

4.2 L'ACCUEIL

4.2.1. Le sens de l'accueil

L'accueil permet de favoriser « LA RENCONTRE ». C'est un phénomène tissé de hasard, d'imprévisible, de nouveauté et de réel (Lacan).
Il doit permettre à la personne de se sentir attendue. L'accueil concerne tous les professionnels, partout et à tout moment.
L'entrée de l'établissement a été aménagée afin de permettre un accueil plus ouvert et agréable.
Une permanence physique en journée permet de répondre aux besoins des personnes venant de l'extérieur (visiteurs, familles, fournisseurs…), mais également de l'intérieur (professionnels, résidents).
En dehors de ces temps de présence, pour des raisons de sécurité, l'accès est limité et nécessite l'appel aux professionnels présents (sonnette).
L'accueil téléphonique est assuré 24h/24 (transfert du standard à l'infirmerie).

Afin de permettre aux personnes une meilleure information et circulation dans les locaux intérieurs et extérieurs, les établissements de Nancy ont amélioré leur signalétique intérieure et extérieure.

4.2.2. Les informations transmises à l'accueil de l'usager

Le livret d'accueil

Conformément à l'article L.311-4 CASF (circulaire 24 mars 2004), le livret d'accueil est destiné à garantir l'exercice effectif des droits de la personne et à prévenir tout risque de maltraitance. C'est un guide, remis à chaque personne dès son arrivée, qui donne les clés du fonctionnement des établissements. Il contient les informations utiles au bon déroulement du séjour, informe sur l'organisation générale et donne les repères indispensables à un accompagnement réussi. Le livret d'accueil vise à conforter le lien social pour une plus grande participation de chacun et à informer pour renforcer le respect réciproque.

Le règlement de fonctionnement

Conformément à l'article L.311-7 du CASF, il est remis, à chaque personne, un règlement de fonctionnement qui définit les droits de la personne accueillie, les obligations et les devoirs nécessaires au respect des règles de vie collective au sein de l'établissement.
Le contenu du règlement de fonctionnement se construit autour de quatre axes :

- Le cadre général de la prise en charge
- L'organisation institutionnelle
- Les règles de la vie collective et sociale
- Les modalités de respect du droit des usagers

4.2.3. Les différents types d'accueils

La MAS est ouverte 365 jours par an, 24 heures sur 24.

Le premier accueil

L'accueil est un « premier pas » dans l'accompagnement. C'est un moment privilégié d'écoute et d'information pour le résident et son entourage.
Ce moment d'accueil permet d'établir un climat de confiance entre le résident, la famille, l'équipe ; il favorise le bon déroulement de la prise en charge ; il permet de donner les informations appropriées pour limiter l'anxiété engendrée par « l'inconnu ».
C'est un moment à privilégier qui facilitera la bonne adhésion du résident à son séjour.
De la même façon, l'accueil permet aux équipes de recueillir des informations sur la personne et ses habitudes de vie pour faciliter un accompagnement adapté.

Objectifs et moyens d'un bon accueil :

- accueillir le résident par une formule de politesse et un sourire
- se présenter en donnant son nom et sa fonction
- accompagner vers sa chambre en lui donnant le numéro et éventuellement le présenter aux résidents qu'il croisera sur son chemin
- aider le résident à s'installer
- être à l'écoute du résident et/ou de ses proches et apporter des réponses selon ses compétences
- rassurer et réconforter le résident et/ou sa famille en fonction de son état d'anxiété afin de créer une relation de confiance
- informer le résident et sa famille sur la disponibilité de l'équipe pluridisciplinaire et sur le fonctionnement de l'établissement.
- recueillir les informations nécessaires à un accompagnement adapté

(cf. procédure « accompagnement du résident à son arrivée » site intranet)

L'accueil au quotidien :

Une attention particulière est apportée à la première rencontre de la journée (réveil, petit-déjeuner).

L'accueil en séjour temporaire ou en échange inter-MAS :

La personne est déjà venue, la « rencontre » a déjà eu lieu, mais un temps d'accueil est à chaque fois organisé avec un « référent d'accueil ».
Ce temps a pour objet de recueillir les évolutions concernant la personne depuis le dernier séjour et de répondre au mieux à ses attentes.
(cf. procédure « accompagnement du résident à son arrivée » site intranet).

4.3. LE CONTRAT DE SÉJOUR

(Décret n°2004-1274 du 26 novembre 2004)[1]

Le contrat de séjour définit les droits et obligations réciproques des signataires. Il mentionne les objectifs de prise en charge, la nature des prestations offertes et leur coût. Il est conclu entre chaque usager (ou son représentant légal) et l'établissement, dès lors que le séjour continu ou discontinu est supérieur à deux mois (sinon Document Individuel de prise en charge).

Ce contrat est conclu pour toute la durée du séjour. Il est établi lors de l'admission et transmis à chaque personne et, le cas échéant, à son représentant légal, au plus tard dans les quinze jours qui suivent l'accueil, par la coordinatrice de projet. Le contrat est signé dans le mois qui suit l'admission. Un exemplaire est consigné dans le dossier de la personne.

Un avenant précise les objectifs et les prestations individualisés adaptés à chacun. Il est régulièrement actualisé (conformément à l'évolution du projet de la personne).

4.4. LE PROJET PERSONNALISÉ

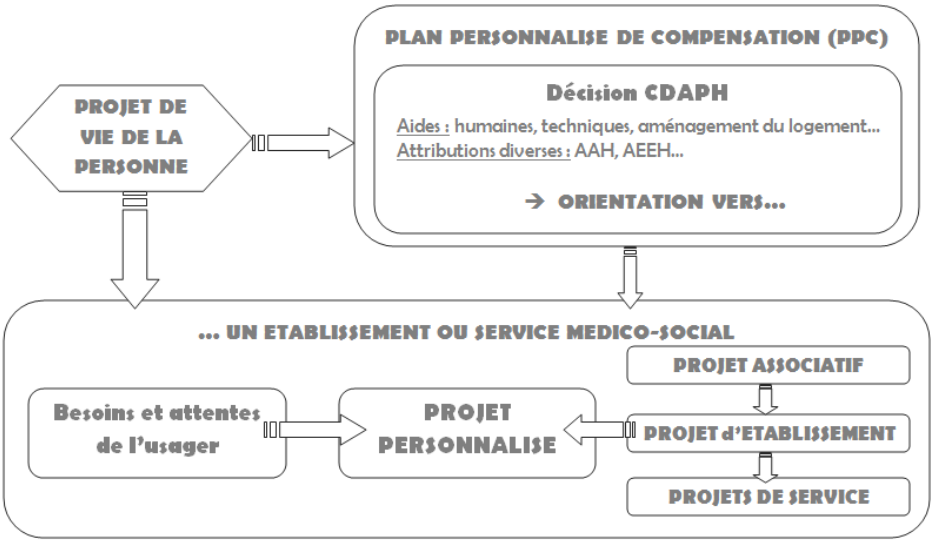
4.4.1. La personnalisation et les différents niveaux de projet

La notion de **personnalisation** est retenue pour parler du projet de la personne. Elle désigne la **rencontre entre les aspirations particulières de la personne, et l'offre de service** proposée par l'établissement. Ainsi, le projet personnalisé vise, à partir des centres d'intérêt de la personne, à :

[1] Décret n° 2004-1274 du 26 novembre 2004 relatif au contrat de séjour ou document individuel de prise en charge prévu par l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles

- privilégier la volonté d'agir de la personne et la faire participer
- responsabiliser la personne
- conjuguer l'individuel et le collectif

Il est un **compromis**, qui se situe à l'articulation de plusieurs autres projets.



Source : P. Guyot, « Le projet personnalisé dans les établissements et services pour personnes handicapées», Bulletin d'information du CREAI Bourgogne, n°283, juillet 2008

4.4.2. L'évaluation des besoins de l'usager

L'observation se fonde, avant tout, sur les demandes du résident. Par ailleurs, elle s'appuie sur les observations croisées des équipes.

Outils existants (dossier informatisé)

- **Entretien à l'accueil** : recueil oral et écrit des attentes auprès de la personne
- **Grille d'autonomie** (simplification du volet 6 de la grille GEVA + outil informatique) : elle est utilisée par l'ensemble des intervenants auprès de la personne.
- **Bilan d'indépendance et d'autonomie** : réalisé par les ergothérapeutes, en situation concrète. C'est l'appréciation des capacités et incapacités des résidents dans les domaines de la vie quotidienne (sauf déplacements). Il est effectué en concertation avec les AS / AMP, afin de mieux articuler les différents niveaux d'observation et d'éviter les discordances dues au contexte de réalisation (ex : participation active du résident au bilan ergo, mais participation moindre en environnement standard).
- **Bilans médicaux et paramédicaux spécialisés :** diététique, kiné, ergo…
- **Grilles d'observation quotidienne** (besoins fondamentaux)
- **Fiche d'observation lors des activités sociales**

4.4.3. L'élaboration, la mise en oeuvre et le suivi du projet personnalisé

ELABORATION

Le projet personnalisé constitue un document de référence pour chaque intervenant auprès de la personne.
Le projet personnalisé est constitué (selon RBPP ANESM) :

- de l'expression des attentes de la personne, sans être intrusif

Celle-ci s'effectue au travers des différents temps quotidiens entre la personne et les professionnels, mais également en amont de la réunion de projet, par la coordinatrice de projet, et, en aval, lors de la rencontre de validation. Le résident, ou son représentant légal peut, s'il le souhaite, être accompagné des personnes de son choix.

- du recueil d'informations concernant la personne

Il doit permettre aux professionnels de disposer des informations strictement nécessaires et pertinentes à l'accompagnement. Il doit se réaliser dans le respect de l'intimité, du droit de réserve des personnes, et laisser la possibilité de repartir sur de nouvelles bases.
Des outils existent : dossier d'observations des activités et des temps collectifs (SAVSA, FAMJ), évaluations paramédicales, bilans et évaluations professionnelles, etc.
Le recueil passe par le repérage des habitudes de vie et quand cela est possible en sollicitant l'entourage.

- de l'analyse partagée interdisciplinaire pour aboutir à la co-construction du projet

La réunion interdisciplinaire permet un partage des analyses des professionnels et aboutit au choix des objectifs de travail de chacun et des modalités d'action, au travers d'un document de « suivi de projet ».

- le recueil de l'accord de la personne ou de son représentant légal

Une réunion dite de « validation », animée par la coordinatrice de projet, est effectuée avec la personne et/ou son représentant légal (accompagnée si elle le souhaite d'une personne de son choix). Elle permet la proposition du projet élaboré par l'équipe, enrichi des observations et attentes de la personne, elle-même experte de sa situation. Cette réunion permet la contractualisation du projet avec les objectifs retenus et leurs modalités de mise en œuvre, en conciliant vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement.

MISE EN ŒUVRE ET SUIVI DU PROJET

L'implication de la personne dès l'élaboration de son projet personnalisé lui donne un rôle actif dans la mise en œuvre de celui-ci.

Des objectifs de suivi sont définis de manière interdisciplinaire dans le document de suivi de projet. Ils sont communiqués par la coordinatrice de projet à l'ensemble des professionnels concernés par l'accompagnement. Chaque équipe s'assure de leur mise en œuvre et adapte sa pratique en fonction des habitudes de vie, des compétences et incapacités de la personne ainsi que des « zones de vigilance » : moments, actions, micro-projets, etc. qui nécessitent une attention particulière.

La pertinence du projet, les objectifs de travail des professionnels ainsi que la cohérence de l'accompagnement et des prestations doivent être régulièrement interrogés, au regard de l'évolution de la situation et des attentes de la personne.
Si besoin, des ajustements du quotidien sont réalisés en accord avec la personne.

Pour les nouvelles admissions et les séjours d'essai, un bilan à 6 mois est réalisé puis périodiquement.
Une réunion de « validation » vient entériner le projet mais cela n'exclut pas par ailleurs des rencontres ou réunions avec la personne, ses proches quand l'évolution de la situation le nécessite.
L'actualisation donne lieu à un avenant au contrat de séjour.

La prochaine mise en place d'un système de « référent » (voir paragraphe suivant), de réunions interdisciplinaires de suivi de projet ainsi que le dossier informatisé permettront de renforcer la consultation du projet personnalisé, la transmission d'informations, le recueil des observations, leur partage et analyse. Ils permettront également de vérifier l'avancée des objectifs et repérer leurs effets voire ajuster les types d'accompagnement afin de réinvestir le projet personnalisé et l'actualiser au rythme des besoins.

4.4.4. Le référent du projet personnalisé

La MAS et le FAMJ mettent en place un système de « référent » pour chaque personne accueillie afin de « favoriser la cohérence et la continuité de l'accompagnement » comme prévu dans le Décret du 20 mars 2009.

La procédure décrit les modalités de mise en place des référents : qui est référent ? pour combien de temps ? avec quelles missions ?... Elle est disponible en libre consultation sur le site intranet de l'établissement.

Chaque personne accueillie à la MAS (séjours durables et séjours temporaires) se voit attribuer, de manière aléatoire, un binôme de référents parmi les professionnels du pôle vie quotidienne.
Les référents sont les interlocuteurs repérés, mais pas privilégiés, du résident et de sa famille. Ils sont les collecteurs d'informations utiles au suivi de l'accompagnement et de la mise en œuvre de leur projet personnalisé.

4.5. DROITS ET DEVOIRS DE L'USAGER

L'ensemble des droits des usagers est rédigé dans « la charte des droits et libertés de la personne accueillie dans un établissement ou un service social ou médico-social » qui est fixée par un arrêté du 8 septembre 2003.[2]

A l'égard des résidents, l'ALAGH s'engage à :

- les recevoir dans l'établissement après une information, un dialogue préalable et l'obtention de leur accord,
- les informer des prestations proposées et de leurs conditions d'accès,
- prendre en compte l'expression de leurs besoins, attentes et centres d'intérêt,
- entendre leurs observations, propositions et réclamations,
- les inciter à collaborer aux décisions qui les concernent,
- les assister dans les gestes de la vie quotidienne qu'ils ne pourraient pas effectuer seul,
- leur proposer des prestations et des soins de qualité, un accompagnement individualisé dans le respect de leur personne, en portant une attention particulière à leur bien-être,
- leur donner la possibilité de participer à des activités culturelles, sociales et sportives, en fonction de leurs centres d'intérêt,
- leur assurer la sécurité et le confort d'un lieu collectif, une protection particulière à l'usage des plus vulnérables,
- les reconnaître responsable de leurs actes,
- leur reconnaître le droit à une vie privée, en particulier s'ils ne sont plus à même de le demander,
- leur assurer un espace personnel dans le respect de leur intimité, le maintien de leur autonomie dans le respect de leur dignité en toutes circonstances,
- respecter leur droit de circuler librement, d'aller et venir, de recevoir du courrier, de constituer, entretenir et développer un réseau social,
- respecter leur identité, en prenant en compte leur passé, présent et leurs projets, dans la mesure du possible, de suivre les préceptes de leur religion sans entraver la liberté des autres,
- garantir l'accès et la confidentialité des informations les concernant,
- évaluer ses prestations, dans un souci constant d'évaluation.

L'ALAGH demande aux résidents de :

- respecter l'application des dispositions prévues au règlement de fonctionnement,
- respecter les consignes de sécurité,
- porter assistance dans les situations d'urgence en fonction de leurs capacités personnelles,
- collaborer aux programmes de soins qui ont recueilli leur approbation,
- respecter l'organisation du travail prévue dans un souci d'équité,
- faciliter son fonctionnement en prévenant de leurs absences dans les délais impartis,
- permettre que leur espace privé devienne à certains moments un lieu de travail où interviennent des professionnels avec les conséquences que cela impose,
- maintenir des rapports courtois et respectueux avec les résidents, les personnels et les visiteurs,

[2] Arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie, mentionnée à l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles

- ne pas exercer de prosélytisme dans l'établissement,
- respecter les opinions des autres et de ne pas empiéter sur la liberté des autres.

4.6. LA CONFIDENTIALITÉ

La circulation d'information à caractère secret est régie par la loi :

- ✓ **secret professionnel** : code Pénal (art. 226-13)
- ✓ **limites de divulgation des informations** : code de la Santé Publique (art. 1110-4), code de l'Action Sociale et des Familles (art. 121-6-2)

L'information confidentielle ne peut être partagée qu'à deux conditions :

- ✓ entre professionnels chargés de l'accompagnement d'une même personne
- ✓ pour les éléments strictement nécessaires et pertinents à la prise en charge et qui permettent au professionnel d'adapter sa pratique.

Le partage des informations doit s'effectuer dans des temps de **travail formel**.
Au-delà du cadre légal et réglementaire, le partage d'information doit respecter le droit à la confidentialité et à la dignité de la personne. La situation de grande dépendance, conjuguée à la vie en collectivité, parfois longue, accentuent le sentiment des personnes à voir leur existence dévoilée.
Or, les bénéficiaires ont droit à un « jardin secret », à l'intimité, à une vie privée.
Cette obligation de confidentialité est parfois difficile à respecter, étant donnée la relation de proximité et les temps d'échanges du quotidien (repas, activités, réseaux sociaux, etc.). Une vigilance accrue s'impose dans ces moments pour préserver cette confidentialité[3]/[4].

4.7. LES DOMAINES D'INTERVENTION

4.7.1. Les besoins fondamentaux

Temps de repos

Le réveil est un moment important de la journée. Il se fait généralement à partir de 7h30, de façon planifiée en accord avec le résident (avec prise en compte des rendez-vous, des activités personnelles et collectives et de l'organisation des services) et, dans la mesure du possible, à la demande du résident.
Il en va de même pour les couchers, qui s'étalent tout au long de l'après-midi jusque tard dans la nuit. Certains, fatigués, préfèrent être recouchés après le déjeuner puis relevés en fin d'après-midi pour profiter de leur soirée. Lors du coucher, chaque professionnel installe au mieux les personnes (draps tendus, cales positionnées, sonnette à proximité) et veille à respecter les habitudes (mouchoir, peluche, photo), les rituels de réveil et de coucher des résidents (quelques mots pour rassurer, lumière allumée, choisir avec eux un programme de télévision ou de radio) et s'assure par des passages réguliers que tout va bien. De jour comme de nuit, chacun est invité à respecter le sommeil des autres.

Repas

Le temps de repas se veut convivial et permet les échanges entre résidents et personnels.
Les résidents sont positionnés par table de 4 ou 5 et selon leur autonomie ; une auxiliaire ou deux assurent l'aide alimentaire planifiée par l'infirmière pour le déjeuner ou le dîner.

[3] Voir site intranet diaporama « le secret professionnel »

[4] Recommandation ANESM « Qualité de vie en MAS-FAM volet 2 : vie quotidienne, sociale, culturelle et loisirs » décembre 2013

Dans la majorité des cas, les repas sont pris dans le collectif : entre 8h30 et 9h45 pour le petit-déjeuner ; de 12h30 à 13h30 pour le déjeuner ; à 18h et à 19h pour le dîner (2 services). Pour raisons médicales, il est possible de prendre ses repas en studio.
Il s'agit d'une cuisine traditionnelle, les repas sont fabriqués sur place. Les régimes et textures sont pris en compte (prescription médicale, diététique) et s'adaptent aux menus.
Les habitudes alimentaires sont, dans la mesure du possible, prises en compte : choix du menu à midi (y compris pour les personnes ayant des troubles de la déglutition), pratiques cultuelles, respect de certains dégoûts. Les résidents participent à la construction de certains menus (repas de fêtes, « semaine des résidents », repas à thème).
Lors d'activités particulières (ateliers cuisine…) ou de sorties exceptionnelles, les repas peuvent être pris en petit groupe ou à l'extérieur de l'établissement.
Les personnes ont la possibilité de recevoir des invités lors des repas (prestation payante à anticiper).

L'hygiène / l'élimination

Les soins d'hygiène sont assurés au cours de la matinée par les aides-soignantes et les aides médico-psychologiques. Ils sont pratiqués couchés ou assis avec des aides techniques (brancard douche, chaise de douche) ou debout avec barre d'appui. Les douches sont programmées à la semaine (le désir du résident est pris en compte pour la fréquence à minima). Certaines toilettes sont pratiquées au lit et/ou au lavabo. Tous ces soins d'hygiène sont réalisés en respectant d'une part l'intimité et la pudeur de chacun (porte fermée, drap de protection), et d'autre part le degré d'indépendance de la personne (en référence au bilan d'ergothérapie).

Pour les personnes nécessitant une aide, les besoins d'élimination sont identifiés par « appel sonnette » ou planifiés de façon régulière par les soignants. Ce mode de prise en charge est rassurant pour le résident et lui assure confort tout au long de la journée.

Les déplacements :

La plupart des usagers se déplace en fauteuil roulant manuel ou électrique à l'intérieur comme à l'extérieur de l'établissement. Pour certains, l'aide d'une tierce personne est nécessaire pour se déplacer.
Les usagers peuvent circuler librement dans l'enceinte de l'établissement ainsi qu'à l'extérieur, dans le cadre du respect des règles de sécurité de l'établissement.
Selon la situation, des adaptations spécifiques peuvent être prévues (choix fauteuil manuel ou électrique, contentions / maintiens, réglage de vitesse…). Des restrictions peuvent être posées pour limiter les prises de risque.

4.7.2. Les soins

Prendre soin de la personne renvoie à [5]: « la soigner, la réconforter, la stimuler et maintenir son autonomie, la protéger, la rassurer, soulager ses souffrances, la sortir de l'isolement, l'aider à garder sa place dans le groupe ou la société, en lui montrant des marques d'attention, en la responsabilisant dans sa prise en charge, en respectant ses choix, son intimité, ses libertés ». C'est donc le projet personnalisé qui enclenche les prestations correspondantes.

- ✓ **L'éducation à la santé.** Conseils et actions en individuels, actions collectives (ex. diabète, lavage des mains, hygiène bucco-dentaire), information aux familles.
- ✓ **La prévention individuelle et collective** : informations collectives en situation extraordinaire ou non, vaccinations, contraception, information IST, prévention des chutes, des escarres… Les situations à risques individuelles (ex. non sensibilité à la douleur) sont identifiées dans le volet soin du projet personnalisé.
- ✓ **La coordination et suivi des soins.** Elle est assurée au niveau paramédical (sauf réadaptation) par le cadre de santé, au niveau réadaptation par le médecin MPR et au niveau médical par les médecins de l'établissement.

[5] Cf. Recommandation ANESM « L'accompagnement à la santé de la personne handicapée » juillet 2013

Les outils sont : le plan de soin, les transmissions, les réunions paramédicales et entre infirmières et médecins.
A la MAS, la coordination assurée par les médecins de l'établissement. Ceux-ci sont proposés au résident en tant que médecin traitant. Le **travail en réseau** permet d'assurer l'accès aux soins nécessaires à chaque personne accueillie.
L'établissement accueillant des personnes avec des problèmes de santé complexes, les interventions soignantes (médicales et paramédicales) constituent une problématique prégnante au sein de l'établissement : elles requièrent beaucoup de temps, de moyens techniques et humains importants. Les réponses à ces aspects représentent un atout fort de l'établissement, en termes de spécialisation dans la prise en charge et l'accompagnement des personnes accueillies.

Les différents types de soins proposés

- ✓ **Les consultations et prescriptions** : ces consultations régulières pour le suivi de santé général et pour le suivi de réadaptation sont organisées ainsi que des consultations à la demande ou en fonction des besoins, en interne ou à l'extérieur de l'établissement, auprès de différents spécialistes libéraux ou du CHU.
- ✓ **La rééducation** est assurée à partir des bilans spécialisés médicaux et paramédicaux. Elle prend également en compte les souhaits de la personne, exprimés dans son projet personnalisé. Les ressources internes reposent sur les kinésithérapeutes, ergothérapeutes et diététiciennes ; elles sont complétées par l'intervention de professionnels libéraux : orthophonistes, kinésithérapeutes pour les séances respiratoires les weekends notamment…
- ✓ **Les appareillages et aides techniques**. Comme les interventions de rééducation, les appareillages et aides techniques sont mis en place à partir des besoins objectivés, et également à partir des attentes et demandes de la personne.
    - **Fauteuils, corsets, appareils de maintien.** Ils désignent tous les équipements personnalisés d'installation, de maintien, obtenus sur prescription médicale. La collaboration entre médecin MPR, kiné, ergo et orthoprothésistes extérieurs est un atout pour une prescription de qualité en particulier vis-à-vis des fauteuils électriques. Une collaboration avec des structures d'essai tel le CERAH et la liaison régulière avec les services d'appareillage de la CPAM permet d'améliorer ou faciliter les prescriptions.
      En MAS : le suivi, l'entretien et le renouvellement de l'appareillage sont assurés en interne (pluridisciplinaire : médecin MPR, kiné, ergo)
    - **Les aides techniques et adaptations** désignent les équipements de compensation des incapacités des bénéficiaires. Elles concernent tous les domaines de la vie quotidienne, de la communication, etc. : repas, déplacement, transfert, toilette, préhension, perception sensorielle, adaptation à l'environnement… L'établissement dispose de plusieurs chambres domotisées, avec commandes personnalisées.
    - **Les autres appareillages** tels prothèses auditives, dentaires, lunettes, etc. sont prescrites par les spécialistes correspondants
- ✓ **Le soutien psychologique** : des entretiens sont proposés aux personnes accueillies avec possibilité de suivi par la psychologue de l'établissement, ou un libéral.
- ✓ **Autres types de soin** : Compléments de soins techniques, sur indication particulière : pédicure, HAD, réflexologie plantaire.

La prise en compte de la douleur

Chacun, à son niveau d'intervention, est tenu de prendre en compte la douleur de la personne, en essayant de la repérer, de la signaler aux personnels compétents (infirmiers, psychologue, médecins, etc.) afin de l'objectiver et de la traiter.
Le repérage est une affaire du quotidien : il s'affine avec la connaissance de la personne, de ses habitudes de vie, de ses manières d'être, de ses comportements. Un changement de comportement, une anomalie somatique peut indiquer la présence d'un foyer douloureux.

Les informations transmises doivent être analysées par les personnels compétents, qui tentent d'identifier la cause de la douleur, d'en mesurer l'intensité et d'évaluer son impact. A la suite de quoi des mesures sont prises pour la traiter : les moyens thérapeutiques mis en œuvre peuvent être médicamenteux ou non : techniques de rééducation, appareillage, accompagnement psychologique, installations de confort, relaxation…
Chaque mesure de traitement de la douleur fait l'objet d'un suivi et d'une évaluation, afin de vérifier si les résultats attendus sont réels. Le cas échéant, un réajustement est opéré. Une attention particulière est portée aux effets contre-productifs (ex. appareillage douloureux, effets secondaires des traitements médicamenteux…).
Le traitement de la douleur passe également par l'attention particulière donnée à la personne, au temps pris avec elle, à la posture d'écoute. Cette posture doit être partagée par l'ensemble des personnels de l'établissement.

Le consentement aux soins

Les actes de soins sont toujours proposés, et non imposés, aux personnes. Ils sont expliqués aux personnes dans leurs causes (diagnostic et les besoins thérapeutiques qu'ils engendrent), la procédure, les effets bénéfiques attendus et les effets indésirables possibles. Cette démarche vise à permettre à la personne de donner (ou non) son consentement éclairé.
La personne a la possibilité de désigner une personne de confiance et de rédiger des directives anticipées.
En cas de refus de soins, une négociation est faite avec lui. Au final, c'est toujours son avis qui prévaut – sauf en cas de péril imminent.

Consentement éclairé et protection juridique
« Quelle que soit la mesure dont bénéficie la personne majeure protégée, cette dernière prend seule les décisions relatives à sa santé dans la mesure où son état le permet. Néanmoins, pour les personnes sous tutelle, l'article 459 de la loi n°2007-308 du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs précise que : "lorsque l'état de la personne protégée ne lui permet pas de prendre seule une décision personnelle éclairée, le juge ou le conseil de famille s'il a été constitué peut prévoir qu'elle bénéficiera, pour l'ensemble des actes relatifs à sa personne ou ceux d'entre eux qu'il énumère, de l'assistance de la personne chargée de sa protection. Au cas où cette assistance ne suffirait pas, il peut, le cas échéant après l'ouverture d'une mesure de tutelle, autoriser le tuteur à représenter l'intéressé" » *(ANESM, L'accompagnement à la santé de la personne handicapée, Recommandation de bonnes pratiques professionnelles, juillet 2013, p.24).*

Les limites de l'accompagnement au soin

Un relais vers les services hospitaliers (ou HAD) peut-être nécessaire en cas de soins techniques, de bilan diagnostique spécialisé qui dépassent les champs de compétences présents et/ou qui excèdent les moyens disponibles en interne.

4.7.3. La vie sociale : ouverture à l'environnement

La vie sociale correspond aux relations qui lient la personne à son environnement :
- ✓ Les liens qu'elle tisse avec les personnes, les interactions, sa place au sein du groupe
- ✓ Son rôle dans la société, sa participation citoyenne

L'accompagnement des personnes dans leur vie sociale passe par la prise en compte de leur « inclusion » dans la société.
Ainsi, chaque action est questionnée au regard du désir de la personne, de son choix, de ses capacités de participation ou non, mais aussi des recours aux « services de droit commun ».
Cet accompagnement, basé sur le désir de la personne (et/ou sur sa stimulation), la prise en compte de ses potentialités, de son environnement (habitudes de vie, intérêts, réseaux…) doit permettre à la personne d'occuper la place qu'elle souhaite, de rester acteur (sujet socio-désirant).

L'accompagnement à la vie sociale ne consiste pas seulement à « faire avec » (accompagner physiquement), mais aussi à « faire faire » ou « laisser faire » (accompagner moralement). Il s'agit de permettre aux personnes de mettre en œuvre leur choix en les confortant dans leur capacité à faire seul[6].

Les activités ne dérivent pas vers l'activisme : l'essentiel est bien le lien social entre les personnes (l'activité est un support, pas une finalité).
Il s'agit d'aider la personne à trouver ou conserver des rôles qui la valorisent, dans lesquels elle s'épanouit, de maintenir des centres d'intérêts qui lui permettent de prendre du plaisir, de s'évader, tout en alimentant son sentiment d'appartenance et d'utilité sociale.

Il revient aux professionnels de stimuler (sans la contraindre ni l'imposer) cette vie sociale, afin de susciter l'envie chez la personne de participer à différentes activités. Le fait de disposer de ressources importantes en interne ne doit pas dispenser de s'ouvrir sur l'extérieur. L'ouverture vers l'extérieur permet de multiplier les rencontres et permet d'établir des liens concrets de citoyenneté entre les personnes.

La MAS réalise des échanges « inter-MAS, » avec des établissements disposant d'accompagnements similaires aux nôtres, avec pour principaux objectifs, la rupture de la routine et la découverte d'autres fonctionnements institutionnels. Ils permettent à deux résidents « d'échanger » leur studio, durant 2 à 3 semaines. Ces échanges font l'objet d'une convention entre les deux établissements et les résidents concernés.

Toujours dans un objectif de rupture avec le quotidien et de découverte et d'ouverture, les professionnels accompagnent également les demandes de séjours de vacances à l'extérieur.

4.7.4. L'accompagnement à la fin de vie

La MAS de l'ALAGH est un lieu de vie, l'accompagnement se fait tout au long de la vie, à tous les instants. Selon leurs souhaits, de nombreux résidents finissent leur vie dans l'établissement, celui-ci étant médicalisé, à l'exception des soins complexes qui ne peuvent être réalisés en interne.
La fin de vie peut souvent s'étendre sur une longue période. Si besoin, des relations sont établies avec différents partenaires (HADAN, USP, EMSP, réseaux de santé…).
L'équipe s'organise pour assurer une présence plus importante auprès de la personne, adapte le rythme de la vie quotidienne, veille à son confort et sa dignité. Elle veille à soulager les principaux symptômes tels que la douleur, l'anxiété / la dépression. Aussi, les professionnels accompagnent la personne dans les questions sociales et familiales (démarches administratives, contrat obsèques…).
Une information particulière est donnée quant à la possibilité de rédiger des directives anticipées, de désigner une personne de confiance et sur les modalités de ces démarches.
L'accompagnement prévoit de considérer les questions spirituelles, d'identifier les représentants du culte qui peuvent être sollicités et de respecter les volontés de la personne concernant ses obsèques.
L'accompagnement à la fin de vie passe aussi par une préparation au deuil, ou plus largement à la prise de conscience de la finitude de l'existence, de l'absence des proches… Par exemple, on veillera à l'annonce du décès d'un résident et à la possibilité de rendre hommage (fleurs, carte, participation aux obsèques…).

4.8. LA VIE AFFECTIVE ET SEXUELLE

Conformément à la loi, les résidents ont le droit à une vie privée, et le cadre d'accueil doit garantir les conditions du respect de l'intimité.[7]
La sexualité et l'affectivité relèvent du domaine personnel, et dépassent la question de la dépendance. Elles sont propres au résident. L'expression des sentiments et de la sexualité doivent cependant intégrer les normes légales et sociales.

[6] Recommandation ANESM « Qualité de vie en MAS-FAM volet 2 : vie quotidienne, sociale, culturelle et loisirs » décembre 2013

[7] La charte des professionnels de l'ALAGH fait mention de ce droit des personnes accueillies. Voir annexes.

Si les professionnels n'ont pas à interdire, autoriser ou inciter les relations affectives et/ou sexuelles, ils peuvent pour autant être amenés à jouer un rôle de facilitateur dans ce cadre et apporter des réponses individualisées.
La psychologue pourra être un interlocuteur à des fins de prévention, d'information et de passage de relais à un autre membre de l'équipe ou un spécialiste si besoin.
Différentes actions collectives sont menées auprès des professionnels et des résidents : participation à des conférences, formations, projection de documentaires, intervention d'un juriste, d'une sage-femme du planning familial…
Aussi les besoins et désirs sont singuliers, les réponses seront donc personnalisées, en veillant particulièrement à les traiter avec discrétion et dans le respect de l'expression de l'intimité.

4.9. LES RÉSEAUX ET LES PARTENARIATS

En conformité avec les orientations associatives, l'établissement se positionne fortement en faveur du partenariat d'action et du travail en réseau. Il aspire à favoriser en permanence les échanges d'expérience et le transfert de savoirs appliqué à l'accompagnement des personnes handicapées, en assurant une mission d'information et de formation.

Les établissements de Nancy s'inscrivent ainsi dans une **filière de soins** avec, entre autres, le CHU de Nancy (dont le pôle odontologie), l'HADAN, l'IRR, l'OHS…
De plus, nous apportons notre vision **d'expert de la personne handicapée physique** auprès de la MDPH 54 en participant à l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation des besoins de compensation et en siégeant à la CDAPH.

Dans cette optique de partenariat, l'ALAGH mutualise :

- ✓ **des informations et des connaissances spécialisées** avec la FEHAP, le CCLIN, le GEPSO, l'URIOPSS, le réseau AntibioLor, LORSEP, la SORN'EST et le CREAI (groupe régional MAS-FAM).
- ✓ **des moyens et des compétences humaines**
  - ✓ par la mise à disposition d'une diététicienne auprès des établissements de l'Association Jean-Baptiste Thiéry,
  - ✓ par la mutualisation de la fonction de Direction avec l'ALSAD
  - ✓ par la création d'un GCSMS avec l'OHS, l'UDAF, l'AEIM et le CAP's pour la gestion du SAVS RAPH 54
  - ✓ par la participation au groupement d'achat AGAP.

De plus, notre mission d'information et de formation se traduit par **l'accompagnement de stagiaires** de filières diverses : IFAS, IRTS, IFSI, ALAJI, lycées professionnels, IFE…

Enfin, les établissements de Nancy souhaitent s'ouvrir sur l'environnement pour mener des actions tournées vers **l'accessibilité des résidents au « milieu ordinaire »,** pour sensibiliser au handicap et à la différence (relations avec le CCAS, le CIDFF, le Collège Claude Le lorrain, implication dans l'organisation du Festival « P'art'age »…).

4.10. LA PRÉVENTION ET TRAITEMENT DES FAITS DE MALTRAITANCES

4.10.1 Actions de préventions

Des formations et séminaires ont permis de sensibiliser et/ou former des professionnels aux différentes formes de maltraitance et à leurs préventions.
Les rôles de chacun sont définis dans les fiches de mission, de manière à ce que les intervenants n'aillent pas plus loin que leurs prérogatives.
L'association des personnels aux travaux institutionnels collectifs (évaluation, projet d'établissement, conférence de consensus...) permet de rappeler les missions et leur sens.

Les libertés fondamentales des résidents sont garanties par le règlement de fonctionnement.
Une analyse des pratiques est proposée mensuellement, et animée par un psychanalyste extérieur à l'établissement.
Enfin, un effort est porté pour aménager le cadre de vie : chambres personnalisées, décoration des espaces collectifs aménagée selon les évènements saisonniers…

4.10.2 Procédures de signalement

Une fiche de signalement des évènements indésirables existe, et permet de renseigner les problèmes relationnels, de santé, de logistique, ou tout autre problème. Elle permet d'obtenir les informations utiles précisées par la réglementation relative à la prévention de la maltraitance.[8]
Elle ne se substitue pas à la transmission immédiate de l'information en cas de situation indésirable (problème matériel, urgence sanitaire, constat de fait de maltraitance…), mais elle sert à rendre compte précisément des faits survenus et de leur contexte, une fois le problème traité.
Un travail en commun est actuellement en cours au niveau associatif pour homogénéiser les documents support.

4.11. LIEU D'EXPRESSION DES USAGERS ET FAMILLES

L'expression des usagers et des familles est recueillie lors de rencontres informelles ou à la demande de chacun.

Des lieux formels d'expression sont organisés [9] :

- ✓ **Le Conseil de la Vie Sociale** : Conformément au décret du 25 mars 2004, l'ordre du jour est effectué par le Président du CVS, issu du collège des usagers et le Directeur d'établissement. Le CVS se réunit 4 fois par an, un compte-rendu écrit est validé et diffusé.
  L'établissement cherche à accompagner les résidents dans leur rôle d'élu (rappel des échéances, préparation des réunions…).
- ✓ **L'Assemblée des résidents** : il s'agit d'un temps d'échanges et d'informations entre les professionnels et les résidents, autour de toute question relative à la vie collective et à l'organisation. Elle a lieu environ 6 fois par an.
- ✓ **Le Comité FLAME** – Fêtes Loisirs Animation Musique Evasion – Il s'agit d'un comité d'organisation des évènements festifs de la maison, composé de familles, de résidents et de salariés. Le Président est un représentant des familles. Le Comité FLAME a pour but de dynamiser l'établissement en proposant à celles et à ceux qui le désirent d'apporter leur concours pour la programmation et l'organisation de fêtes, journées à thème, conférences…
- ✓ **La participation des usagers à l'organisation** : Elle s'effectue autour d'outils de communication et de réunions sur des sujets précis. Les résidents participent à une communication, à visée interne, par des « écrans infos semaine ». Ils présentent ainsi aux autres usagers les activités ou les informations internes ou externes (concerts, infos sport…).
  De plus, leur participation est régulièrement sollicitée sur des choix de menus, d'activités estivales…
- ✓ **La participation des résidents et des familles aux instances de réflexion :** dans le cadre de la démarche qualité, les représentants des familles et des usagers sont associés aux groupes de réflexion sur les sujets qui les concernent : évaluation interne, comité de suivi et de vigilance…
- ✓ **La personne qualifiée :** conformément au décret du 14 novembre 2003, la liste des « personnes qualifiées » nommées par arrêté préfectoral est jointe au livret d'accueil des résidents.

[8] Circulaire DGCS/2A/2010/254 du 23 juillet 2010 relative au renforcement de la lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des personnes handicapées et au développement de la bientraitance dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux relevant de la compétence de l'ARS

[9] Recommandation ANESM « Qualité de vie en MAS et FAM : volet 1 expression, communication et participation de la citoyenneté » juillet 2013

- ✓ **La fiche de suggestion :** d'une manière plus générale, une fiche de suggestions est également jointe au livret d'accueil des résidents, leur permettant ainsi qu'à leurs familles, d'effectuer des remarques, de façon nominative ou non.

4.12. LES RELATIONS AVEC LA FAMILLE

La personne accueillie dans l'établissement reste en lien avec son environnement.
Dans ce cadre, l'établissement est vigilant au respect de la place du résident au sein de sa famille. L'établissement ne peut, à lui seul, couvrir tous les champs et il n'est pas l'interlocuteur unique de la personne. Il fait en sorte de ne pas se substituer à la famille ou aux proches.
L'environnement de la personne est mobilisé dans les accompagnements qui lui reviennent, dans le respect des valeurs et des choix du résident.
Tout en laissant à la famille une place significative, l'interlocuteur privilégié reste le résident.
Les attentes des familles sont recueillies au travers des temps du quotidien et d'instances institutionnelles (représentants élus au sein du CVS, du Comité FLAME).

4.13. LES LIMITES DE L'ACCUEIL

Globalement, toute demande de sortie de la personne fait l'objet d'une considération et d'une recherche de solution ou d'un accompagnement à la recherche effectuée par la personne elle-même.
Les possibilités d'accueil et de l'accompagnement à la MAS peuvent être limitées par différentes situations :

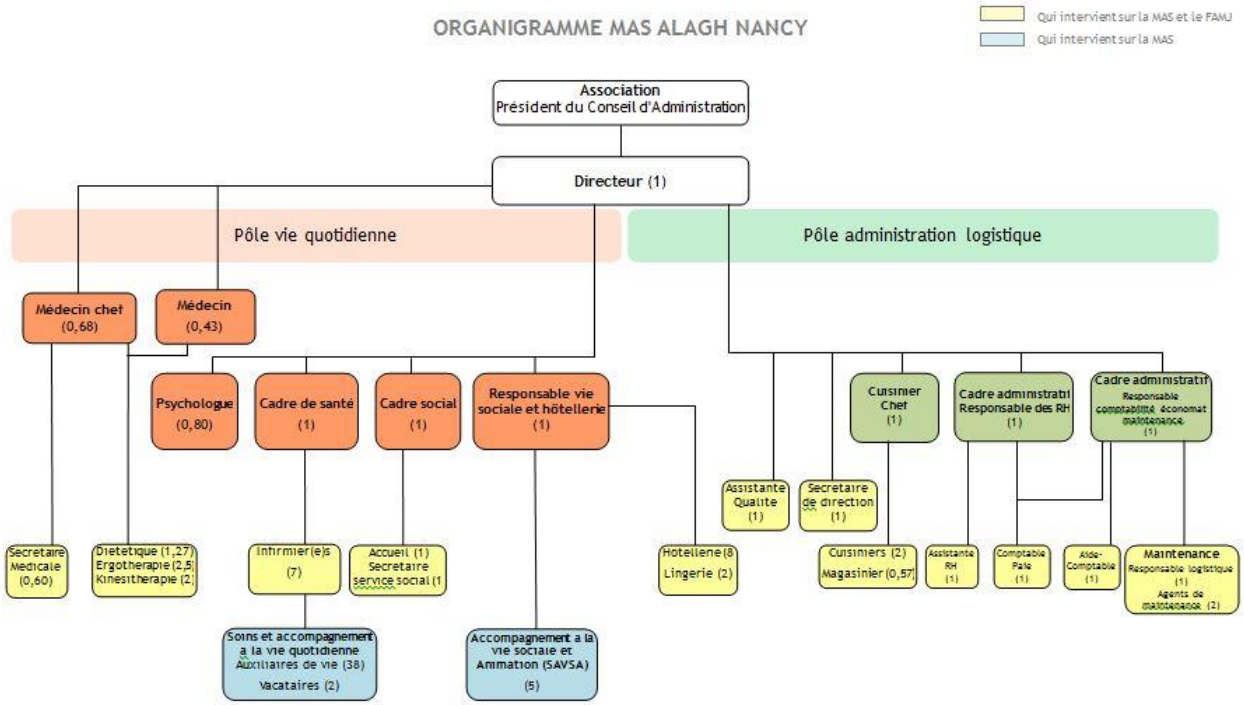
- ✓ **l'offre de service** de l'établissement est en inadéquation avec les attentes de la personne, avec son projet de vie. Par exemple, des projets de sortie peuvent être construits en vue d'un retour en milieu ordinaire de vie.
- ✓ **techniques** : lorsque l'état de santé de la personne nécessite des soins spécifiques qui ne peuvent être prodigués en interne
- ✓ relatives à la **sécurité** de l'usager lui-même, des autres usagers, et des professionnels : mise en danger de soi ou des autres
- ✓ relatives à des difficultés importantes liées à **la vie en collectivité** : problèmes de cohabitation durables et sans solution trouvée

Dans tous les cas, chaque fois que possible, un projet de sortie est construit.
La sortie peut être progressive en proposant des échanges et/ou séjours temporaires avec d'autres établissements médico-sociaux. Dans tous les cas, elle est accompagnée au cas par cas afin de ne pas créer une rupture trop brutale.

L'ORGANISATION DE L'INSTITUTION

V

5.1. ORGANISATION GÉNÉRALE (ORGANIGRAMME)



5.2 LES MOYENS HUMAINS

5.2.1 Les professionnels

Les différents services regroupent des équipes de professionnels qui coordonnent leurs actions et sont à l'écoute des besoins des personnes accueillies, attentifs à leurs demandes, dans le respect de leurs droits.

Deux pôles principaux :

- ✓ **pôle administration / logistique**
- ✓ **pôle vie quotidienne**

Le **directeur** est le garant privilégié de la qualité du service rendu et de l'adaptation des prestations à chacune des situations individuelles et collectives. Il garantit les droits fondamentaux des personnes et la mise en œuvre des moyens de leur expression et de leur participation.
Il organise l'établissement et les services afin de permettre l'accompagnement global des personnes accueillies ; il veille à améliorer en permanence la qualité de la prestation fournie en recherchant l'optimisation des moyens alloués à l'établissement.

Pôle administration / logistique

Les services administratifs et logistiques contribuent au bon fonctionnement de l'établissement et à la qualité du séjour. Certaines fonctions sont transversales à l'ensemble des établissements de l'Association. Basés dans

l'établissement, le service ressources humaines, le service comptabilité-économat et le service qualité assurent leurs missions aussi bien pour la MAS et le FAMJ de Nancy que pour la MAS de Mont-Saint-Martin.

Le **secrétaire de direction** organise et gère, sous la responsabilité du directeur, le secrétariat de direction des établissements de Nancy et de l'Association : traitement du courrier, correspondances, préparation et comptes-rendus d'instances, adhésions…

L'**assistant qualité** veille, sous la responsabilité du directeur, à la mise en application d'une démarche d'amélioration continue de la qualité : évaluation interne et externe, programmes qualité, gestion documentaire et veille règlementaire, groupes de travail, démarche projet, démarche HACCP…

Le service ressources humaines

Le **responsable Ressources Humaines** applique et gère l'ensemble des processus de gestion des ressources humaines de l'Association : gestion administrative, organisation du temps de travail, formation, suivi des effectifs, recrutements, paie, veille juridique, négociations obligatoires…
L'**assistant RH** traite l'ensemble des éléments administratifs afférents à la gestion des ressources humaines : suivi des dossiers individuels du personnel, contrats de travail, gestion des arrêts de travail, suivi des plannings, etc. sous la responsabilité du RRH.
Le **comptable-paie** assure, sous la responsabilité du RRH, l'élaboration des paies selon les données qui lui sont transmises, contribue à l'élaboration des budgets et des comptes administratifs.

Le service comptabilité-économat-maintenance

Le **responsable Administratif comptabilité-économat-maintenance** garantit l'opérationnalité permanente des locaux et des équipements ; il est en charge de la gestion financière des établissements de l'ALAGH (comptabilité, économat, budgets…).
L'**aide-comptable** participe aux tâches relatives à la comptabilité (factures fournisseurs) et à l'économat (commandes, stocks) des établissements de l'ALAGH et la trésorerie des résidents (mini-banque).
Le **comptable-paie** assure, sous la responsabilité du responsable de service comptabilité, la trésorerie et les rapprochements bancaires, contribue à l'élaboration des budgets et des comptes administratifs.

Le service maintenance comprend un **responsable logistique** et des **agents de maintenance**. Ils assurent la maintenance et la gestion du stock du matériel de l'établissement, la bonne marche des installations (informatique, sécurité, entretien des véhicules et fauteuils roulants appartenant à l'établissement…). Ils assurent également la réception et l'installation des équipements livrés à l'établissement, ainsi que la coordination des interventions extérieures concernant l'entretien des bâtiments. Ils contribuent aussi à l'embellissement et à l'adaptation du cadre de vie.

Le service restauration

Le **cuisinier-chef** et les **cuisiniers** organisent et gèrent l'ensemble du processus de production des mets et repas dont ils sont responsables : approvisionnement, fabrication, présentation, distribution. Ils apportent un soin particulier à la présentation et à la qualité gustative des plats, tout en respectant les consignes (texture, régime…) données par les diététiciennes.
Un **magasinier** soutient la logistique de l'équipe restauration, en assurant, sous la responsabilité du chef-cuisinier, l'approvisionnement et la gestion des stocks alimentaires.

Le service hôtellerie-lingerie

Les **agents hôteliers** contribuent à la qualité de l'hébergement en maintenant le bon état de propreté de l'établissement, en réalisant le nettoyage des locaux. Ils participent au bon déroulement des repas en salle à manger, en procédant à la mise en place du couvert, en assurant la distribution des assiettes. Ils assurent la prise des petits déjeuners en salle à manger, et contribuent à la décoration des tables et des salles à l'occasion des fêtes et animations repas.

Le **personnel de lingerie** participe au confort vestimentaire en procédant au nettoyage et à l'entretien du linge des usagers et des accessoires de transfert, et en assurant sa distribution. Le linge plat (draps, alèses…) et les tenues professionnelles sont traités à l'extérieur de l'établissement.

Pôle vie quotidienne

Le service médical

Le **médecin chef**, médecin spécialiste en médecine physique et de réadaptation, attaché aux trois établissements de l'ALAGH, veille à la coordination de la prise en charge en collaboration avec un **médecin généraliste**. Une présence médicale quotidienne est assurée et des consultations spécialisées sont organisées si nécessaire.

Le **secrétaire médical** assure le suivi des dossiers médicaux, édite les ordonnances, rédige les courriers médicaux, assure la liaison entre les différents services de soin de l'établissement.

Le service rééducation

Les **kinésithérapeutes** contribuent à préserver les capacités de mouvement, et faciliter les fonctions digestive, trophique et respiratoire, en séance individuelle et par du travail en groupe. Ils entretiennent la verticalisation et la marche, et luttent contre la douleur. Ils gèrent le suivi de l'appareillage (corsets-sièges, chaussures, bas de contention…). Ils peuvent intervenir à l'intérieur et à l'extérieur de l'établissement, en fonction des besoins des personnes (observations et objectifs de soins réalisés lors de séances d'animation piscine, en sortie voile…).

Les **ergothérapeutes** contribuent à entretenir et stimuler les capacités physiques, cognitives et fonctionnelles, assurer un confort d'installation, une autonomie et une indépendance dans les actes de la vie quotidienne. Cela suppose notamment de proposer des exercices à la personne, individuellement ou en groupe, et d'apporter des aides techniques (fauteuil roulant, coussin…). Ils peuvent effectuer des visites à domicile pour évaluer les besoins d'aménagement de l'environnement. Ils contribuent à élaborer les demandes de compensation effectuées auprès de la MDPH, et effectuent des préconisations pour l'adaptation des bâtiments et du matériel utilisé dans l'établissement. Ils peuvent effectuer des accompagnements lors de sorties organisées.

Les **diététiciens** contribuent à la qualité gustative et nutritionnelle des repas, et favorisent le plaisir de manger, en lien avec le service restauration. Ils créent les menus et adaptent les repas de façon individuelle, afin de répondre aux besoins et aux choix alimentaires (texture, régime adapté, nutrition par voie entérale, régime cultuel, goût). Ils ont également un rôle de conseil auprès des résidents et de leur famille. Ils participent à l'évaluation des capacités de déglutition.

Le **psychologue** prend en compte et fait prendre en compte la dimension psychologique de l'individu et du groupe, et ce pour le résident et son environnement. Il propose des entretiens individuels aux résidents et éventuellement à leur famille afin de préserver ou améliorer leur qualité de vie psychique. Il accompagne les professionnels dans leurs réflexions et les aide à dénouer des situations complexes.

Le service soins et accompagnement à la vie quotidienne

Le **cadre de santé** est chargé de l'encadrement de l'équipe soignante : ses missions sont essentiellement l'organisation des activités de soins et le management des ressources humaines. Il collabore étroitement avec l'équipe dont il est responsable. Il est l'interface entre l'équipe et sa hiérarchie.

Les **infirmiers** prodiguent les soins ponctuels ou réguliers selon les besoins des personnes, en portant une attention particulière à l'état de santé et au bien-être, jour et nuit. Ils coordonnent et délèguent les soins quotidiens, et gèrent l'application et le suivi des prescriptions médicales et médicamenteuses. Ils sont les correspondants privilégiés entre l'établissement et l'extérieur, en l'absence des cadres et en dehors des horaires d'ouverture du secrétariat-accueil. En cas d'urgence, ils peuvent intervenir au foyer d'accueil de jour.

Les **aides médico-psychologiques** et les **aides-soignantes** dispensent jour et nuit les soins de nursing et apportent une aide pour les actes de la vie quotidienne, en apportant un soin tout particulier à l'aspect esthétique. Ils jouent un rôle important concernant l'écoute, l'observation et la stimulation des personnes, en intervenant au quotidien auprès d'elles, et en les accompagnant lors des consultations médicales extérieures. Ils accompagnent les résidents dans leur vie sociale. Ils contribuent aux manifestations exceptionnelles et festives.
Les aides-soignantes et les aides médico-psychologiques, de par leur formation initiale sensiblement différente mais complémentaire (l'une plus axée sur le soin, l'autre sur le bien-être physique et psychologique) participent à la même prise en charge quotidienne du Résident.

Des **vacataires** étudiants viennent renforcer l'équipe du service en soirée et les weekends et lors d'évènements festifs.

Le service social
Le **cadre social** est responsable de l'équipe du FAMJ. Il est en charge de l'organisation du service en collaboration avec le coordinateur. Il est également responsable du service social et de l'accueil.
Il assure la coordination de la réalisation et de l'actualisation des projets personnalisés.

Le **cadre social** et le **secrétaire social** organisent les entrées dans l'établissement, de leur préparation à l'accueil. Ils favorisent l'intégration de la personne dans son nouveau lieu de vie en garantissant si nécessaire les médiations avec l'établissement, sa famille, son environnement élargi. Ils assurent le suivi du dossier social des usagers : accès aux droits, démarches administratives, coordination avec les services mandataires à la protection juridique des majeurs, etc.
Le **secrétaire d'accueil** est chargé, sous la responsabilité du cadre social, de l'accueil physique et téléphonique. Il est responsable de la saisie des mouvements des résidents (entrées, sorties) et de la facturation des frais de séjours (suivi CPAM, Mutuelles, règlements cliniques,…).

Le service d'accompagnement à la vie sociale et animation (SAVSA)
Le **responsable vie sociale et hôtellerie** coordonne les équipes du SAVSA et hôtellerie-lingerie. Il est garant de la mobilisation des moyens collectifs au service des projets personnalisés. Il contribue à l'établissement de partenariats ou de collaborations avec des ressources extérieures, et favorise ainsi l'ouverture de la MAS à, et sur, son environnement.

Des **animateurs** contribuent à l'épanouissement et au développement personnel en partant des centres d'intérêts et attentes des personnes accueillies dans les domaines de la vie sociale, culturelle et sportive.
Ils contribuent à la participation et à l'engagement des résidents en dynamisant la vie collective, en prenant en compte les suggestions de chacun et en organisant des animations collectives, évènements festifs, etc. Ils effectuent un accompagnement adapté aux besoins et capacités de chacun, à l'intérieur et à l'extérieur de l'établissement, en individuel ou en cadre collectif au sein de divers ateliers artistiques, sportifs et culturels, en collaboration éventuelle avec un professionnel extérieur.
Ils favorisent la participation de la personne à la vie sociale en accompagnant la réalisation de ses projets particuliers (concerts, activités extérieures, liens familiaux et amicaux…).

5.2.2 Les personnes en formation

L'ALAGH a toujours considéré comme faisant partie de sa mission de faire partager ses connaissances et son expérience.

L'ALAGH accueille de nombreux stagiaires de filières sociales, médicales et paramédicales pour lesquels elle sert de terrain d'application. Cette collaboration enrichissante contribue à engendrer une dynamique constante. Pour améliorer le suivi, des salariés ont été formés à l'accompagnement des stagiaires.

L'établissement accueille des personnes en formation continue (contrat d'apprentissage, de professionnalisation). Chacun bénéficie d'un tuteur référent formé.

5.2.3 Les bénévoles

La personne bénévole a une fonction de soutien et d'accompagnement auprès du résident dans le cadre d'activités de loisirs ponctuelles et exceptionnelles et/ou d'ateliers dirigés.
Son intervention se réalise dans la continuité et la régularité afin de donner des repères aux personnes accueillies et de permettre une continuité des actions. Elle s'engage dans le temps par la signature d'une convention. Ainsi, les actions des bénévoles peuvent permettre aux résidents d'avoir accès à d'autres activités avec d'autres personnes.

La personne bénévole est accompagnée par un salarié afin de coordonner son action avec les professionnels et de lui permettre de disposer des éléments nécessaires à son action (éléments du projet personnalisé du résident ou objectifs d'ateliers).

5.3 LES ACTIVITÉS ET ANIMATIONS DIVERSES

Toutes les activités sont guidées par le projet personnalisé des résidents, leurs intérêts. Le programme des activités est revu annuellement en fonction de l'évolution des besoins et des demandes.
Par souci d'une prestation de qualité, la plupart des ateliers est encadrée par des intervenants professionnels. Les animateurs accompagnent les résidents dans la prise en compte de leurs intérêts et des objectifs individualisés.
Afin de permettre à un maximum de personnes de bénéficier de la possibilité de découvrir des activités, les ateliers sont organisés par cycle sur l'année et s'arrêtent en été pour rompre la routine et marquer le rythme saisonnier. Les ateliers permettent de découvrir des activités et éventuellement de les poursuivre à l'extérieur des établissements.
La répartition des activités MAS et FAMJ dépendent de plusieurs critères : historique, missions, planification, organisation, spontanéité, objectifs…

Activités communes à la MAS et au FAMJ

Activités sportives :

- ✓ **Piscine** : détente, travail du mouvement
- ✓ **Vélo**, avec un travail sur la coordination et l'équilibre
- ✓ **Boccia**, cousine de la pétanque, jeu de convivialité et de précision
- ✓ **Tir à l'arc**, avec des adaptations qui permettent la plus grande maîtrise possible du geste
- ✓ **Equitation**, pour les résidents qui peuvent monter : travail de l'équilibre, de la gestion du stress

Activités artistiques et manuelles :

- ✓ **Sculpture**, activité de détente et de dextérité, autour de la terre et du toucher
- ✓ **Chorale**, travail sur le chant, la musicalité, la mémoire, la respiration, l'élocution, la prise en compte de l'autre
- ✓ **Jardinage** : travail sur l'orientation dans le temps et dans l'espace, l'éveil des sens et travail des préhensions, la recherche créative et esthétique
- ✓ **Arts plastiques**, activité d'expression à travers la matière

Activités bien-être :

- ✓ **Relaxation**, activité de détente morale et physique (salle dédiée)
- ✓ **Halte-Beauté**, atelier de développement personnel, sur l'image de soi (salon dédié)
- ✓ **Approche du cheval**, dirigée vers le soin apporté à l'animal et le bien-être
- ✓ **Marionnettes** : Développer ses capacités d'imagination et d'expression.

Activités culturelles et technologiques :

- ✓ **Ludothèque**, recherche de jeux diversifiés et adaptés
- ✓ **Info semaine,** communication numérique (vidéo/son sur des écrans internes), développe la communication entre les résidents, l'implication dans leur lieu de vie, favorise les opportunités de relation et de solidarité entre eux.

Activités propres à la MAS

Activités bien-être :

- ✓ **Gymnastique,** atelier de détente et plaisir autour du mouvement

Activités culturelles :

- ✓ **Goûter philosophique,** autour de la réflexion par l'imaginaire
- ✓ **Impro et Co,** activité d'expression spontanée sous forme de scénettes, de situations connues ou imaginaires
- ✓ **Intervention musiciens :** Des musiciens interviennent auprès des résidents dans leur studio et participent aux chants. Ils sont accompagnés par les personnels soignants. Cette intervention musicale apporte une « attention dédiée et individualisée » auprès du résident et améliore la relation soignants / soignés.

Au-delà des activités planifiées, les animateurs organisent et accompagnent des sorties régulières : parcs, pêche, pique-nique, cinéma, sorties sport, spectacles, shopping, musées, expositions, concerts…

5.4 LES TEMPS FORTS DE LA VIE INSTITUTIONNELLE

Le Comité FLAME (cf. 4.11 lieu d'expression des usagers et familles) participe à la proposition et l'organisation des évènements festifs.
Les évènements ont pour objet de marquer le temps, les saisons, les traditions et de les partager entre résidents, familles et salariés.

Ainsi, l'ALAGH fête :

- ✓ La **galette des rois**, pour fêter la nouvelle année avec les familles ;
- ✓ Les **lotos** réunissent les résidents, les familles et les partenaires ;
- ✓ La **fête de la musique** réunit résidents, familles et salariés ;
- ✓ Tous les 2 ans a lieu un **Marché de Noël** ou **de Printemps** qui permet de valoriser les productions des résidents et d'ouvrir l'établissement aux personnes extérieures (habitants du quartier) ;
- ✓ Un **barbecue** en fin d'été avec les résidents et leur famille ;
- ✓ Les **fêtes de fin d'année**, avec les résidents et les salariés présents. Des familles, qui ne sont pas en mesure d'accueillir le résident, se joignent à ces fêtes ;
- ✓ Les **fêtes du calendrier** sont marquées par des animations et/ou des repas particuliers (Pâques, Halloween, Beaujolais nouveau, Saint-Valentin, Semaine du goût, etc.) ;
- ✓ Des **animations collectives**, sans objet précis ou formalisation particulière, sont réalisées tout au long de l'année : petits déjeuners à thème, apéritifs, goûters, concerts ou spectacles en interne… ;
- ✓ L'**anniversaire** des résidents de la MAS est fêté personnellement le jour-même. Un cadeau (différent chaque année, le même pour tous) lui est remis lors du déjeuner.

5.5 LES MOYENS INSTITUÉS

5.5.1 Les réunions

Les réunions sont des temps de coordination et d'analyse des prestations délivrées par les différents services.

Les réunions fonctionnelles :

Réunions de responsables (pôle vie quotidienne et administration/logistique) : animées par le directeur, elles ont lieu en moyenne 2 fois par semaine. C'est un temps de partage d'information, de décision, de réflexion, de proposition, et de cohésion de l'équipe de responsables.

Réunions d'équipe (infirmerie, nuit, animation vie sociale, hôtellerie, rééducation, accueil de jour, équipe AS/AMP, vacataires) : animée par le responsable du service, la réunion de service est un lieu d'échange autour de l'organisation du service, du fonctionnement, des pratiques professionnelles, d'assurer une cohésion des interventions, des situations des résidents, du suivi des projets personnalisés… sa fréquence varie selon les services et les thèmes abordés.

Réunions interservices : permettent d'actualiser la continuité de la prise en charge. Des transmissions de consignes ont lieu 3 fois par jour (matin-après-midi-nuit).

La **réunion paramédicale** est organisée en équipe pluridisciplinaire, par roulement hebdomadaire, par étage. Elle est centrée sur les problématiques individuelles des résidents, liées aux soins médicaux et paramédicaux du quotidien.

Des **réunions techniques** abordent des thématiques spécifiques de manière régulière (commission appareillage, commission d'admission) ou non (conférence de consensus, séminaire, groupes de progrès).

Les « **conférences de consensus** » sont organisées à chaque fois qu'un changement important doit s'opérer. Les personnes impliquées dans ce changement élaborent une présentation à leurs collègues. Cela facilite l'appropriation du changement.

Les réunions de vie institutionnelle (professionnels)

Les instances réglementaires sont en place dans l'établissement. Elles permettent aux professionnels d'échanger autour de leurs conditions de travail, de l'évolution du cadre législatif.

- ✓ Le **CCE** (Comité Centrale d'Entreprise) est composé de représentants des Directions et des salariés de l'ensemble des établissements de l'ALAGH. Il exerce les attributions économiques qui concernent la marche générale de l'entreprise. Il se réunit 2 fois par an.
- ✓ La **DUP** (Délégation Unique du Personnel) réunit les attributions du Comité d'Etablissement (CE) et des Délégués du Personnel (DP) au sein d'une même délégation élue. Elle se réunit mensuellement.
- ✓ Le **CHSCT** (Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail) a pour mission de protéger la santé et la sécurité des salariés de l'établissement, mais aussi de travailler sur les conditions de travail. Il se réunit 4 fois par an ; est présidé par le directeur et composé de représentants du personnel, du médecin du travail, de l'inspecteur du travail et du contrôleur de sécurité CRAM.
- ✓ Le **Comité de Pilotage de la démarche qualité** (COPIL) a pour rôle de définir, suivre et évaluer la démarche d'amélioration continue de la qualité. Des représentants des salariés, résidents et familles participent à cette instance.
- ✓ L'**Instance Hygiène** définit et coordonne les actions de prévention et de surveillance des Infections Associées aux Soins. Il est présidé par le Médecin chef en collaboration avec l'infirmière référente hygiène.
- ✓ La réunion « **Qualité Restauration Hôtellerie** » coordonne la prestation « repas » dans sa globalité : démarche HACCP, service, animations autour des repas…
- ✓ Le **Comité de suivi et de vigilance** veille à la réactualisation, au besoin, des documents institutionnels (projet d'établissement, livret d'accueil, règlement de fonctionnement…). Des représentants des salariés, résidents et familles participent à cette instance.

Les réunions de vie institutionnelle (résidents) :

Ce sont des temps d'échange autour de l'articulation des situations individuelles des résidents et de la vie en collectivité.

- ✓ Le **Conseil de la Vie Sociale** (CVS) cf. 4.12
- ✓ L'**assemblée des résidents** cf.4.12
- ✓ Chaque projet personnalisé est analysé en « **réunion de projet** » tous les 2 ans de façon interdisciplinaire : remise à jour des rubriques, définition des objectifs de suivi… en présence des référents du résident.

5.5.2 Les dossiers des résidents

Le dossier informatisé du résident est en cours de développement au sein des établissements de l'ALAGH par le biais d'un logiciel spécialisé.
Il permet une prise en charge globale et transverse des résidents :

- ✓ **Médical et paramédical** (plan de soins, prescriptions, plan de traitement, circuit du médicament, dossier de liaison d'urgence)
- ✓ **Vie sociale et histoire de vie** (dossier administratif, dossier social)
- ✓ **Projet personnalisé** (dossier par service)
- ✓ **Hébergement et restauration** (plan de tâches),

C'est un outil qui, au quotidien, autorise le partage de toutes les informations en fonction du profil et des droits de chaque utilisateur. Il est accessible de façon sécurisée par tout professionnel de l'établissement.

Le droit d'accès des résidents à leur dossier est garanti et protocolisé. La procédure est disponible en libre consultation sur le site intranet de l'établissement. L'information leur est transmise par le livret d'accueil.

5.5.3 La formation continue

L'accueil d'un public particulier nécessite une formation spécifique du personnel et une optimisation des connaissances. C'est la raison pour laquelle les établissements de Nancy souhaitent mettre l'accent sur la formation continue de leurs professionnels.
Une démarche globale d'amélioration de la gestion des Ressources Humaines est recherchée à travers :

- ✓ la valorisation interne des compétences (formateurs internes, tuteurs de stage, maîtres d'apprentissage)
- ✓ le suivi et l'actualisation des savoirs et savoirs faire (plan de formation)
- ✓ le renforcement de la mobilité professionnelle et de la promotion sociale des salariés (CIF, DIF, VAE…).

Des orientations annuelles de formation sont définies par la Direction. Elles s'articulent autour de thématiques collectives qui visent à répondre aux besoins des professionnels dans l'accompagnement des résidents et à la mise en œuvre des projets de service. De plus, chaque salarié a la possibilité d'effectuer une demande de formation individuelle.
Afin d'accompagner leurs projets de carrière, les salariés ont la possibilité de programmer chaque année, avec leur responsable de service, un entretien professionnel de formation.
Enfin, la Direction met en œuvre l'obligation annuelle de DPC pour les salariés médicaux et paramédicaux conformément au cadre réglementaire.

5.5.4 Les modalités d'information et de communication entre professionnels

L'essentiel de la communication interne est réalisée par le biais de l'informatique (notes, messagerie, dossier unique, gestion documentaire informatisée).

Il existe une gestion documentaire informatisée (sous la forme d'un site intranet) qui comprend :

- ✓ Les procédures et protocoles validés
- ✓ Les recommandations de bonnes pratiques / textes réglementaires
- ✓ Les formulaires
- ✓ Les documents institutionnels
- ✓ Les comptes rendus de réunions

5.5.5 Les outils d'évaluation et la démarche qualité

L'ALAGH a mis en place une démarche d'amélioration continue de la qualité et d'évaluation de ses pratiques et des prestations qu'elle délivre.

Sur la base des recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM, l'ALAGH Nancy procède tous les 5 ans à une évaluation interne (2009 – outil PERICLES) dont l'objectif est de réaliser un diagnostic et bilan de la situation de la structure (au regard des procédures, références et recommandations validées). Un

programme d'actions qualité (PAQ) est né de cette auto-évaluation. Il est en place sur plusieurs années et est suivi par le COPIL Qualité.
Une évaluation externe est prévue pour le 2ème semestre 2014 (tous les 7 ans). Réalisée par un organisme habilité extérieur, elle se fera au niveau associatif.

Des outils sont en place pour évaluer les pratiques professionnelles : réunions d'équipe régulières, réunions d'analyse des pratiques (par un intervenant extérieur), démarche de développement personnel continu pour les personnels médicaux et paramédicaux.

Au quotidien, la démarche d'amélioration continue de la qualité se traduit, entre autres, par une gestion documentaire en place (procédures et protocoles validés et disponibles), une gestion des évènements indésirables (fiche de signalement, études a posteriori), une évaluation de la satisfaction des usagers et des professionnels (fiches de suggestions, enquêtes de satisfaction), une démarche qualité au service cuisine (HACCP). L'assistante qualité vient en appui directement ou indirectement des instances en place (CHSCT, COPIL, etc.).

5.6 LES MOYENS MATERIELS

5.6.1 Les locaux

5.6.1.1 Entretien

Les locaux sont entretenus quotidiennement. Les studios et locaux administratifs sont entretenus du lundi au vendredi. Les week-ends sont dédiés à l'entretien « de fond » des locaux de restauration (salles de restauration, plonge, matériel).
L'entretien de « fond » des locaux est planifié (« décapages »). Les locaux sont totalement vidés pour un entretien complet et nécessitent un entretien de un jour (pour un studio) à plusieurs pour une zone de locaux (salle à manger).
Ces entretiens nécessitent une coordination de tous, et garantissent un entretien de qualité (propreté et désinfection).

5.6.1.2 Sécurité

Une des finalités principales de l'ALAGH est d'assurer protection et sécurité aux personnes accueillies.
Tout en cherchant à garantir la liberté d'aller et venir aux résidents, l'accès aux bâtiments en dehors des heures d'ouverture est restreint. Une alarme anti-intrusion et un système de vidéo-surveillance sont en place. Les salariés disposent de badges personnels.
Des salariés sont formés chaque année à la sécurité incendie et à l'utilisation des extincteurs ; les plans et consignes en cas d'incendie sont affichés dans les circulations et dans chaque local professionnel. Les salariés sont formés « sauveteurs secouristes au travail ».
Chaque studio dispose d'un système d'appel-malade, qui peut être personnalisé en fonction du handicap de la personne.
La sécurité des bâtiments est assurée par une alimentation continue en électricité et en oxygène.
La maintenance des installations est organisée et planifiée en interne ou en externe dans le respect des règlementations en vigueur.

5.6.1.3 Accessibilité des locaux

La MAS et le FAMJ sont des Etablissements Recevant du Public (ERP) de type U (établissement de soins) de 4ème catégorie (moins de 300 personnes).
Comme le prévoit le Décret n° 2006-555 du 17 mai 2006 relatif à l'accessibilité des établissements recevant du public, l'ALAGH a réalisé un audit externe par un organisme habilité en janvier 2012. Celui-ci a mis en avant, dans son rapport, des solutions envisageables pour rendre accessibles à tout type de handicap nos locaux. Des travaux d'amélioration sont en cours.

En effet, les établissements de Nancy sont facilement accessibles aux personnes en fauteuil roulant mais pas forcément aux autres types de handicap (visuel…).
Les établissements de Nancy ont amélioré leur signalétique intérieure et extérieure.

5.6.2 Les équipements spécifiques

L'ALAGH dispose d'équipements, matériels et installations permettant de favoriser l'indépendance et l'autonomie des résidents et facilitant le travail des professionnels au quotidien.
Chaque studio est équipé d'un système d'appel-malade et d'un accès aux fluides médicaux.
Le matériel fourni est adapté aux besoins et au potentiel de chacun, il permet de palier des incapacités. Par exemple, pour les résidents de la MAS, mise à disposition de fauteuil adapté, manuel, électrique ou confort en cas d'incapacité de marche ; prêt de rollator ; fourniture d'aides techniques diverses pour les actes de la vie quotidienne (synthèse vocale, repas…).
Par exemple, pour les usagers du foyer, prêt d'aides techniques pour les repas ou les déplacements dans le cadre de leur présence à l'ALAGH.
La plupart des studios sont domotisés ainsi qu'un ascenseur, ce qui permet aux résidents de contrôler leur environnement (porte, lumière, volet, appareil électrique…), éventuellement à l'aide de télécommandes personnalisées.
Le matériel utilisé pour les soins est adapté pour faciliter les interventions des professionnels et le confort du résident : matériels de transfert (disque de transfert, guidon de transfert, lève-personne mobile, rails de transferts dans la moitié des studios…), matériels nécessaires pour effectuer la toilette (chaise et fauteuil roulant de douche, chariot douche, baignoire balnéo à hauteur variable…).
Les services de rééducation / réadaptation disposent de matériels spécifiques pour dispenser leurs soins (fauteuil roulant verticalisateur, table de verticalisation, barres parallèles…).
Enfin, l'ALAGH dispose de véhicules adaptés au transport de personnes à mobilité réduite.

5.6.3 Les transports

Les établissements disposent de véhicules pour le transport :

- ✓ Des salariés (véhicules légers)
- ✓ Des résidents (véhicules adaptés au transport de personnes à mobilité réduite). Ils sont essentiellement utilisés par la MAS pour le transport des résidents aux activités, aux sorties ou à leurs achats.

Les établissements font ponctuellement appel à des services de transport adaptés en fonction des capacités de conduite (nombre de conducteurs possibles), et selon l'accessibilité des lieux (stationnement au centre-ville).

Afin de maintenir le lien avec le « droit commun », les déplacements personnels des résidents se réalisent au maximum dans le cadre des services de transports adaptés. L'accompagnement s'effectue selon les capacités des personnes (lieux où les risques sont limités, aide à la réservation…).

Les trajets des résidents de leur domicile pour un accueil temporaire reste à la charge de la personne.

Afin de faciliter leurs sorties individuelles, et lorsque les services de transport adaptés ne peuvent pas convenir (coût élevé hors zone urbaine, par exemple), l'ALAGH met à disposition des résidents un véhicule sans conducteur (famille, ami) contre un règlement au kilométrage.

5.7 LES MOYENS FINANCIERS

La Maison d'Accueil Spécialisée est financée à 90% par l'Assurance Maladie. Les résidents participent à leur frais de séjour à hauteur du forfait journalier (actuellement 18€/jour). La part des charges de personnels représente environ 75% du budget de l'établissement.

L'établissement a un taux d'activité moyen aux alentours de 90% (accueil durable + accueil temporaire), ce qui révèle une forte présence des résidents lors des week-ends et des vacances.
Organisée et anticipée, nous réalisons une forte activité d'accueil temporaire (plus de 80% de taux d'activité). Cela fait état d'un besoin important (environ 35 personnes différentes par an profitent de l'accueil en séjour temporaire).

LES PERSPECTIVES D'ÉVOLUTION

VI

Le projet d'établissement permet de rendre compte des pratiques professionnelles et de leurs évolutions, pour répondre aux besoins des usagers et aux obligations réglementaires. Certains projets ont ainsi été engagés, d'autres prévoient de l'être à plus au moins long terme.

6.1. 2013-2015 : LES QUESTIONS EN COURS / A TRAITER A COURT TERME

Suivi du projet personnalisé

(cf. 4.4.4 Le référent du projet personnalisé)

- ✓ Mise en place de référents : définition des missions et des modalités de mise en œuvre de la référence ; définition des liens entre référents, coordinatrice des projets et dossier informatisé de l'usager
- ✓ Mise en place de transmissions inter-services avec un suivi des objectifs définis dans le PP

COMMENT ?

- ➔ **Groupe thématique « référence »**
- ➔ **Information aux salariés : conférence de consensus**
- ➔ **Réunions interdisciplinaires**

Dossier informatisé de l'usager

(cf. 5.5.2 Les dossiers des résidents)

- ✓ Finaliser l'informatisation complète des dossiers résidents
- ✓ Former les équipes à son utilisation
- ✓ Revoir le circuit du dossier : droits d'accès par les usagers, stockage, archivage

COMMENT ?

- ➔ **Formation des professionnels**
- ➔ **Création de procédures d'accès et d'archivage**

L'accueil

(cf. 4.2 L'accueil)

- ✓ Améliorer l'accueil des résidents
  - Assurer une meilleure continuité des séjours temporaires répétitifs et le relais Accueil de Jour / MAS
  - Améliorer la fin de séjour temporaire (bilan avec l'usager / bilans des professionnels)
  - Favoriser la participation des résidents à l'accueil d'un nouvel arrivant
  - Rendre les supports d'information sur les droits des usagers plus attractifs et accessibles aux résidents
- ✓ Améliorer l'accompagnement des stagiaires

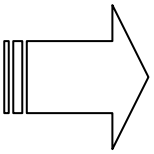
COMMENT ?

- ➔ **Par la mise en place du dossier informatisé, de la référence**
- ➔ **Repréciser le rôle du référent d'accueil**
- ➔ **Travailler à l'implication des résidents**
- ➔ **Créer un livret d'accueil des stagiaires**

Bénévolat

(cf. 5.2.3 Les bénévoles)

- ✓ Relancer le bénévolat



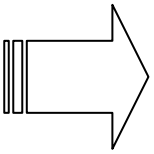
COMMENT ?

- ➔ **Groupe de travail en interne : définir leurs missions, leur engagement, les objectifs, l'articulation avec le travail des professionnels**

Prévention et traitement des faits de maltraitance

(cf. 4.10 prévention et traitement des faits de maltraitance)

- ✓ Travail en commun avec les équipes de la MAS ALAGH MSM
- ✓ Revoir la procédure de signalement d'un cas de maltraitance
- ✓ Réfléchir au soutien de la personne maltraitée et de la personne déclarante
- ✓ Maintenir une culture de la bientraitance



COMMENT ?

- ➔ **Groupe de travail Nancy/MSM**
- ➔ **Rédaction d'une procédure**
- ➔ **Renouveler des actions de sensibilisation des professionnels sur la bientraitance**

6.2. 2015-2017 : LES QUESTIONS A TRAITER A MOYEN ET LONG TERME

L'accueil du public cérébro-lésé

(cf. 2.3.2 Les besoins des personnes atteintes de troubles cognitifs sévères)

- ✓ Réponse aux besoins spécifiques de ce public (handicap physique et troubles cognitifs)
- ✓ Augmentation de la part de ses personnes sur nos listes d'attente
- ✓ Conséquences importantes sur la vie sociale / impacts sur la vie des autres résidents

COMMENT ?

En adéquation avec la politique Associative :

- ➔ **Identification des besoins en accueil au niveau régional : travail en collaboration avec l'Association CEREBRO'LOR, enquête régionale sur le public cérébro-lésé**
- ➔ **Création de places dédiées**
- ➔ **Adaptation des locaux**
- ➔ **Formation du personnel**
- ➔ **Travail en réseau (notamment avec les structures d'amont)**

L'adaptation aux besoins médicaux croissants

(cf. 2.3.1 Le vieillissement des personnes accueillies
cf. 4.13 Les limites de l'accueil)

- ✓ Modification dans les profils des usagers admis ; évolution des pathologies des personnes déjà accueillies
- ✓ Vieillissement de nos usagers et de leur famille
  - Adaptation des locaux et matériels
  - adaptation des modalités d'accueil (accueil de jour, hébergement temporaire, accueil permanent…
  - adaptation des connaissances et formations
  - adaptation des interventions extérieures (réseaux HAS, soins palliatifs, spécialistes…)

COMMENT ?

- ➔ **Formations**
- ➔ **Investissement matériels (unité dédiée à ce public)**
- ➔ **Réorganisation des services soins et animation vie sociale**

L'accompagnement fin de vie

(cf. 4.7.4 Accompagnement fin de vie)

- ✓ Travail en réseau (soins palliatifs, douleur…)
- ✓ Améliorer / élargir nos connaissances
- ✓ Travail autour des directives anticipées
- ✓ Accompagnement fin de vie des proches des résidents
- ✓ Parler de la mort avec les résidents
- ✓ Accompagnement des équipes à la fin de vie et au décès d'un résident

COMMENT ?

- ➔ **Formations**
- ➔ **Conventions / partenariats**

MODALITÉS DE MISE EN OEUVRE DU PROJET

VII

7.1. RÔLE DE RÉFÉRENCES DU PROJET ET ARTICULATION AVEC LES AUTRES DOCUMENTS INSTITUTIONNELS

Le projet d'établissement formalise les missions définies par le Conseil d'Administration. Il constitue le référentiel théorique des interventions et pratiques quotidiennes des acteurs de l'ALAGH.

En cohérence avec le Projet Associatif, il fonde ce qui se fait, ce qui s'écrit dans l'établissement : règlement intérieur, contrat de séjour, projet personnalisé…

Le projet d'établissement conditionne les projets de service. Certains existent et doivent être remis à jour ; d'autres sont à créer. Il est choisi une réflexion et une rédaction participative. L'objectif étant d'avoir finalisé la rédaction des projets de service fin 2015.

Projets de service :

- Projet médical (à créer)
- Animation et accompagnement à la vie sociale (à remettre à jour)
- Service soins et accompagnement à la vie quotidienne (à remettre à jour)
- Réadaptation (à remettre à jour)
- Pôle logistique (à remettre à jour)
- Pôle administration (à créer)

7.2. SUIVI ET EVALUATION

Conçu pour une durée de cinq ans, le projet d'établissement définit les objectifs en matière d'organisation et de fonctionnement de l'établissement, ainsi que les conditions d'évaluation des activités et de la qualité des prestations. Pour faire vivre ce document de référence, le groupe méthode est chargé du suivi et de la réalisation d'une évaluation annuelle (rédaction d'une synthèse de l'avancée des projets et des principales modifications).

7.3. DIFFUSION/EXPLOITATION

Le projet d'établissement est un document stratégique qui donne les grandes orientations « politiques » de la structure. Il est validé par le Conseil d'Administration qui, en retour, est informé régulièrement de sa mise en œuvre et de ses évolutions.
Au préalable, les avis du Conseil de la Vie Sociale et la Délégation Unique du Personnel sont sollicités.

Le document est transmis aux autorités de contrôle et diffusé à l'ensemble des professionnels ; il est mis à disposition sur le site intranet de l'établissement et le site internet de l'Association.

La synthèse annuelle faite par le groupe méthode sera transmise à l'ensemble des acteurs.

GLOSSAIRE DES SIGLES

AAH ..... Allocation Adulte Handicapé
AEEH ..... Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé
AEIM ..... Adultes et Enfants Inadaptés Mentaux
AGAP ..... Association des Groupements d'Achats Privés
ALAGH ..... Association Lorraine d'Aide aux personnes Gravement Handicapées
ALSAD ..... Association Lorraine de Soins A Domicile
AMP ..... Aide Médico-psychologique
ANESM ..... Agence Nationale de l'Evaluation Sociale et Médico-sociale
ARH ..... Agence Régionale d'Hospitalisation (remplacé par l'ARS)
ARS ..... Agence Régionale de Santé
AS ..... Aide-soignant
AVC ..... Accident Vasculaire Cérébral
CAP's ..... Carrefour d'Accompagnement Public Social
CASF ..... Code de l'Action Sociale et des Familles
CCAS ..... Centre Communal d'Action Sociale
CCE ..... Comité Central d'Entreprise
CCLIN ..... Centre de Coordination de la Lutte contre les Infections Nosocomiales
CDAPH ..... Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées
CE ..... Comité d'Etablissement
CERAH ..... Centre d'Etudes et de Recherche sur l'Appareillage des Handicapés
CHSCT ..... Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
CHU ..... Centre Hospitalier Universitaire
CIDFF ..... Centre d'Informations sur les droits des femmes et des familles
CIF ..... Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé
CIF ..... Congé Individuel de Formation
COPIL ..... Comité de Pilotage
CPAM ..... Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CRAM ..... Caisse Régionale d'Assurance Maladie
CREAI ..... Centre Régional d'Etudes d'Actions et d'Informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité
CVS ..... Conseil de la Vie Sociale
DGAS ..... Direction Générale de l'Action Sociale
DIF ..... Droit Individuel à la Formation
DP ..... Délégués du Personnel
DPC ..... Développement Professionnel Continu
DRASS ..... Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (remplacée par l'ARS)
DUP ..... Délégation Unique du Personnel
EMSP ..... Equipe Mobile de Soins Palliatifs
ERP ..... Etablissement Recevant du Public
ES ..... Educateur Spécialisé
FAM ..... Foyer d'Accueil Médicalisé
FAMJ ..... Foyer d'Accueil Médicalisé de Jour
FEHAP ..... Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne, à but non lucratif
FLAME ..... Fête Loisirs Animation Musique Evasion
GCSMS ..... Groupement de Coopération Social et Médico-Social
GEPSO ..... Groupe national des Etablissements et services publics Sociaux et médico-sociaux
GEVA ..... Guide d'Evaluation de l'Autonomie

HACCP.....Hazard Analysis and Critical Control Point
HAD .....Hospitalisation à Domicile
HADAN .....Hospitalisation A Domicile de l'Agglomération Nancéienne
HAS.....Haute Autorité de Santé
IFAS .....Institut de formation d'aide-soignant
IFE.....Institut de formation en Ergothérapie
IFSI.....Institut de formation en soins infirmiers
IRR .....Institut Régional de Réadaptation
IRTS.....Institut Régional du Travail Social
IST .....Infections Sexuellement Transmissibles
LORSEP .....Réseau Lorrain pour la prise en charge de la Sclérose en Plaques
MAS.....Maison d'Accueil Spécialisée
MDPH .....Maison Départementale des Personnes Handicapées
MPR.....Médecine Physique et de Réadaptation
MSM.....Mont-Saint-Martin
OHS.....Office d'Hygiène Sociale
PA.....Projet Associatif
PACS .....Pacte Civil de Solidarité
PE .....Projet d'Etablissement
PPC .....Plan Personnalisé de Compensation
PPH.....Processus de Production du Handicap
PS .....Projet de service
RAPH .....Réseau d'Accompagnement des Personnes Handicapées vieillissantes
RBPP.....Recommandation de Bonnes Pratiques Professionnelles
RH.....Ressources Humaines
RRH .....Responsable Ressources Humaines
SAVS .....Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
SAVSA.....Service d'Accompagnement à la Vie Sociale et Animation
SORN'EST .....Société de Réadaptation du Nord-Est
UDAF .....Union Départementale des Associations Familiales
UNAF .....Union Nationale des Associations Familiales
URIOPSS.....Union Régionale Interfédérale des Organismes Privés Sanitaires & Sociaux
USP.....Unité de Soins Palliatifs
VAE.....Validation des Acquis de l'Expérience

DOCUMENTS ANNEXES

VIII

4.1 ADMISSION

- Procédure d'admission « Commissions d'admission MAS et FAMJ et modalités d'admission »

4.2.2. LES INFORMATIONS TRANSMISES A L'ACCUEIL A L'USAGER

- Livret d'accueil du résident
- Règlement de fonctionnement

4.4.2. L'EVALUATION DES BESOINS DE L'USAGER

- Grille d'autonomie
- Bilan d'indépendance et d'autonomie
- Bilan médicaux et paramédicaux spécialisés
- Grilles d'observation quotidiennes
- Fiche d'observation lors des activités sociales

4.8 VIE AFFECTIVE ET SEXUELLE

- Charte des professionnels ALAGH

5.2 LES MOYENS HUMAINS

Fiches de mission :

- Directeur
- Secrétaire de direction
- Assistante qualité
- Médecin chef : responsable du service réadaptation
- Médecin généraliste
- Secrétaire médicale
- Kinésithérapeute
- Ergothérapeute
- Diététicienne
- Cadre de santé : responsable du service soins et accompagnement à la vie quotidienne
- Infirmière
- Auxiliaire de vie MAS (Aide-soignante ou Aide médico-psychologique)
- Vacataire / Agent de soins
- Cadre éducatif : responsable vie sociale hôtellerie
- Animateur socio-éducatif (éducateur spécialisé) MAS
- Animateur socio-éducatif (enseignant d'activités physiques et sportives) MAS
- Agent hôtelier
- Employée de lingerie
- Cadre social : responsable service social, accueil et accueil de jouir
- Coordinateur Accueil de Jour
- Auxiliaire de vie FAMJ (Aide-soignante ou Aide médico-psychologique)
- Agent de soins FAMJ
- Animateur socio-éducatif (éducateur spécialisé) FAMJ
- Assistante socio-administrative
- Employée administrative chargée de l'accueil
- Cadre administratif : responsable des ressources humaines
- Comptable paie
- Assistante ressources humaines
- Cadre administratif : responsable comptabilité, économat, maintenance
- Employée administrative comptabilité économat
- Responsable logistique
- Agent de maintenance
- Responsable du service cuisine
- Cuisinier
- Magasinier
- Psychologue

7.1 RÔLE DE REFERENCES DU PROJET ET ARTICULATION AVEC LES AUTRES DOCUMENTS INSTITUTIONNELS (EVALUATION, PA, PS…)

Projets de service :

- Animation et accompagnement à la vie sociale
- Réadaptation (kiné / ergo / diététique)
- Pôle logistique (cuisine / restauration, hôtellerie / lingerie, maintenance / transport)
- Service soins et accompagnement à la vie quotidienne
- Pôle Administration
- Médical

7.2 OUTILS D'EVALUATION / DE SUIVI DU PROJET

- Grille de suivi des projets personnalisé