

# PROJET D'ETABLISSEMENT 2024-2028

## Dispositif PasseR'aile



Adresse : 1661 avenue Raymond Pinchard 54100 NANCY  
Tél : 03.83.93.49.99  
Mail : [contact@alagh.org](mailto:contact@alagh.org)

[www.alagh.fr](http://www.alagh.fr)



---

*Adhérents, bénévoles et amis de l'association ALAGH se retrouvent dans une valeur commune, l'humanisme, qui, individuellement et collectivement, leur apparaît comme fondamental dans le projet de l'association.*

*Créée en 1974 l'Association Lorraine d'Aide aux personnes Gravement Handicapées, association loi 1901 « a pour but d'assurer l'accompagnement de personnes en situation de handicap entraînant une restriction conséquente de leur autonomie ou occasionnant une dépendance importante. Elle a pour objet le développement et la gestion de structures à même d'apporter accueil, soins, accompagnement et hébergement en réponse aux besoins et attentes des personnes qui y sont orientées, y compris dans le cadre de partenariat. »*

---



## SOMMAIRE

<b>PRÉAMBULE.....</b>	<b>5</b>
<b>CHAPITRE 1 – UNE ASSOCIATION, DES ETABLISSEMENTS.....</b>	<b>6</b>
<b>1.1 Histoire de l’ALAGH.....</b>	<b>6</b>
<b>1.2 Organisation de l’association .....</b>	<b>7</b>
<b>1.3 Projet stratégique associatif .....</b>	<b>10</b>
1.3.1 Valeurs de l’ALAGH .....	10
1.3.2 Orientations stratégiques de l’ALAGH.....	11
1.3.3 Orientations stratégiques du GCSMS SOLILA .....	12
1.3.4 Second CPOM au périmètre à définir.....	13
<b>1.4 Histoire de l’établissement.....</b>	<b>14</b>
<b>1.5 Organisation de l’établissement .....</b>	<b>14</b>
<b>1.6 Missions .....</b>	<b>15</b>
1.6.1 Textes relatifs à la catégorisation de l’établissement .....	16
1.6.2 Schémas régionaux et départementaux .....	20
1.6.3 Arrêtés d’Autorisation / Agréments / Habilitations .....	21
<b>CHAPITRE 2 – LES PERSONNES ACCOMPAGNÉES.....</b>	<b>22</b>
<b>2.1 Caractéristiques des personnes accompagnées.....</b>	<b>22</b>
<b>2.2 Attentes et besoins .....</b>	<b>23</b>
<b>2.3 Évolution des besoins.....</b>	<b>24</b>
<b>2.4 Entourage dans le parcours de la personne accompagnée .....</b>	<b>25</b>
<b>CHAPITRE 3 – LA NATURE DES PRESTATIONS ET LES MODALITÉS D’ACCOMPAGNEMENT.....</b>	<b>26</b>
<b>3.1 Parcours de la personne .....</b>	<b>26</b>
3.1.1 Modalités d’admission et d’accueil .....	26
3.1.2 Sortie.....	29
<b>3.2 Offre de service et organisation .....</b>	<b>30</b>
3.2.1 Projet d’Accompagnement Personnalisé (PAP) .....	30
3.2.2 L’équipe mobile garante de la dynamique du dispositif .....	32
3.2.3 Projet de soins et besoins fondamentaux.....	33
3.2.4 Gestion des troubles du comportement spécifiques liés à la cérébrolésion .....	38
3.2.5 Projet « Vie quotidienne, vie sociale et apprentissages ».....	42
3.2.6 Projet d’Hébergement .....	45
3.2.7 Projet Qualité/Sécurité-Prévention des risques/Environnement .....	49
3.2.8 Projet Ressources Humaines.....	51
3.2.9 Projet de Structuration des Infrastructures .....	57



<b>3.3 Logique inclusive : ancrage des activités dans les territoires .....</b>	<b>59</b>
3.3.1 Un dispositif au cœur du réseau .....	59
3.3.2 Les partenariats.....	59
3.3.3 La mise en réseau avec les structures sanitaires d'amont : CHU et IRR en particulier .....	60
3.3.4 Le développement de solutions alternatives d'habitats et de services par l'ALAGH.....	61
<b>CHAPITRE 4 – LES PRINCIPES D'ACTION ET D'INTERVENTION DE L'ALAGH.....</b>	<b>62</b>
<b>4.1 Principes d'intervention .....</b>	<b>62</b>
<b>4.2 Culture de la bientraitance et lutte contre la maltraitance .....</b>	<b>65</b>
<b>4.3 Confidentialité .....</b>	<b>66</b>
<b>4.4 Gestion des paradoxes .....</b>	<b>67</b>
<b>4.5 Modalités de régulation et espaces de réflexion éthique .....</b>	<b>68</b>
<b>4.6 Amélioration Continue de la Qualité .....</b>	<b>68</b>
<b>4.7 Responsabilité Sociétale de l'Entreprise .....</b>	<b>69</b>
<b>CHAPITRE 5 – LES PROFESSIONNELS ET LES COMPÉTENCES UTILISÉES.....</b>	<b>70</b>
5.1 Fonctions et délégations .....	70
5.2 La dynamique du travail d'équipe et l'organisation de l'interdisciplinarité.....	71
<b>CHAPITRE 6 – LES OBJECTIFS D'ÉVOLUTION ET DE DÉVELOPPEMENT.....</b>	<b>72</b>
6.1 Modalités d'écriture du Projet d'Établissement .....	72
<b>ANNEXE N°1 : LES FICHES OBJECTIFS.....</b>	<b>73</b>
<b>ANNEXE N°2 : LE PLAN D'ACTION DU PROJET D'ÉTABLISSEMENT .....</b>	<b>84</b>



## PRÉAMBULE

L'élaboration de ce nouveau Projet d'Établissement du « Dispositif Passer'Aile' » est une étape importante car il détermine sa stratégie pour les 5 années à venir, à partir des besoins qui ont été identifiés.

Le présent projet a été conçu dans la continuité du précédent. Il permet de faire vivre, dans le fonctionnement des 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 externe de 2015 ainsi que l'évolution réglementaire. En ce sens, il n'est pas seulement un descriptif 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 communication, de gestion et de prospective pour les professionnels au regard des pratiques de terrain et au service des personnes accompagnées. Pour atteindre cette ambition, nous l'avons construit avec les professionnels de l'ALAGH, en nous appuyant sur les compétences de l'équipe d'encadrement mais en impliquant également des représentants de tous les groupes professionnels.

Le périmètre du projet d'établissement couvre trois établissements : le Foyer d'Accueil Médicalisé de Nancy, la Maison d'Accueil Spécialisée Irène Pierre et le dispositif Passer'Aile, installés sur le même site et indissociables dans leur fonctionnement. Bénéficiant de 3 agréments et de modes d'accueil différents mais complémentaires, le choix a été fait d'écrire 3 projets distincts mais présentant un socle commun.

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

Ce travail a été réalisé conformément à la Recommandation de Bonnes Pratiques de la Haute Autorité de Santé « Élaboration, rédaction et animation du Projet d'établissement ou de service » (ANESM/HAS, 2012).

## CHAPITRE 1 – UNE ASSOCIATION, DES ÉTABLISSEMENTS

### 1.1 Histoire de l'ALAGH

C'est au bord de la piscine de l'Institut de Réadaptation de Nancy qu'est née l'ALAGH.

Madame le **Docteur Irène Pierre**, cofondatrice de l'association raconte :

« C'était il y a plus de quarante ans, un jour en quittant la piscine de l'Institut de Réadaptation de Nancy, où j'étais allée comme je le faisais souvent, accompagner mon fils Serge, enfant handicapé de naissance, nous croisons **Monsieur le Professeur Louis PIERQUIN**, fondateur de l'Institut de Réadaptation de Nancy, dont la notoriété était reconnue par tous. J'avais été sa première externe :



- « *Madame Pierre, accepteriez-vous de diriger l'école de kinésithérapie et d'ergothérapie de Nancy ?* » me demanda-t-il,
- « *Oui bien sûr, mais à condition que vous m'aidiez à créer une maison pour personnes handicapées, vous qui m'autorisez déjà à faire de la rééducation à mon fils handicapé dans votre piscine* »
- « *D'accord* », me répondit spontanément Monsieur Louis Pierquin, « *d'autant plus que depuis 1965, nous poursuivons avec le Dr Cattenoz, un projet similaire au profit des personnes poliomyélitiques, ainsi que des personnes accidentées du travail. Malheureusement nous n'avons pas abouti... !* »

Très vite, Monsieur le Professeur Louis PIERQUIN sut fédérer autour de ce nouveau challenge, non seulement des hommes et des femmes de bonne volonté appartenant à divers domaines de la santé, mais il sut également obtenir l'engagement et l'adhésion des autorités administratives compétentes afin que soit créée sur la place de Nancy, une maison pour personnes lourdement handicapées.

#### C'EST AINSI QU'EST NÉE EN 1974 : L'ALAGH

Aujourd'hui, l'ALAGH gère quatre établissements médicalisés et un SSIAD (Service de Soins Infirmiers À Domicile).

L'association participe également au RAPHV 54 (Réseau d'Accompagnement pour Personnes Handicapées Vieillissantes).



Établissement / Service	Localisation	Accueil permanent	Places autorisées	
			Accueil Temporaire	Accueil de jour
MAS Irène Pierre	NANCY (54)	54	10	0
Dispositif Passer'aile	NANCY (54)	21	0	3
FAMJ	NANCY (54)	0	0	15
MAS L'orée des bois	MONT ST MARTIN (54)	41	7	7
<b>TOTAL ESMS ALAGH</b>		<b>116</b>	<b>17</b>	<b>25</b>
SSIAD / SPASAD	VILLERS-LES-NANCY (54)	151 dont 19 places pour PH		
RAPHV 54	NANCY (54)	Partenariat avec d'autres associations		

**Tableau : Présentation des établissements et des services gérés par l'ALAGH**

## 1.2 Organisation de l'Association

### La Gouvernance de l'ALAGH :

#### **Le Conseil d'Administration :**

- Définit les orientations politiques et garantit la fidélité de l'action aux statuts,
- Nomme le Directeur Général de l'ALAGH,
- Approuve les comptes annuels et les plans d'investissements pluriannuels,
- Élabore les stratégies à mettre en œuvre,
- Confie aux instances opérationnelles le soin de décliner les objectifs retenus.

#### **Le Bureau :**

- Est élu par le Conseil d'Administration,
- Assiste le Président dans l'exercice de ses missions,
- Veille à la bonne gestion courante de l'ALAGH et à ce titre, contrôle l'activité du Directeur Général et des responsables d'établissements,
- Établit un rapport annuel sur la situation financière et morale de l'association,
- Présente les comptes de l'ALAGH selon les documents prévus à l'article 12 des statuts en vue de leur approbation par le Conseil d'Administration,
- Prépare le budget prévisionnel de l'ALAGH pour l'exercice social à venir en vue de son adoption par le Conseil d'Administration.



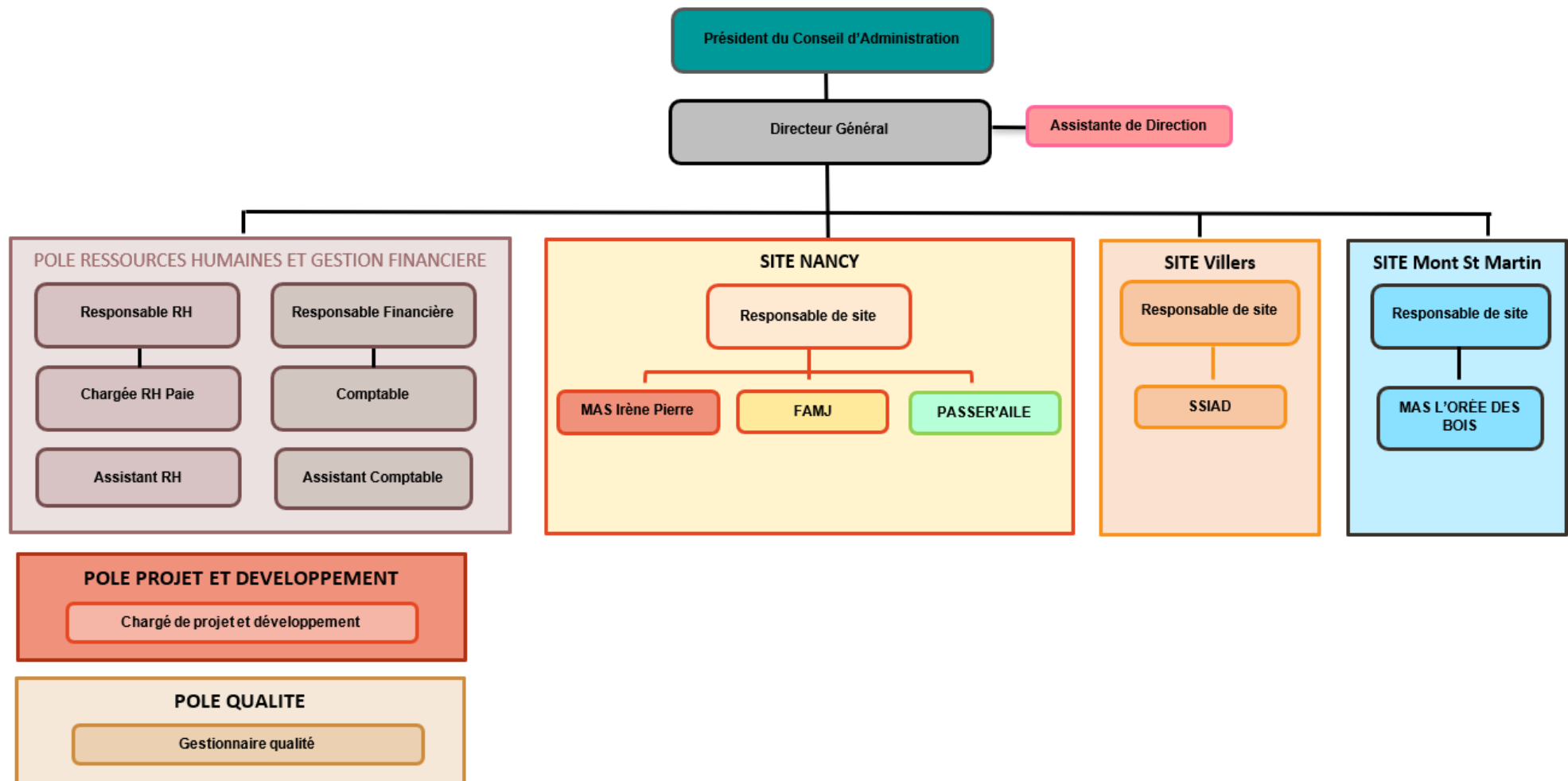
## La Dirigeance de l'ALAGH

### **La Direction Générale :**

- Est missionnée par le Conseil d'Administration pour appliquer ses orientations politiques,
- Définit la stratégie de l'association et coordonne sa mise en œuvre,
- Centralise et mutualise les fonctions budgétaires, comptables et financières, la gestion de la paie, les ressources humaines et de la formation, le système d'information, la politique de communication, la politique qualité et gestion des risques, la gestion du patrimoine, la politique d'achats...,
- Est en charge de la coordination, de l'animation et assure un appui aux établissements et services pour garantir un haut niveau de qualité d'accompagnement des bénéficiaires.



## Organigramme Association ALAGH





## **1.3 Projet stratégique associatif**

### **1.3.1 Valeurs de l'ALAGH**

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

#### **HUMANISME**

- En prônant le principe de non-discrimination (Cf arrêté du 8 sept 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie mentionnée à l'art L311-4 du CASF),
- En plaçant le respect et la considération de la personne au cœur de ses préoccupations,
- En défendant la dignité de chacun, condition d'accès à la citoyenneté,
- En offrant à chaque personne accompagnée, considération, attention, écoute et prise en compte de ses demandes et attentes personnelles.

#### **AMBITION**

- En s'autorisant à rêver la société de demain tout en gardant les pieds sur terre,
- En militant et agissant pour la construction d'une société inclusive où chacun a sa place,
- En accompagnant chacun vers le niveau maximal d'autonomie auquel il aspire,
- En construisant l'accompagnement en s'appuyant sur les capacités de la personne,
- En acceptant la part de risque inhérente à l'autonomie pour permettre à chacun d'avoir une réponse adaptée à ses besoins.

#### **SOLIDARITÉ**

- En encourageant le soutien entre résidents au sein de ses établissements,
- En se soutenant entre professionnels dans le meilleur intérêt de la qualité de l'accompagnement,
- En favorisant le soutien entre aidants,
- En faisant du bénévolat l'un des moteurs de son action associative.

#### **PROFESSIONNALISME**

- En construisant l'accompagnement sur une parfaite connaissance des besoins, des attentes, des compétences et aptitudes de la personne,
- En rendant la personne actrice de son projet,
- En considérant que chaque professionnel joue un rôle dans la qualité de l'accompagnement et ce, quelle que soit sa fonction,
- En se donnant un devoir d'intranquillité, l'association se place en capacité institutionnellement, collectivement et individuellement de réinterroger son approche.

#### **BIENVEILLANCE / BIENTRAITANCE**

- En mettant tout en œuvre pour comprendre la personne,
- En visant le bien-être et l'épanouissement de la personne.

## OUVERTURE

- En facilitant l'accès à toute ressource externe pertinente pour la personne,
- En se plaçant en capacité d'innover en permanence,
- En favorisant la transparence des pratiques et en favorisant la communication en interne et en externe,
- En renforçant le partage des compétences tant inter-associatives que publiques et partenariales.

### 1.3.2 Orientations stratégiques de l'ALAGH

L'ALAGH puise ses origines dans les valeurs humanistes, transmises par ses fondateurs. Afin de pérenniser leurs actions originelles et perpétuer leur état d'esprit, il est apparu nécessaire de formaliser ce qui constituait le projet associatif de l'Association.

Véritable colonne vertébrale de la structure, le projet associatif fédère ses différents acteurs et donne cohérence et visibilité à leur engagement.

L'ALAGH est une entité vivante, innovante et en perpétuelle évolution, il est dès lors naturel que son projet associatif porte l'empreinte de ses caractéristiques. Il doit en outre s'inscrire dans la durée de l'action et déterminer la stratégie de mouvement de l'association.

Voici nos objectifs sur 5 ans :



### 1.3.3 Orientations stratégiques du GCSMS SOLILA

Le rapprochement entre la Fondation Saint Charles et l'ALAGH prend la forme d'un Groupement de Coopération Sociale et Médico-sociale (GCSMS) et va regrouper les fonctions supports (*actuelles ou prévues*) RH, finance, qualité, projet, patrimoine, système d'information, communication.



Le Projet Politique 2024-2028 du groupe SOLILA va guider l'action des établissements et services de la Fondation Saint Charles et de l'ALAGH.

Les axes clés du projet politique se définissent autour de 3 grandes orientations :

- **Orientation Stratégique n°1 : Développer une palette d'accompagnements et de services renforcés en favorisant la liberté de choix de la personne et de ses proches aidants.**
  - *Objectif opérationnel 1 : Inscrire le pouvoir d'agir des personnes handicapées, âgées et leurs proches aidants comme référence du développement de notre palette d'accompagnement.*
  - *Objectif opérationnel 2 : Soutenir l'expression des projets personnalisés. Identifier et prévenir les ruptures de parcours potentielles.*
  - *Objectif opérationnel 3 : Adapter les prestations offertes à la personne et à ses proches aidants en développant des réponses alternatives innovantes d'accompagnement qui tiennent compte de leurs attentes.*
  - *Objectif opérationnel 4 : Favoriser des liens et du partage tant entre les personnes accompagnées que les proches aidants en promouvant des lieux d'expression (pair aide).*
  - *Objectif opérationnel 5 : Développer des collaborations fortes entre les professionnels de chaque association et le partage d'expertises.*
  - *Objectif opérationnel 6 : Être garant en tout cela du respect et du bien-être de la personne accompagnée.*
  
- **Orientation Stratégique n°2 : Promouvoir, soutenir, créer, individualiser les projets et parcours professionnels.**
  - *Objectif opérationnel 1 : Élaborer un référentiel managérial commun aux deux structures.*
  - *Objectif opérationnel 2 : Développer et valoriser les compétences additionnelles pour promouvoir les parcours professionnels.*



- Objectif opérationnel 3 : Généraliser l'accès et la construction de formations innovantes tout en développant des partenariats avec les organismes (nouveaux métiers, formations flash, partage de bonnes pratiques, etc.).
  - Objectif opérationnel 4 : Inscrire/favoriser la mobilité professionnelle comme un levier au service des parcours professionnels.
  - Objectif opérationnel 5 : Développer un Plan de Développement des Compétences inter associatif.
  - Objectif opérationnel 6 : Constituer un pool de remplacement inter associatif, en priorité pour les fonctions d'Aide-soignant et Infirmier Diplômé d'État.
  - Objectif opérationnel 7 : À partir de l'analyse des données du bilan social de notre environnement et de la situation économique du groupement, définir des actions destinées à favoriser la qualité de vie au travail.
- **Orientation Stratégique n°3 : Ensemble, aller vers un nouveau modèle de gouvernance et d'organisation adapté aux ambitions communes, au service de tous.**
    - Objectif opérationnel 1 : Développer une stratégie de communication du groupement, au service des projets.
    - Objectif opérationnel 2 : Structurer l'organisation hiérarchique et fonctionnelle du siège du groupement et unifier l'organisation des établissements et services.
    - Objectif opérationnel 3 : Promouvoir le questionnement éthique par l'installation d'une commission du groupement ouverte aux partenaires.
    - Objectif opérationnel 4 : Améliorer la performance globale et opérationnelle des établissements et services (managériale, démarche qualité, gestion des ressources, gestion financière) par l'optimisation des ressources.
    - Objectif opérationnel 5 : Renforcer et partager une démarche d'amélioration continue de la qualité afin d'évaluer la performance des prestations délivrées.

#### 1.3.4 Second CPOM au périmètre à définir

Le premier Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM), a été conclu pour la période 2020-2024.

Le travail de négociation du second CPOM doit s'engager en intégrant de nouveaux éléments.

En effet, le rapprochement de l'ALAGH avec la Fondation Saint Charles nécessite que les deux organismes gestionnaires harmonisent leurs CPOMs.

## 1.4 Histoire de l'établissement

En avril 2015, l'Agence Régionale de Santé (ARS) lance un appel à projet médico-social portant sur la création d'un dispositif innovant comprenant un hébergement relais médicalisé et une équipe mobile d'accompagnement médico-social dans le département, statut MAS.

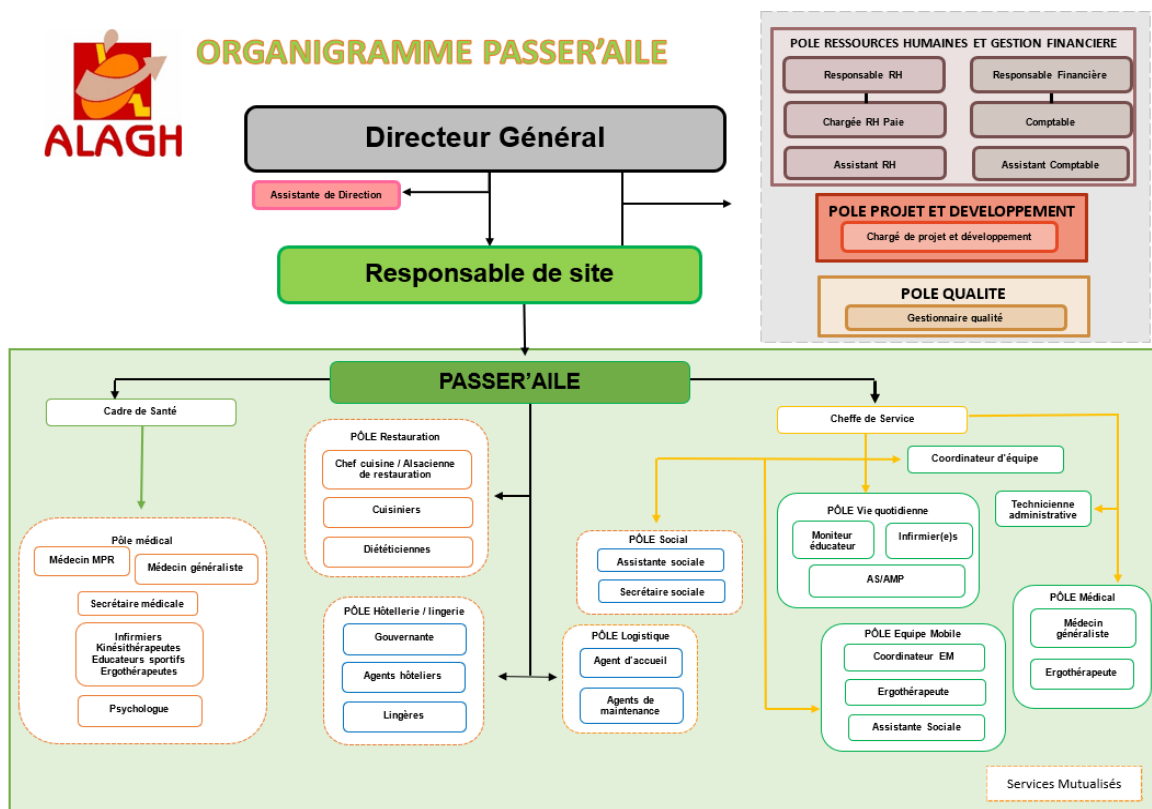
L'objectif général de ce projet est la création d'un dispositif permettant d'accueillir des personnes sortantes d'établissements sanitaires ou de services de soins et de réadaptation, sans solution d'aval adaptée ou ayant besoin d'un accompagnement médico-social soutenu.

L'autorisation de l'établissement est d'une durée de 15 ans, renouvelable en fonction des résultats des évaluations externes et du projet d'établissement.

Dans le cahier des charges de l'appel à projets, l'ARS donne à ce dispositif les missions suivantes :  
 « Les deux composantes du dispositif visent par leurs actions communes et complémentaires à expertiser les besoins et fluidifier le parcours de la personne avec des troubles neurologiques présentant une situation complexe et / ou sans solution d'aval adaptée. »

Ce dispositif se compose d'un hébergement relais d'une capacité de 24 places et d'une équipe mobile d'accompagnement médico-social, avec des missions spécifiques à chacune et communes aux deux.

## 1.5 Organisation de l'établissement



Organigramme du Dispositif PasseR'aille avec mutualisation des services soins, social, administratif, restauration, hôtellerie, lingerie et logistique.



## 1.6 Missions

### Missions de l'hébergement relais

L'hébergement relais est constitué d'une unité de vie de 20 places, de 3 places d'accueil de jour et d'une place d'accueil d'urgence, adossée à la MAS « Irène PIERRE ».

Cet accueil offre une prise en charge médico-sociale aux usagers sur une durée limitée de deux ans.

Le séjour, dont la durée sera très variable d'une personne à l'autre, permet :

- D'accueillir des personnes dont l'orientation médico-sociale est définie mais qui se trouvent sans solution d'aval, malgré des démarches complètes en attendant une solution conforme à leur souhait dans un délai de 2 ans,
- D'inscrire l'usager dans une dynamique de parcours personnalisé et mobiliser ses potentialités,
- D'offrir un cadre propice au développement de potentialités et au réapprentissage,
- De prendre en charge temporairement les personnes résidant à domicile ayant besoin d'un accompagnement médico-social soutenu, mais ne nécessitant pas une hospitalisation.

### Missions de l'équipe mobile

L'équipe mobile a les missions suivantes :

- Réaliser une évaluation pluridisciplinaire de la situation, approfondir l'analyse des besoins de l'usager afin de chercher la solution la plus adaptée à la situation,
- Accompagner l'usager dans la mise en œuvre de son projet,
- Pour un projet de retour à domicile, l'équipe mobile évalue les besoins et met en œuvre les aides nécessaires et travaille en complémentarité avec les services extérieurs (SAVS, SAMSAH) du territoire et les acteurs de la ville (médecin de ville...),
- Pour un projet d'orientation en établissement médico-social, après évaluation, l'équipe mobile recherche l'établissement le plus adapté à l'usager et accompagne le transfert.

L'équipe peut être sollicitée par un établissement sanitaire dans le cadre d'un transfert direct entre le Centre Hospitalier et l'établissement d'aval afin d'apporter une compétence médico-sociale. L'équipe n'a pas pour vocation d'accompagner l'usager au long cours mais d'orienter vers l'établissement, le service ou le dispositif le plus adapté.

Pour permettre une articulation forte entre les deux entités, une partie des professionnels travaille sur l'hébergement relais et sur l'équipe mobile.

### 1.6.1 Textes relatifs à la catégorisation de l'établissement

Le cadre réglementaire dans lequel s'inscrit l'établissement est fixé par :

- **La Loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale** qui garantit à toute personne prise en charge par les établissements sociaux et médico-sociaux :
  - Exercice des droits et libertés individuelles,
  - Respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité et de sa sécurité,
  - 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 des prestations. Il s'agit de ne plus faire pour l'utilisateur mais **avec** l'utilisateur.

- **La Loi du 4 mars 2002 relative aux droits du patient** qui concerne les MAS et FAM en raison de leurs missions de soins médicaux et paramédicaux, bien qu'étant des établissements médico-sociaux.

Elle prévoit :

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

Elle pose les principes :

- Élaboration des Projets de vie et création des MDPH,
- Droit à la 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.



- **La 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. 425 du Code Civil).

Points essentiels :

- Information de la 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.

- **La Loi du 21 juillet 2009 Hôpital Patients Santé Territoires**

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

Principales dispositions :

- Création des **Agences Régionales de Santé (ARS)**, 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,
  - **L'aide à la prise des médicaments** comme autre disposition concrète pour les établissements et services médico-sociaux. 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.
- **La Loi n° 2022-140 du 7 février 2022 relative à la protection des enfants** qui institue une définition légale de la maltraitance en établissement ou service social ou médico-social (ESSMS) dite « Loi Taquet », dont l'article 23 insère un article L. 119-1 dans le Code de l'action sociale et des familles. Désormais un acte de maltraitance se définit par la réunion de 4 critères :
    - Tout geste, parole, action ou défaut d'action ;
    - Visant toute personne en situation de vulnérabilité ;
    - Qui compromet ou porte atteinte à son développement, à ses droits, à ses besoins fondamentaux ou à sa santé ;
    - Et qui intervient dans une relation de confiance, de dépendance, de soin ou d'accompagnement.



- **Le 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**
- **La circulaire n° DGCS/3B/2017/148 du 2 mai 2017**

Cette circulaire relative à la transformation de l'offre d'accompagnement des personnes handicapées dans le cadre de la démarche « une Réponse Accompagnée Pour Tous » (RAPT), de la stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale (2017-2021) et de la mise en œuvre des décisions du CIH (Conseil Interministériel du Handicap) du 2 décembre 2016, fixe aux établissements un certain nombre d'orientations pour les années à venir. L'objectif de la transformation de l'offre est de partir des besoins et des attentes des personnes en situation de handicap et de leurs aidants, de promouvoir leurs capacités et leur participation, de favoriser une vie en milieu ordinaire et d'anticiper, prévenir et gérer les ruptures de parcours. Pour y parvenir, deux grands chantiers sont en cours actuellement :

→ **La Réponse Accompagnée Pour Tous (RAPT)**

La feuille de route de la RAPT fixe quatre axes qui induisent une évolution importante des réponses que nous sommes amenés à construire en fonction des besoins des bénéficiaires. On retient les modalités d'orientation médico-sociales des personnes dans le cadre d'un Plan d'Accompagnement Global (PAG), la remise en question d'une logique de place et l'accroissement de la participation de la personne, réponses qui prennent en compte les besoins que nous avons identifiés.

→ **SERAFIN-PH**

Le projet SERAFIN-PH, « Services et Établissements : Réforme pour une Adéquation des FINancements aux parcours des Personnes Handicapées » a pour objectif de mettre en place un nouveau modèle tarifaire, soutenant les évolutions actuelles de l'offre médico-sociale et facilitant le parcours des personnes en situation de handicap. La première phase de ce projet a conduit à la définition d'un langage commun via la mise en place de nomenclatures détaillées des besoins et des prestations. La phase suivante concerne l'étude des coûts.

Pour anticiper l'adaptation de nos pratiques aux changements de cette réforme, nous avons participé à des formations d'appropriation (CREAI Grand-Est), ainsi qu'à l'expérimentation SERAFIN (étape 1) consacrée à l'identification des besoins des résidents, ce qui a permis une implication des équipes de terrain dans l'objectif du déploiement de cette réforme.

- **La 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.

- **Les Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles de la Haute Autorité de Santé (ANESM/HAS)**

Secteur social et médico-social

- **Les attentes de la personne et le projet personnalisé** –2008
- **La bientraitance** : définition et repères pour la mise en œuvre –2008
- **Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement** - 2009
- **Ouverture de l'établissement à et sur son environnement** - 2008
- **Expression et participation des usagers dans les établissements relevant de l'inclusion sociale** - 2008
- **Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux** - 2010
- **Participation des personnes protégées dans la mise en œuvre des mesures de protection juridique** - 2012
- **L'accompagnement à la santé de la personne handicapée** – 2013
- **Qualité de vie en MAS-FAM** - Volet 1 : expression, communication, participation et exercice de la citoyenneté - Volet 2 : vie quotidienne, sociale, culturelle et loisirs - 2013 - Volet 3 : le parcours et les formes souples d'accueil et d'hébergement - 2014
- **L'adaptation de l'intervention auprès des personnes handicapées vieillissantes** - 2015
- **Les comportements-problèmes** : prévention et réponses au sein des établissements et services intervenant auprès d'enfants et adultes handicapés. Volet 1 : organisation à privilégier et stratégies de prévention, Volet 2 : stratégies d'intervention -2016, Volet 3 : les espaces de calme-retrait et d'apaisement -2017

Les notes de cadrages permettent aussi de nourrir les travaux et réflexions dans l'attente des prochaines RBPP :

- **Accompagner vers l'habitat** –janvier 2022
- **Vie affective et sexuelle dans le cadre de l'accompagnement en ESSMS** – mai 2022
- **Répétition des aidants** –juillet 2022
- **Déploiement de la bientraitance et gestion des signaux de maltraitance en institutions (repérage et analyse)** - avril 2023

Qualité et sécurité des soins

- **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 références HAS sont disponibles en libre consultation sur le site intranet de l'établissement. Elles sont des repères dans les réflexions d'équipe et la formation des professionnels.

### 1.6.2 Schémas régionaux et départementaux

L'établissement s'inscrit dans les orientations politiques régionales et départementales contenues dans :

⇒ **Le Projet Régional de Santé**

☒ Grand Est - 2018-2028<sup>1</sup>

**Priorité 3 : Encourager un écosystème de la santé favorable à la préservation de l'autonomie aux différents âges de la vie**

Axe prioritaire n°1 : Renforcer et amplifier les actions de promotion de la santé pour prévenir la perte d'autonomie.

Axe prioritaire n°2 : Encourager le libre choix des personnes dans leur parcours de vie et soutenir les évolutions organisationnelles correspondantes dans les établissements et services qui les accompagnent.

Axe prioritaire n°3 : Étayer le parcours de l'aidant d'une personne âgée, en situation de handicap et/ou malade, et développer des solutions permettant de le soutenir, tout en le préservant.

Axe prioritaire n°4 : Renforcer l'accès aux soins courants en associant les personnes concernées et leurs aidants, et en mobilisant des outils et des organisations adaptées.

⇒ **Le Schéma Départemental de l'Autonomie**

☒ CD54 – 2023-2027

AXE 1 : PRÉVENTION : Concourir à préserver l'autonomie des personnes et de leurs aidants face au vieillissement.

AXE 4 : ACCOMPAGNEMENT ET RÉPIT DES AIDANTS : Soutenir, partout sur le territoire, les proches aidants de personnes âgées ou de personnes en situation de handicap, selon leurs besoins.

---

<sup>1</sup> Voir le lien : [https://www.grand-est.ars.sante.fr/system/files/2018-06/05\\_20180618\\_PRS\\_2018-2028\\_GE\\_SRS\\_2018-2028.pdf](https://www.grand-est.ars.sante.fr/system/files/2018-06/05_20180618_PRS_2018-2028_GE_SRS_2018-2028.pdf)



AXE 5 : HABITAT INCLUSIF : Accompagner la dynamique de développement de l'habitat inclusif en appuyant de nouveaux projets, en communiquant sur l'offre existante et en élaborant, avec les porteurs 3P, des outils de suivi et d'évaluation de la qualité de vie et d'accompagnement de la vie sociale et partagée.

AXE 10 : PARCOURS DE VIE DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP : Accompagner les personnes en situation de handicap dans la construction de leur parcours, notamment dans les moments charnières de la vie, en veillant à préserver et développer leurs capacités d'agir et de choisir.

AXE 11 : OFFRE EN DIRECTION DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP : Apporter une offre d'accueil adaptée aux besoins des personnes en situation de handicap tout au long de leur parcours de vie en favorisant la fluidité des parcours, une meilleure lisibilité de l'existant et en développant de nouvelles modalités d'accueil.

AXE 12 : BESOIN EN COMPÉTENCES ET RECRUTEMENT : Recruter, fidéliser et former des professionnels en nombre suffisant pour apporter des réponses de qualité aux besoins actuels et futurs d'accompagnement à domicile et de prise en soin en établissement des personnes en perte ou manque d'autonomie.

AXE 13 : SERVICE RENDU AUX USAGERS : Améliorer en continu l'accessibilité et la qualité du service public départemental rendu aux citoyens en manque ou perte d'autonomie en veillant à limiter l'impact de notre politique publique sur l'environnement.

### 1.6.3 Arrêtés d'Autorisation / Agréments / Habilitations

Par décision d'autorisation **DGRAS N°2015-60** autorisant la création d'un dispositif innovant comprenant un hébergement relais médicalisé et une équipe mobile d'accompagnement médico-social en Meurthe-et-Moselle.

L'autorisation prévue à l'article L.313\_7 du code de l'action sociale et des familles est délivrée à l'Association Lorraine d'Aide aux personnes Gravement Handicapées (ALAGH), pour la création d'un dispositif innovant comprenant un hébergement relais médicalisé d'une capacité de 20 places et une Équipe Mobile d'intervention et d'Accompagnement Médico-Social en Meurthe-et-Moselle.

Le numéro FINESS de l'établissement Passer'aile est le 540023793.

Le Dispositif Innovant « Passer'aile » a un statut Maison d'Accueil Spécialisée et relève de ce fait de la compétence tarifaire de l'État et bénéficie d'un financement à prix de journée fixé par le Préfet, réglé par l'assurance maladie.

Les bénéficiaires accueillis sont redevables du forfait journalier selon les mêmes conditions que pour l'hospitalisation dans un établissement de santé.



Le dispositif Passer'aile dispose des autorisations suivantes :

- 20 places d'hébergement long d'une durée de 2 ans maximum,
- 3 places d'accueil de jour,
- 1 place d'accueil d'urgence.

Le CPOM a été signé le 1<sup>er</sup> janvier 2020 pour une durée de 5 ans.

## **CHAPITRE 2 – LES PERSONNES ACCOMPAGNÉES**

### **2.1 Caractéristiques des personnes accompagnées**

Le dispositif Passer'aile dispose d'un agrément de **24 places** (20 places d'hébergement inférieur à deux ans, 3 places d'accueil de jour et une place d'accueil d'urgence) et s'adresse prioritairement à des personnes vivant dans le Grand Est.

Le profil du public visé par chacune des structures de l'ALAGH Nancy est identique : le Dispositif Passer'aile accueille, sur décision d'orientation prise par la CDAPH, des personnes adultes handicapées présentant des troubles neurologiques et ayant besoin de construire et mettre en œuvre un projet de vie (soit intégrer un appartement ou habitat partagé, soit un établissement médico-social).

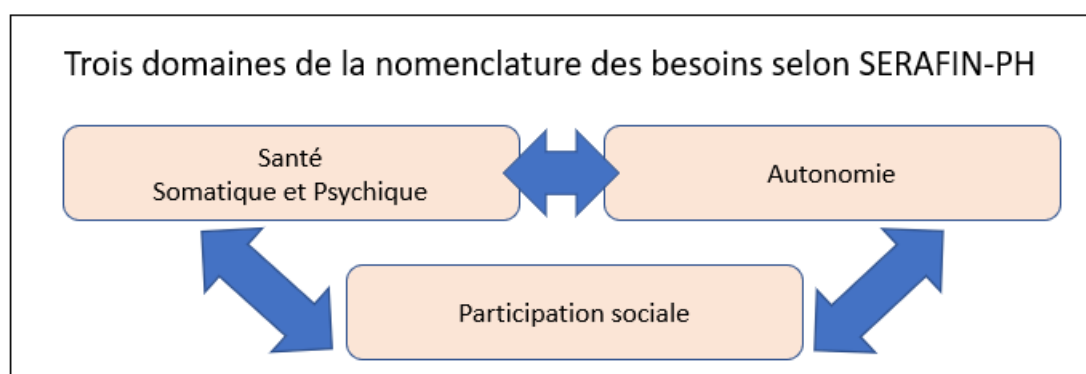
<b>Chiffres arrêtés le : 31 décembre 2023</b>		<b>Commentaires</b>
<b>Nb de résidents :</b>	20	<i>11 personnes ont bénéficié d'évaluation de courte durée.</i>
<b>Nb d'entrées (N-1)</b>	10	
<b>Nb de sorties (N-1)</b>	7	
<b>Motifs des entrées</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Évaluer les compétences</li> <li>- Travailler des apprentissages en lien avec leur projet.</li> <li>- Accompagner vers un projet de sortie</li> <li>- Apporter du répit aux aidants</li> <li>- Éviter les ruptures et fluidifier le parcours</li> </ul>	
	<b>Femmes</b>	<b>Hommes</b>
<b>Âge moyen des résidents</b>	47 ans	50 ans
<b>Répartition femmes/hommes</b>	35 %	65 %
<b>Pathologies</b>	<b>Nb</b>	<b>%</b>
Lésions cérébrales acquises	14	70
Paralysies cérébrales infantiles	1	5
Pathologies neurologiques évolutives	5	25

**Tableau : Caractérisation du profil des personnes accompagnées**

## 2.2 Attentes et besoins

La participation de notre établissement aux expérimentations sur la réforme SERAFIN-PH nous a incités à suivre la logique de cette nomenclature pour définir les besoins des personnes que nous accompagnons.

Nous retenons trois domaines : **la santé, l'autonomie et la participation sociale** qui constituent aussi la trame du Projet d'Accompagnement Personnalisé. Ces trois domaines reproduisent l'approche multidimensionnelle de la CIF (Classification Internationale du Fonctionnement) élaborée par l'Organisation Mondiale de la Santé – OMS - entérinée en 2001, pour qualifier les besoins des personnes et les prestations d'accompagnement portées par les Établissements Sociaux et Médico-Sociaux pour y répondre.



**Figure : Trois domaines selon la nomenclature des besoins SERAFIN-PH, CNSA, 2018 – 2020**

- Le domaine de la santé recouvre la santé somatique et psychique (y compris le cognitif).
- Le domaine de l'autonomie rassemble les activités de la vie quotidienne, la communication et les prises de décisions adaptées relatives à la sécurité.
- Enfin, nous entendons par participation sociale, l'ouverture sur l'environnement de la personne (logement, vie affective, gestion des ressources, citoyenneté, transports, activités de loisirs et investissements associatifs ...).

Cette approche permet de décrire le fonctionnement des personnes, la manière dont elles réalisent des activités et participent à la vie sociale, tout en prenant en compte leurs difficultés quant aux fonctions du corps et aux facteurs environnementaux. Cette approche est structurante pour le secteur médico-social.

La prévalence des besoins varie en fonction :

- Du type de déficience(s),
- De la présence ou non de troubles associés,
- De l'âge,
- De l'environnement de la personne,
- Et de son projet.



La référence à la nomenclature permet d'identifier les besoins spécifiques dans ces trois domaines en lien avec les observations, les bilans des professionnels et les attentes exprimées par la personne et son entourage.

Le recueil des attentes se fait au quotidien et dans le cadre d'entretiens plus formels avec les référents en vue de la réunion d'élaboration du Projet d'Accompagnement Personnalisé.

## 2.3 Évolution des besoins

Dans ce projet, l'ARS cible la population concernée, à savoir « *des personnes avec troubles neurologiques dont le handicap est acquis au détour d'un accident de la vie ou d'une maladie dégénérative entraînant des pathologies complexes chroniques et/ou sans solution d'aval adaptée.* »

Parmi le public présentant des troubles neurologiques, figurent les personnes dites *cerébro-lésées* qui regroupent toutes les lésions de l'encéphale (AVC, tumeur, TC...), mais également les personnes présentant une maladie neuro dégénérative (SEP...).

- **L'accompagnement des personnes présentant des troubles neurologiques**

La cérébro-lésion et les maladies neuro-dégénératives ont pour point commun une atteinte du système nerveux central ou périphérique.

En fonction de la pathologie, les séquelles peuvent être diverses et variables :

- Des séquelles motrices : paralysie du corps (hémiplégie), troubles cérébelleux (tremblements, troubles d'équilibre), troubles de la respiration, de la déglutition...
- Des séquelles sensorielles : troubles visuels, troubles auditifs, troubles de la sensibilité...
- Des séquelles esthétiques : lésions physiques importantes, cicatrices...
- Des séquelles neuropsychologiques ou handicap invisible : trouble de la mémoire et de l'orientation temporo-spatiale (perte des souvenirs antérieurs à l'accident, perte des possibilités de mémorisation, difficulté à s'orienter, à se situer dans le temps), trouble du langage (dysarthrie, aphasie...), trouble de la pensée (altération du raisonnement logique, difficulté d'attention, de concentration...), trouble des fonctions exécutives (difficulté de planification, d'organisation, d'exécution d'une série d'actions), trouble du comportement (impulsivité, agressivité, désinhibition, euphorie, manque d'initiative), prise de risque, fatigabilité...

- **L'évolution de la complexité des situations sociales**

Depuis l'ouverture du dispositif, nous notons une part importante de situations particulièrement complexes.



Concernant l'année 2022, nous avons accompagné plusieurs usagers en grande précarité sociale : rupture familiale, situations sociales et administratives dégradées, endettement...

Plusieurs d'entre eux souffrent de pathologies psychiatriques impactant l'accompagnement et nécessitant des prises en soin spécialisées.

On retrouve également des troubles comportementaux majeurs liés aux séquelles cognitives. Ces troubles justifient une nécessaire adaptation des pratiques professionnelles et un accompagnement important des membres de l'équipe.

Nous notons également des problématiques médicales lourdes associées à de nombreux troubles addictifs (tabac, alcool, cannabis et autres substances addictives).

Ces situations nous amènent à développer plus encore notre travail de réseau et de partenariat de manière à apporter un accompagnement de qualité.

## **2.4 Entourage dans le parcours de la personne accompagnée**

*« Le traumatisme crânien, surtout dans ses formes les plus sévères, est fréquemment considéré, comme un traumatisme familial. En effet, la brutalité, la soudaineté de l'accident, la crainte de la mort lors de la phase initiale, les bouleversements ultérieurs dans la vie du blessé sont pour les proches une source d'inquiétude, d'incompréhension, de révolte et surtout de grande souffrance. »<sup>2</sup>*

La survenue d'un accident implique le plus souvent un bouleversement des rôles et de la place de chacun au sein de la cellule familiale. La famille doit apprendre à vivre avec « un blessé » devenu « une autre personne ». La famille sera confrontée à des difficultés pratiques de tout ordre : quel suivi médical ? Quel service de soins à domicile solliciter ? Quel avenir ? ... Comment réagir face à une perte de motivation, une passivité, une désinhibition, de l'agressivité, des difficultés amnésiques... ? La famille se sent le plus souvent démunie face à ces situations.

Les personnes accueillies sont inscrites dans une histoire familiale et sociale qui est prise en compte au sein de l'établissement. La survenue d'un accident, d'une maladie et plus largement la situation de handicap bousculent l'équilibre de ce système complexe et forcent chacun à trouver des aménagements. Les attentes et les besoins s'expriment alors différemment en fonction de l'histoire de vie de la personne.

Dans l'accompagnement, les professionnels sont impliqués à préserver les liens avec la famille ou l'entourage à travers :

- Les contacts téléphoniques ou les échanges réguliers,
- La visite au domicile : elle est organisée lorsque les proches n'ont plus de moyen de locomotion ou que leur état de santé ne leur permet plus de se déplacer,

---

<sup>2</sup> Philippe AZOUVI, responsable du service de rééducation neurologique à l'hôpital de Garches, préface du livre "traumatisme crânien, guide à l'usage des proches.



- Le Conseil de la Vie Sociale (CVS) : il favorise la participation des personnes et de leurs représentants légaux (familles, tuteurs ...) pour donner leurs avis et faire des propositions sur le fonctionnement de l'établissement (organisation, vie quotidienne, activités, projet de travaux ...),
- Les activités festives : elles sont des occasions de rencontre et de partage qui participent à la convivialité de nos établissements et constituent des moments forts dans l'année.

Dans le respect de la volonté des personnes, la famille et les aidants peuvent être invités aux réunions de projet d'accompagnement personnalisé. Mais au-delà de ces temps de réunion, les échanges se font de manière plus informelle dans le quotidien pour maintenir une confiance et une qualité de lien entre tous.

À l'écoute de situations d'urgence, d'épuisement et des besoins de répit, l'Association renforce ses actions vers l'accompagnement des aidants familiaux.

En ce sens, différents modes d'intervention sont mis en place :

- **L'évaluation des besoins** afin de favoriser le maintien à domicile dans les conditions les plus favorables possibles : renforcement des aides à domicile, réévaluation des plans d'aide, conseils, soutien, proposition d'accueil de jour et de séjours temporaires,
- **Une plateforme téléphonique** (assistante sociale) à destination des aidants : conseils, soutien, orientation.

Les professionnels sont attentifs à répondre aux demandes de répit des aidants pour prévenir le risque d'épuisement et de rupture.

## **CHAPITRE 3 – LA NATURE DES PRESTATIONS ET LES MODALITÉS D'ACCOMPAGNEMENT**

### **3.1 Parcours de la personne**

#### **3.1.1 Modalités d'admission et d'accueil**

Le Dispositif PasseR'aile propose quatre modes d'accueil différent :

- L'accueil durable (inférieur à deux ans),
- L'accueil pour des évaluations de courte durée,
- L'accueil de jour (3 places),
- L'accueil d'urgence (1 place).

Pour toute demande, la personne doit remplir un dossier de demande d'admission comprenant une partie socio-administrative et une partie médicale.

La secrétaire médico-sociale envoie un courrier de réception du dossier à la personne.



À l'issue du dépôt d'un dossier de demande d'admission, la partie socio-administrative est remise à l'assistante sociale et la partie médicale au médecin.

L'assistante sociale et le médecin conviennent d'une date avec la personne concernée pour envisager une rencontre et une visite de l'établissement.

À l'issue de la visite et des rencontres, le dossier sera étudié en commission d'admission.

Le logiciel **Via trajectoire** recense les orientations de la CDAPH permettant de suivre la liste d'attente et les orientations en cours.

L'admission et la sortie du dispositif sont des étapes importantes afin d'éviter que les places ne soient rapidement embolisées et le rôle de l'équipe mobile de fait, anéanti. Le caractère de relais du dispositif doit être préservé tout au long du processus.

Pour veiller à garder cette dynamique, nous avons mis en place différents types de commissions : la commission de candidature, d'admission, de suivi et de sortie.

### **Commission de candidature**

---

La commission de candidature permet d'évoquer les situations de personnes susceptibles de pouvoir intégrer le dispositif en présence de nos partenaires les plus proches.

Les membres permanents : IRR, CHU

Des membres ponctuels pourront être invités en fonction des dossiers de candidature.

Cette commission trimestrielle permet de sélectionner les usagers susceptibles d'intégrer le dispositif PasseR'aile et de définir un ordre de priorité.

### **Commission d'admission unique sur le site de Gentilly : MAS Irène PIERRE, Dispositif PasseR'aile, FAMJ**

---

Il existe deux types de commissions :

→ **La commission d'admission du site de Gentilly** (Responsable d'établissement, Médecin et Assistante sociale +/- 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...),



Une priorité est donnée aux demandes départementales et régionales.

La commission d'admission du site valide les demandes pour la MAS Irène Pierre, le FAMJ, le Dispositif Passer'aile et l'ULS. L'idée est d'étudier chaque dossier en prenant en compte le parcours de l'utilisateur et la meilleure option possible.

→ **La commission annuelle de suivi et d'actualisation** (Médecin et Assistante sociale)

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

### **Documents réglementaires remis à l'admission**

---

Plusieurs documents sont remis durant la période de l'admission. Bien plus qu'une obligation légale, ces documents apportent des repères pour la vie quotidienne et réaffirment l'engagement des professionnels à respecter les droits et les libertés de la personne en prenant en compte les contraintes du collectif.

#### **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.

#### **Le contrat de séjour**

Conformément au décret n°2004-1274 du 26 novembre 2004, 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 leur 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 par le service médico-social à chaque personne et, le cas échéant, au représentant légal, au plus tard dans les quinze jours qui suivent l'accueil.

Le contrat est signé dans le mois qui suit l'admission. Un exemplaire est consigné dans le dossier de la personne.

### **La charte des droits et des libertés**

Par le biais de son règlement de fonctionnement et du livret d'accueil, l'ALAGH s'engage à respecter l'ensemble des droits et devoirs des usagers et pose les obligations contractuelles des deux parties, à savoir la structure accueillante et le résident.

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 et affichée en grand format à l'entrée de l'établissement.

#### **3.1.2 Sortie**

Globalement, toute sortie définitive de la personne fait l'objet d'une validation en équipe pluridisciplinaire en lien avec les souhaits du résident.

L'utilisateur bénéficiera d'un projet d'accompagnement spécifique à la sortie qui validera sa date de sortie, son projet de sortie et les objectifs d'intervention de l'équipe mobile.

L'équipe pluridisciplinaire veillera à la bonne organisation de toutes les actions à mettre en œuvre pour répondre aux différents besoins de l'utilisateur en lien avec sa sortie de l'établissement.

Les référents valideront avec le résident et son entourage les besoins (achats, aménagements, vêtements, etc...) et feront autant que possible le nécessaire en amont de la sortie.

En fonction du projet de sortie, et dès lors qu'une date de sortie se précise, les professionnels de l'équipe se mettront en lien avec les partenaires de façon à passer le relais et à assurer un suivi avec les professionnels qui accompagneront le résident dans la suite de son projet.

Un suivi par l'équipe mobile sera réalisé pendant trois mois après la sortie, ce suivi étant renouvelable une fois maximum.



## 3.2 Offre de service et organisation

### 3.2.1 Projet d'Accompagnement Personnalisé (PAP)

Dans ce dispositif, l'un des objectifs principaux est de « *fluidifier le parcours de la personne* »<sup>3</sup>. Il s'agit donc d'inscrire l'utilisateur dans une continuité de prise en charge afin d'éviter toute forme de rupture et de l'accompagner dans un parcours de vie coordonné.

Dans ce dispositif, le projet d'accompagnement personnalisé a un rôle fondamental, il doit être co-construit avec l'utilisateur, sa famille et son représentant légal, le cas échéant.

À l'entrée, et dans les premières semaines au sein du dispositif, l'équipe fait connaissance avec la personne accueillie. Elle recueille ses attentes, ses habitudes de vie et évalue les besoins spécifiques afin de personnaliser l'accompagnement et d'identifier le projet de sortie.

Le premier mois, un premier PAP est élaboré. Il est un outil essentiel dans l'accompagnement. Véritable synthèse des constats d'équipe et de l'expression des usagers, il permet de coordonner l'action institutionnelle et d'opérationnaliser un des principes fondateurs de la loi 2002-2 : **permettre à la personne d'être au centre de son accompagnement, et surtout d'en être actrice.**

Dans les situations de maladies évolutives rendant la communication difficile voire impossible, l'équipe s'ajuste en s'appuyant sur différents moyens de communication alternatifs (mimogestualité, oui/non, pictogrammes, synthèse vocale ...).

Dans certains cas, c'est la connaissance ancienne de la personne et de ses aspirations exprimées à l'entrée qui se révèle précieuse. Les proches sont des partenaires importants lorsqu'ils sont présents.

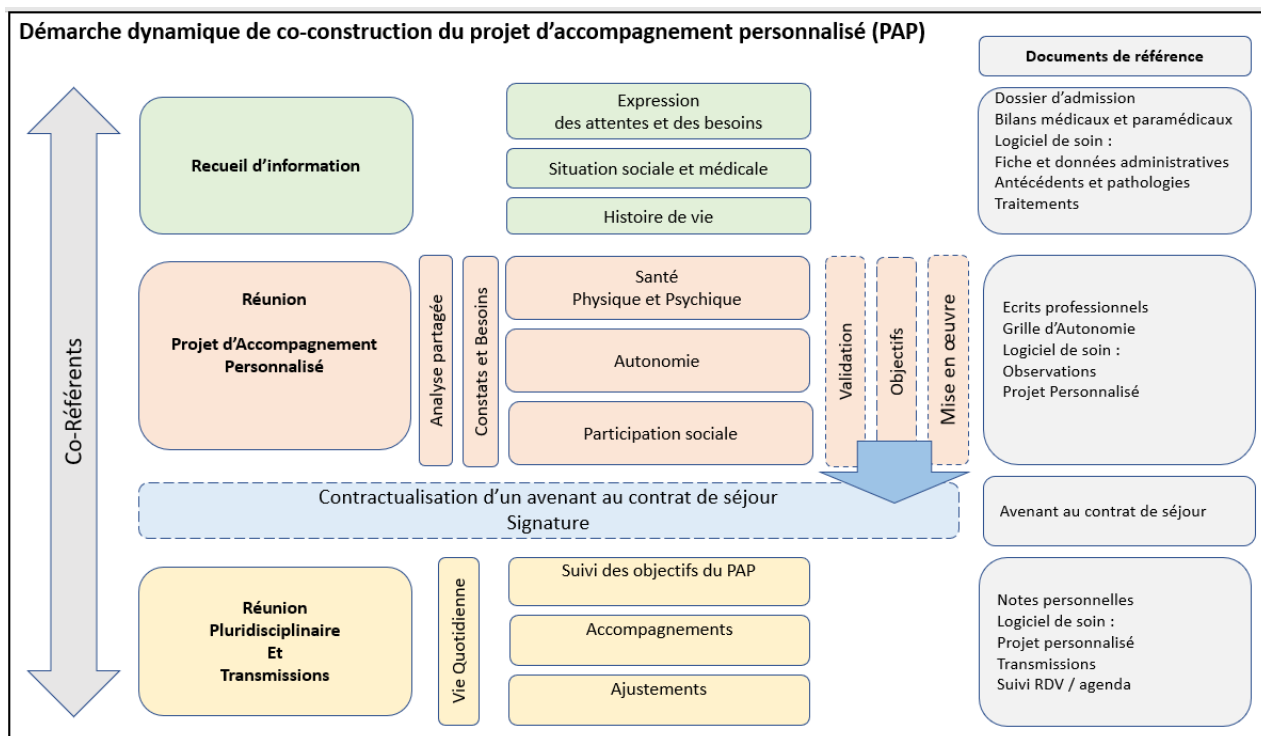
Le PAP se co-construit ainsi en croisant les regards de la personne et des professionnels en vue de :

- Répondre aux besoins de santé, d'autonomie et de participation sociale,
- Mobiliser les ressources et valoriser les centres d'intérêt de la personne,
- Privilégier la volonté d'agir de la personne et la faire participer,
- Responsabiliser la personne,
- Conjuguer l'individuel et le collectif.

Il s'enrichit tout au long de l'accompagnement et repose schématiquement sur trois temps forts (selon les RBPP-ANESM/ HAS) :

---

<sup>3</sup> Appel à projets



**Figure : Démarche de co-construction du projet d'accompagnement personnalisé**

→ **Le temps du recueil d'informations et de l'expression des attentes de la personne**

Il permet aux professionnels de disposer des informations strictement nécessaires et pertinentes à l'accompagnement. Il doit se réaliser dans le respect de l'intimité et du droit de réserve des personnes.

En se rendant disponible dans la relation et en étant dans une position d'écoute active, le recueil passe par le repérage des habitudes de vie, des préférences et des besoins et quand cela est possible en sollicitant l'entourage. L'expression des attentes est recherchée au travers des différents temps quotidiens entre la personne et les professionnels mais également en amont de la réunion de PAP, par la référente de projet, et en aval, lors de la rencontre de validation.

→ **Le temps de l'analyse partagée et de la validation du projet en réunion de PAP**

La réunion de PAP, animée par la cheffe de service éducatif et la coordinatrice du dispositif, se déroule en deux parties.

La première partie est consacrée au partage des analyses des professionnels synthétisées par le référent. Elle aboutit au choix des objectifs d'accompagnement, des mises en œuvre et prestations adaptées en conciliant vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement.

La deuxième partie, appelée « validation », est réalisée avec la personne et/ou son représentant légal (accompagnée si elle le souhaite d'une personne de son choix). Elle est un espace de dialogue crucial qui permet d'affiner le projet en l'enrichissant des observations de la personne, elle-même experte de sa situation. En cas de divergences, il s'agit de rechercher



les marges de manœuvre, et les aménagements possibles pour trouver un consensus dans le cadre des contraintes de l'établissement.

À la suite de cette rencontre, les objectifs et mises en œuvre définis sont formalisés dans l'avenant du contrat de séjour envoyé pour signature à la personne et son représentant légal.

La participation est un droit et non une obligation. Les professionnels encouragent les personnes à participer et facilitent leur expression, mais ne peuvent en aucun cas les obliger à participer.

→ **Le temps de la réalisation des objectifs et des ajustements en réunions pluridisciplinaires hebdomadaires et lors des transmissions quotidiennes**

Les objectifs de projet sont communiqués par le référent 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 précautions, 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 sont aussi régulièrement interrogés au regard de l'évolution de la situation et des attentes de la personne. Si besoin, des ajustements quotidiens sont réalisés en lien avec la personne.

Ce sont les réunions d'équipe hebdomadaires ainsi que l'utilisation du logiciel de soin qui permettent de renforcer la consultation et le suivi des objectifs du PAP.

La notion de double référence (réfèrent lieu d'hébergement et équipe mobile)

Tous les professionnels de l'hébergement relais et de l'équipe mobile se verront, à un moment donné, confier une mission de « réfèrent de l'utilisateur ». Comme énoncé dans le décret du 20 mars 2009, ce système de référence permet de « favoriser la cohérence et la continuité de l'accompagnement ».

La particularité de ce dispositif réside dans le fait que nous créons un hébergement relais et une équipe mobile pour les 20 usagers accueillis. Il y aura donc une double référence (hébergement relais et équipe mobile) pour travailler les projets d'accompagnement personnalisés.

**3.2.2 L'équipe mobile : garante de la dynamique du dispositif**

L'originalité et le caractère innovant du dispositif proposé tiennent principalement au travail conjoint entre un espace d'hébergement temporaire et une équipe mobile dédiée pour la mise en œuvre du projet de l'utilisateur, s'inscrivant dans le parcours de la personne.

Ce nouvel établissement prend en compte les missions respectives des deux entités qui le composent et qui s'articulent le plus étroitement possible pour garantir la cohérence de l'accompagnement et la mise en œuvre effective des projets d'accompagnement personnalisés.



Ce dispositif a un défi majeur : dynamiser et remobiliser des personnes, aujourd'hui sans solution (ou sans solution satisfaisante) pour les amener à s'inscrire dans un parcours et un projet qu'elles s'approprient, afin de définir avec elles un futur qui tienne compte de leurs aptitudes et capacités ainsi que de leurs compétences et besoins.

Le dispositif a des fonctions diverses :

- Une fonction de diagnostic et d'évaluation,
- Une fonction d'apprentissage, de mise en situation écologique (mise en œuvre d'ateliers divers, création d'un environnement stimulant), de compensation (développer des moyens de compensation),
- Une fonction de coordination, de développement de réseau et de partenariats.

Les missions de l'équipe mobile, en collaboration étroite avec les professionnels de l'hébergement relais, s'articulent donc autour de ces trois fonctions.

<b>SYNTHÈSE « PROJET D'ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISÉ »</b>	
<b>Thème</b>	<b>Points forts</b>
Ancrage de la démarche du PAP	Structuration de la démarche / mise en place d'un mode opératoire PAP
Veille/ portage du PAP	Association de binômes de référents (AS/AMP + coordinatrice)
<b>Thème</b>	<b>Axes d'amélioration</b>
PAP	Développer l'implication des équipes AS/AMP dans la construction et l'élaboration des PAP
Suivi de projet	Développer la participation des AS/AMP dans les RV EMOI
Rédaction et construction du PAP	Accompagner les professionnels qui ont besoin d'être formés à la démarche PAP
	Programmer une formation aux écrits professionnels et à la démarche PAP

Le Projet d'Accompagnement Personnalisé s'enrichit des projets de soins, d'hébergement, d'animation et de vie sociale.

### 3.2.3 Projet de soins et besoins fondamentaux

Le projet de soins a pour objectif d'individualiser la prise en charge des personnes accueillies : il vise à répondre aux besoins spécifiques de santé, de confort et de bien-être des personnes accueillies tout en respectant leurs préférences individuelles.

Notre approche du soin est holistique et va au-delà de la simple réalisation d'actes techniques, car elle privilégie le prendre soin et l'accompagnement. L'objectif est que le résident ait une place centrale dans son accompagnement et qu'il continue d'être acteur de sa vie et non pas seulement un objet de soin.



Cette approche globale comprend plusieurs étapes :

- **Une évaluation de l'état de santé du résident** : elle a lieu lors du premier rendez-vous médical, lors de la visite de pré-admission. Une réévaluation est effectuée lors de l'admission du résident.

Ce bilan médical comprend ses antécédents médicaux, ses traitements, une évaluation de l'environnement et des besoins techniques et/ou humains, sa santé psychologique, etc.

Lors de son admission, des bilans sont effectués par l'équipe de rééducation (kinésithérapeutes et ergothérapeutes). Ces éléments sont réévalués régulièrement, selon le profil et l'évolution du résident.

- **Une planification des soins** réalisée en équipe pluridisciplinaire, qui tient compte des habitudes de vie du résident et qui identifie ses besoins spécifiques en termes d'aide aux gestes de la vie quotidienne et de soins infirmiers.
- **Un accompagnement psychologique personnalisé** : des entretiens sont proposés aux personnes accueillies avec possibilité de suivi et/ ou de bilan cognitif par la psychologue de l'établissement, ou par des professionnels extérieurs à l'établissement.

Les soins médicaux sont assurés par deux médecins spécialistes en médecine générale et un médecin spécialiste en MPR.

L'équipe de soins pluridisciplinaire se compose de : IDE et coordinatrice soins, AS/AMP, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, éducateurs sportifs, diététiciennes, psychologue et neuropsychologue. Des vacataires soignants renforcent les équipes pour les aides alimentaires et l'aide au coucher.

### **1. Les différents types de soins assurés dans les établissements :**

#### **Les consultations et prescriptions :**

Elles sont assurées par les médecins de l'établissement dans le cadre du suivi habituel ou des situations d'urgence.

Les consultations spécialisées sont assurées par des praticiens libéraux et hospitaliers des établissements de soins de proximité.

#### **La rééducation et appareillages/aides techniques :**

Leur mise en place répond aux besoins évalués lors du bilan réalisé à l'admission et aux souhaits du résident exprimés dans son projet personnalisé.

#### **Concernant l'appareillage :**

**Les fauteuils, corsets, appareils de maintien** : ils désignent tous les équipements personnalisés d'installation et de maintien obtenus sur prescription médicale.



La collaboration entre médecin MPR, kinésithérapeutes, ergothérapeutes 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 Centre d'Études et de Recherche sur l'Appareillage des Handicapés (CERAH) et la liaison régulière avec les services d'appareillage de la CPAM permettent d'améliorer ou faciliter les prescriptions.

Le suivi et le renouvellement sont proposés en interne aux personnes accueillies.

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 ...

Les autres appareillages telles prothèses auditives, dentaires, lunettes, etc. sont prescrites par les spécialistes correspondants.

#### **Le suivi diététique :**

Deux diététiciennes assurent le suivi des résidents. Elles réalisent notamment un suivi nutritionnel individuel des résidents.

Elles mettent en place les adaptations de texture dans le cadre des troubles de la déglutition, en lien avec le médecin et l'orthophoniste libérale intervenant sur prescription médicale.

## **2. L'accompagnement de fin de vie et soins palliatifs**

Les soins palliatifs sont des soins actifs et continus pratiqués par une équipe pluridisciplinaire. Ils visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance physique et psychologique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage.

Notre établissement a signé des conventions avec les principaux acteurs d'hospitalisation à domicile du secteur nancéen : l'HADAN et l'HAD de l'OHS, ainsi qu'avec l'Équipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP) du CHU de Nancy.

L'EMSP a un rôle de conseil et de soutien auprès des soignants. Elle a pour mission d'accompagner les équipes de soins confrontées à des décisions complexes et à des prises en charge délicates d'un point de vue éthique. Cette équipe accompagne également les résidents en situation palliative et/ou leurs proches.

Les services sociaux et médicaux se tiennent à la disposition des usagers pour les éclairer sur les démarches liées à la fin de vie (contrat obsèques, directives anticipées...).

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 usager de l'ALAGH et à la possibilité de lui rendre hommage (fleurs, carte, participation aux obsèques...).



Les professionnels veillent à laisser un espace de parole pour que chacun ait, s'il le souhaite, la possibilité d'évoquer son ressenti, ses souvenirs et son émotion suite au décès d'un usager ou d'un proche. Un soutien psychologique est possible auprès de notre psychologue.

Lors des réunions de service, un temps avec l'équipe et la psychologue pourra être consacré aux conditions du décès et à l'émotion suscitée.

### **3. La gestion 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 et de la signaler aux personnels compétents (infirmiers, psychologue, médecins, etc.) afin de l'objectiver et de la traiter.

L'évaluation de la douleur est effectuée avec des échelles d'auto-évaluation ou d'hétéroévaluation adaptées aux capacités du résident. Une grille de suivi de la douleur est réalisée dans les situations qui le justifient. Les résultats sont analysés par les soignants qui tentent d'identifier la cause de la douleur, à 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...

### **4. 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 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 concertation avec son médecin traitant.

Le refus de soins est entendu et discuté avec le résident et l'équipe pluridisciplinaire.

Concernant les résidents sous 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).*



## **5. La vie affective et sexuelle**

Conformément à la loi, les résidents ont droit à une vie privée et le cadre d'accueil doit garantir les conditions du respect de l'intimité.

La sexualité et l'affectivité relèvent du domaine personnel et dépassent la question de la dépendance. Les vécus sont singuliers et les besoins intimes toujours très personnels. L'expression des sentiments et de la sexualité doivent cependant intégrer les normes légales et sociales.

Si les professionnels n'ont pas à interdire, autoriser ou inciter les relations affectives et/ou sexuelles, ils peuvent apporter des conseils individualisés.

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...

Une réflexion est en cours au sein du Conseil Départemental sur cette question et notre équipe de professionnels y participent.

## **6. Le circuit du médicament**

Les traitements sont prescrits par les médecins salariés de l'établissement sur le logiciel soins, puis transmis par mail à la pharmacie et aux IDE.

La prescription des doses administrées est réalisée par l'officine conventionnée.

La distribution des traitements est assurée par les IDE, l'aide à la prise est assurée par les IDE ou en collaboration avec les AS/AMP.

La traçabilité avec signature de l'IDE, lors de la distribution se fait sur le bordereau édité et livré par le pharmacien, chaque semaine, avec les piluliers.

Concernant le dispositif Passer'aille, le traitement par prise est préparé par les IDE dans des boîtes individuelles nominatives, distribuées et tracées sur bordereau par les AS/AMP, stockées dans l'infirmierie fermée avec code d'accès.

## **7. La Prévention des Risques liés à l'Activité Physique (PRAP)**

Une professionnelle formée PRAP intervient auprès des équipes de soins pour réaliser une évaluation des pratiques professionnelles et pour apporter des conseils afin d'améliorer la qualité de vie au travail et réduire les risques professionnels.

SYNTHÈSE « PROJET DE SOINS »	
Thème	Points forts
Médecins	Présence de médecins salariés qui coordonnent les soins, en lien avec les médecins traitants des usagers.
IDE	Présence d'une équipe IDE mutualisée sur tout le site.
Partenariats	Mise en place d'un partenariat avec des équipes spécialisées (EMSP, HADAN...)
Thème	Axes d'amélioration
Sécurisation du circuit du médicament	Investissement dans des nouveaux logiciels de soins
	Formation « Broyage des médicaments »
	Restructuration de la salle de soins (point unique de stockage, sécurisation de l'accès)
Évaluation de la douleur	Validation institutionnelle du type d'échelles à utiliser.
	Rédiger une procédure de prise en charge de la douleur.
	Formation des professionnels à l'utilisation des échelles.
Améliorer l'accompagnement médical	Formation à la santé bucco-dentaire
	Poursuite des formations « textures et troubles de la déglutition », « Dysphagie ».

### 3.2.4 Gestion des troubles du comportement spécifiques liés à la cérébrolésion

On peut considérer un trouble du comportement « *comme un comportement déviant, inacceptable, ou dangereux par rapport à ce que l'on pourrait attendre dans une société de personnes partageant la même culture, les mêmes valeurs.* »

Les troubles du comportement sont fréquents et responsables de séquelles majeures après une cérébro-lésion, avec un retentissement important sur les familles et sur les relations sociales.

Il existe différents types de troubles du comportement :

- **Hyperactivité :**
  - Augmentation globale du comportement,
  - Défaut de contrôle,
  - Irritabilité, impulsivité agressive,
  - Agitation, familiarité ou jovialité excessive, humeur euphorique.
- **Hypoactivité :**
  - Manque d'intérêt, réduction de la volonté, apathie, passivité générale,
  - Difficulté à avoir des projets.
- **Persévérations** (verbales et motrices), comportements stéréotypés.



- **Autres perturbations :**
  - Anosognosie (perte ou perturbation de la fonction centrale de la prise de conscience),
  - Perturbation des émotions (labilité émotionnelle,...)
  - Perte des habilités sociales (cognition sociale, alexithymie...),
  - Désinhibition (sexuelle, orale ...),
  - Anosodiaphorie.

### Stratégies de prévention des troubles du comportement

#### ***Identifier les besoins et objectiver les troubles du comportement pour chaque usager (en amont et pendant le séjour)***

- Une évaluation neuropsychologique indispensable à l'arrivée, réalisée par le médecin et la neuropsychologue.  
**Le bilan neuropsychologique** est un outil indispensable pour évaluer de manière approfondie les troubles de l'utilisateur. Le bilan prend en compte toutes les dimensions ; il prend en compte également l'interaction des différents troubles entre eux et la complexité de leur expression en fonction de leur environnement.
- Identification des troubles associés : les troubles associés peuvent être des troubles sensoriels, des troubles de la vision, des troubles de l'audition, des troubles du sommeil, des troubles somatiques et/ou psychiatriques. Ces troubles peuvent être considérés comme des sur-handicaps et quand ils ne sont pas diagnostiqués ou pris en compte, ils peuvent se traduire par des troubles du comportement.

#### ***Organiser les réponses à apporter aux personnes présentant des troubles du comportement***

- Reconnaître la place des proches.
- Renforcer les compétences des professionnels :
  - **Par la formation :**
    - Sur des thématiques particulières (qu'est-ce qu'un trouble du comportement ? Spécificité du handicap...),
    - Sur le repérage et l'évaluation des troubles du comportement,
    - Sur l'accompagnement à la gestion des troubles du comportement.Ces formations devront être inscrites dans le plan de formation. Elles contribueront à une amélioration du service rendu aux usagers.
  - **Favoriser les échanges de pratiques professionnelles**
    - Collaboration renforcée avec les partenaires.
    - Définir et formaliser les procédures nécessaires à l'accompagnement des troubles du comportement :



- Les procédures de gestion des troubles du comportement,
- Les procédures de gestion de crises (gestion des situations de mise en danger),
- Les procédures d'hospitalisation (continuité de l'accompagnement pendant et après l'hospitalisation).

Il est important que les procédures soient réalisées en concertation avec les professionnels et reprises, autant que possible, en réunion d'équipe.

### Stratégies d'intervention à mettre en œuvre par les professionnels face aux troubles du comportement

#### **Repérage des troubles du comportement**

- Observer, repérer, identifier et transmettre les informations concernant les troubles du comportement par les professionnels, grâce à des outils spécifiques.
- Analyser la situation en équipe avec l'utilisateur et son entourage familial. Rechercher les causes et élaborer des hypothèses (construction d'une expertise professionnelle).

Événement ou antécédent immédiat	Description de ce qu'il s'est passé avant le trouble du comportement.
Trouble du comportement	Description observable, mesurable du trouble du comportement.
Conséquences immédiates	Description de ce qui survient directement après le trouble.

Cette analyse permettra de formuler des hypothèses permettant de rechercher des causes personnelles et/ou environnementales des troubles du comportement (méthode de l'arbre des causes).

- Élaboration d'un plan d'interventions personnalisé (inclus dans le projet personnalisé de l'utilisateur).

#### **La gestion immédiate des troubles du comportement**

**Pendant le trouble du comportement**, le professionnel devra inviter l'utilisateur à se calmer, le mettre en sécurité si besoin (l'isoler dans un endroit calme par exemple) et mettre en sécurité également les autres usagers (si besoin).

Lors de la crise, il est important de rassurer l'utilisateur et dédramatiser la situation (autant que possible). Il s'agit là d'une étape délicate afin de ne pas provoquer à nouveau de crises.

En situation de crise : le degré d'urgence et les risques doivent être évalués (risque de suicide, d'actes violents...).



À « froid », lorsque l'utilisateur a retrouvé un équilibre émotionnel, lui proposer des temps d'échange, d'entretien.

- Situations spécifiques :  
En cas de crises très fortes mettant en danger l'utilisateur ou autrui, en cas d'échec des interventions précédentes, des **traitements médicamenteux** peuvent être prescrits au cas par cas, une **hospitalisation** pourra être nécessaire (partenariat à construire avec les services hospitaliers) et un **signalement** pourra être réalisé auprès de l'Agence Régionale de Santé (protocole à construire).
- La prise en charge non médicamenteuse des troubles du comportement comprend :
  - Différentes approches psychothérapeutiques :
    - **La thérapie familiale systémique** est recommandée dans toute structure accueillant des personnes TC. Une prise en charge de la cellule familiale est indispensable.
    - **Les thérapies cognitivo-comportementales** sont recommandées chez les usagers souffrant de troubles anxio-dépressifs, d'irritabilité ou de colère (compétences internes / neuropsychologue).
  - Des activités « occupationnelles » (bénévoles, activités physiques, culturelles ou artistiques) ou professionnelles adaptées au handicap.  
**Un programme d'activités** a un rôle structurant, socialisant et valorisant. Les activités de groupe associées à des activités individuelles améliorent le comportement et le bien-être psychosocial. La musicothérapie permet d'améliorer l'humeur et l'anxiété.
  - Des activités physiques, sportives (réalisées par l'éducateur sportif).
  - Une prise en charge rééducative : l'amélioration des déficits cognitifs, moteurs ou fonctionnels a un impact positif sur les troubles du comportement. Les activités de rééducation telles que la remédiation cognitive, l'orthophonie, la kinésithérapie, l'ergothérapie sont nécessaires à intégrer dans le parcours de l'utilisateur.
  - Ainsi qu'une adaptation des comportements de l'entourage et des équipes de soin.
- Accompagnement des équipes à la suite d'un trouble du comportement d'un usager :
  - **Le passage de relai immédiat** : à la suite de la crise d'un usager, il peut être difficile pour le professionnel ayant géré la crise, d'accompagner la personne juste après l'événement. Il est important, non seulement de ne pas être seul face à la situation, mais également de savoir passer le relai à un collègue qui pourra accompagner la personne dans cette seconde phase.
  - **La reprise de l'événement en réunion d'équipe.** : il est important pour les professionnels de bénéficier de temps d'écoute et d'expression par rapport à l'événement vécu, de reprendre « à froid » et d'essayer de comprendre cet événement au regard de la connaissance que nous avons de l'utilisateur. Des experts



(neuropsychologue, médecin) apporteront leurs éclairages par rapport à la situation.

- **Des réunions exceptionnelles** avec l'équipe, le médecin, le cadre et le directeur pourront être organisées au besoin.

*(Cette partie sur les troubles du comportement a été réalisée à partir des recommandations de l'HAS et de bonnes pratiques professionnelles sur les troubles du comportement et comportement-problèmes.)*

<b>SYNTHÈSE « GESTION DES TROUBLES DU COMPORTEMENT »</b>	
<b>Points forts</b>	
⇒	Accompagnement des équipes et mode opératoire « comportements problèmes »
⇒	Groupe d'analyse des comportements problèmes
⇒	Formation
<b>Axes d'amélioration</b>	
⇒	Sensibiliser davantage les professionnels aux comportements problèmes en lien avec la cérébrolésion
⇒	Encourager les professionnels à analyser les facteurs déclenchant les comportements problèmes

### 3.2.5 Projet « Vie quotidienne, vie sociale et apprentissages »

La projet « Vie quotidienne, vie sociale et apprentissages » consiste à accompagner la personne accueillie dans la définition, la construction et la mise en œuvre de son projet d'accompagnement personnalisé que ce soit un projet de vie en institution ou un projet de vie en autonomie.

L'apprentissage consiste à faire acquérir à l'utilisateur des connaissances et des repères qui lui permettront d'accéder à une vie autonome ou semi-autonome, avec les contraintes et les obligations qu'il devra assumer.

#### **Les objectifs généraux du projet « Vie quotidienne, vie sociale et apprentissages » :**

- Accompagner l'utilisateur dans la définition, la construction et la mise en œuvre de son projet de vie.
- En fonction de son projet, de ses besoins, de ses potentialités et des évaluations réalisées par les professionnels, construire avec l'utilisateur et sa famille un plan d'accompagnement personnalisé (basé sur l'autonomie et l'indépendance dans les actes de la vie quotidienne, courante et dans l'insertion sociale).
- Proposer à l'utilisateur des apprentissages à la vie autonome (dans les murs et hors les murs) et développer avec lui des stratégies de compensation (humaine ou technique).



- Prévoir des points d'étapes réguliers et des évaluations permettant de réajuster le plan d'accompagnement personnalisé.
- Favoriser la vie relationnelle, sociale et familiale.
- Proposer des activités et des sorties, notamment sur le week-end.

Les actes de la vie quotidienne seront réalisés par une équipe dédiée, formée aux troubles neurologiques, composée d'aides-soignants, d'aides médico-psychologiques et d'accompagnants éducatifs et sociaux. Le rôle de ces professionnels sera de prendre soin des usagers par une aide de proximité permanente, en les accompagnant, en les stimulant, en leur réapprenant les actes essentiels du quotidien (toilette, habillage, transferts, élimination...) et dans les activités de vie sociale et de loisirs.

### L'apprentissage à l'autonomie :

Le projet d'accompagnement personnalisé réalisé en étroite collaboration avec l'utilisateur et sa famille précisera le projet de sortie de l'utilisateur (retour à domicile, admission en établissement médico-social).

Activités		Objectifs	Types d'atelier (Individuel ou collectif)
<b>Soins personnels</b>	<b>TOILETTE / HABILLAGE</b>	1/ Savoir se laver en respectant les étapes, se brosser les dents, se raser... 2/Savoir s'habiller de manière adéquate et en fonction des conditions météorologiques	Individuel
	<b>TRANSFERT</b>	1/ Savoir se transférer en toute sécurité	Individuel
	<b>DEPLACEMENTS</b>	1/Savoir se déplacer seul en intérieur en sécurité 2/ Savoir se déplacer seul en extérieur en sécurité 3/ Savoir se déplacer seul dans les transports en commun, en toute sécurité	Collectif ou individuel
	<b>MEDICAMENTS, SOINS, SANTE</b>	1/ Gérer sa santé 2/ Gérer ses RV médicaux 3/ Gérer ses médicaments 4/ Apprendre à reconnaître sa fatigue 5/Ateliers d'éducation thérapeutique 6/ Sécurité	Individuel
	<b>BUDGET / ADMINISTRATIF</b>	1/ Gérer son argent, gérer son compte bancaire 2/ Gérer ses documents administratifs 3/ Sécurité	Collectif ou individuel

Activités de productivité	CUISINE/ REPAS	1/ Élaborer un menu équilibré (Hygiène alimentaire) 2/ Rechercher des recettes et établir une liste de courses 3/ Réaliser les achats et gérer un budget 4/ Réaliser une recette 5/ Mettre un couvert, débarrasser et nettoyer la vaisselle 6/ Sécurité	Collectif- Individuel
	ENTRETIEN DU LINGE	1/ Trier le linge sale 2/ Réaliser une lessive adaptée au type de linge à laver 3/ Faire sécher le linge 4 / Repasser son linge 5/ Sécurité	Petit collectif/Individuel
	ENTRETIEN DU STUDIO	1/ Nettoyage du studio et réfection du lit 2/ Sécurité	Individuel
	INFORMATIQUE	1/ Utiliser l’outil informatique 2/ Utiliser les réseaux sociaux et internet en toute sécurité 3/ Sécurité	Petit collectif / Individuel
	COMMUNICATION	1/ Savoir écrire du courrier 2/ Utiliser internet 3/ Utiliser un téléphone.	Individuel
	ORGANISER SA JOURNEE	1/ Organiser sa journée 2/ Planifier ses rendez-vous 3/ Mise en place d’un agenda	Individuel
Activités de loisirs	GESTION DU TEMPS LIBRE / LOISIRS	1/ Savoir s’occuper 2/ Gérer ses impatiences 3/ Avoir des activités de loisirs à l’extérieur 2/ Sécurité	Collectif ou Individuel
	RELATIONS AUX AUTRES	1/ Réapprentissage des codes sociaux 2/ Travailler la relation aux autres (RBPP ANESM)	Collectif ou Individuel
	COGNITION SOCIALE	Jeux, ateliers vidéo, mise en situation	Collectif ou Individuel
	ACTIVITES SPORTIVES	1/ Savoir « se bouger »	Collectif ou Individuel
	CAFE DES FAMILLES	Atelier prévu pour les accompagnants, les aidants	Collectif



SYNTHÈSE « PROJET VIE SOCIALE ET APPRENTISSAGES »	
Thème	Points forts
Diversité des activités	Les activités et propositions d'apprentissage sont multiples et tentent de répondre à des besoins différents des résidents
Procédure	Mode opératoire pour la gestion des activités collectives et le suivi du planning des résidents
Thème	Axes d'amélioration
Apprentissage	Développer de nouveaux ateliers d'apprentissage en lien avec les besoins des usagers
	Impulser dès l'admission, la participation du résident aux ateliers correspondant à ses besoins et son projet
	Création d'une « épicerie sociale » comme outil d'apprentissage
Partenariat	Développer de nouveaux partenariats et les évaluer régulièrement
	Travailler le lien avec les dispositifs d'insertion professionnelle

### 3.2.6 Projet d'Hébergement

Le projet d'hébergement repose sur les pôles restauration, hôtellerie, lingerie et maintenance.

#### 1. La restauration

Nous accordons une importance toute particulière à la qualité de la restauration car elle impacte directement la qualité de vie des personnes accueillies. Nous bénéficions d'un contrat en assistance technique de l'Alsacienne de restauration, ce qui signifie que le chef gérant est un salarié de notre prestataire, mais que notre équipe de cuisiniers est salariée de l'établissement.

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 culturelles, respect de certains goûts. Les usagers participent à la construction de certains menus (repas de fêtes, « semaine des résidents », repas à thème).

L'Alsacienne de restauration, anciennement Elixor, a mis à notre disposition le logiciel MILIZI permettant de gérer le nombre de repas journaliers ainsi que les régimes et les textures de chaque usager.

Deux diététiciennes viennent renforcer notre équipe de cuisine et apportent leur expertise quant aux régimes et textures de nos usagers (1.4 ETP)


Chaque midi, les repas sont servis dans la salle à manger. Ce moment convivial permet aux résidents de se rencontrer, d'échanger et de maintenir des liens sociaux. Des repas festifs, goûter spécifiques ponctuent l'année.

L'équipe du dispositif PasseR'aile, par son engagement et sa créativité, varie régulièrement les animations et proposent des journées à thème en fonction des envies de chacun, mais également des événements qui ponctuent l'année (Pâques, St Nicolas, mardi gras...)

Lors d'activités particulières (ateliers cuisine...) ou de sorties exceptionnelles, les repas peuvent être pris en petits groupes sur le dispositif, devant l'entrée ou à l'extérieur de l'établissement.

### La satisfaction des résidents

L'enquête de satisfaction réalisée en 2023 fait état de la satisfaction des usagers

					
Satisfaction globale					
Diversité des plats	0 %	11.1 %	33.3 %	44.4 %	11.1 %
Saveur des plats et goût des plats	0 %	0 %	77.8 %	22.2 %	0 %
Changement du menu à choix unique	0 %	0 %	55.6 %	22.2 %	22.2 %
Quantité servie	0 %	0 %	11.1 %	55.6 %	33.3 %
Horaire des repas	0 %	11.1 %	11.1 %	22.2 %	55.6 %
Échange et convivialité des repas	0 %	0 %	0%	66.7 %	33.3 %

Cette enquête nous a permis d'identifier des axes d'amélioration, notamment sur la réalisation des textures modifiées : la présentation, le goût et la texture peuvent être améliorés pour favoriser l'appétit du résident.

Des Commissions Restauration régulières nous permettent également d'échanger avec les résidents sur le contenu des menus, sur leurs préférences et leurs non-goûts et sur la qualité de la prestation de restauration de manière générale.

### Les aides alimentaires

Le midi, les personnes qui ont besoin d'être aidées pour manger, sont accompagnées par les professionnels de l'équipe. Il peut s'agir d'une simple surveillance, d'une stimulation ou d'une aide complète, pour laquelle nos équipes sont formées (*formation flash sur l'alimentation et les troubles de la déglutition réalisée en 2023*).

L'ergothérapeute met à disposition du matériel adapté pour faciliter la prise du repas.

## 2. L'entretien des locaux

Une équipe d'Agents de Service Logistique (ASL) entretient régulièrement les espaces du dispositif.



Des protocoles de bio-nettoyage existent et permettent d'assurer l'hygiène dans l'établissement et de savoir quelles méthodes appliquer face à une épidémie.

Les locaux sont entretenus quotidiennement. Les week-ends sont dédiés à l'entretien « de fond » des locaux de restauration (salles de restauration, plonge, matériel).

Ces entretiens nécessitent une coordination de tous, et garantissent un entretien de qualité (propreté et désinfection).

### **3. La lingerie**

L'établissement dispose d'une lingerie qui entretient le linge de tous les résidents du site de Gentilly.

Les tenues des professionnels sont entretenues par notre prestataire ELIS.

### **4. Le service maintenance**

Le service assure la maintenance et la sécurité des locaux.

Les missions principales assurées par les techniciens présents sur site sont les suivantes :

- Maintenance quotidienne,
- Réfection des chambres après la sortie d'un résident (avec l'intervention d'artisans si nécessaire),
- Déménagement lors d'un changement de chambre.

Certains équipements font l'objet de contrats de maintenance et sont donc entretenus par des prestataires extérieurs, notamment le matériel de cuisine et de lingerie, ainsi que certains matériels de transfert (verticalisateur, rail plafonnier, etc.).

En cas d'urgence survenant en dehors des horaires de travail, une astreinte technique permet l'intervention d'un technicien de l'ALAGH 24h/24h.

### **5. Le tri des déchets**

La liste des différents déchets issus du fonctionnement de l'établissement a été établie ainsi que les prestataires chargés de leur collecte :

- Les ordures ménagères, les emballages, les papiers, les cartons et les bio-déchets sont gérés par VEOLIA,
- Les piles, le verre et les déchets encombrants sont déposés dans les conteneurs spécialisés et à la déchetterie,
- Les DASRI sont traités par HOSPI DECHETS.

Courant 2023, nous avons été dans l'obligation de changer de prestataire compte tenu du fait que les services de la ville ne pouvaient plus nous assurer nos deux passages hebdomadaires. Le prestataire choisi est VEOLIA.



Nous avons changé nos conteneurs et changé l'identification. Nous en avons profité pour nous mettre en conformité avec la réglementation sur les bio-déchets.

### Le tri des biodéchets

Les biodéchets regroupent les déchets alimentaires et les déchets « verts ». Ils représentent encore un tiers des déchets non triés des Français. Le tri à la source des biodéchets permet pourtant de générer des ressources de matières organiques utiles tout en limitant les gaz à effet de serre produits par leur incinération.

La loi du 10 février 2020 relative à la lutte contre le gaspillage alimentaire pour une économie circulaire prévoit à ce titre, une généralisation du tri à la source au 1<sup>er</sup> janvier 2024 pour tous les producteurs de déchets en France. L'ALAGH s'est donc équipé fin 2023, de tables de tri installées à proximité de la cuisine centrale et sur le dispositif Passer'aile. Ces tables comptent trois bacs : déchets résiduels, emballages, biodéchets. Sur le dispositif Passer'aile, nous avons deux bacs de recyclage et de biodéchets.

Dans l'objectif d'améliorer encore nos pratiques, une réflexion autour du gaspillage alimentaire a été démarrée fin 2023.

SYNTHÈSE « HÉBERGEMENT »	
Thème	Points forts
Restauration	Cuisine sur place, équipe salariée + chef gérant Alsacienne de restauration
	Repas festifs réguliers et conviviaux
Tri des déchets	Tri des biodéchets réalisé
Thème	Axes d'amélioration
Restauration	Améliorer la présentation des textures modifiées par la formation de l'équipe cuisine (formation à prévoir en 2024)
	Travailler sur un espace de restauration convivial et sans bruit
	Engager des réflexions autour du gaspillage alimentaire
	Renforcer l'équipe cuisine et stabiliser son organisation
Tri des déchets	Rédiger une procédure de tri des biodéchets
	Continuer à communiquer auprès des professionnels et des résidents sur les biodéchets
Maintenance	Améliorer la communication des demandes d'intervention et leur suivi
Lingerie	Formaliser certains protocoles
	Déterminer le circuit du linge dans le classeur RABC
Agents hôteliers	Retravailler l'espace plonge et la manutention



### 3.2.7 Projet Qualité/Sécurité-Prévention des risques/Environnement

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 établit un Plan d'Amélioration Continue de la qualité (PAC) en lien avec les évaluations interne et externe, les autodiagnostic, les enquêtes de satisfaction, les événements indésirables...

Il est en place sur plusieurs années et est suivi par le biais du COPIL Qualité.

Une évaluation externe est prévue pour le second semestre 2024 (tous les 5 ans) suite au décret N°2021-1476 du 12 novembre 2021 relatif au rythme des évaluations de la qualité des ESSMS et de son décret modificatif N°2022-695 du 26 avril 2022. Cette dernière est réalisée par un organisme habilité extérieur.

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 sur l'outil qualité AGEVAL), une gestion des événements indésirables (fiches de signalement, études a posteriori), une évaluation de la satisfaction des usagers et des professionnels (formulaire de recueil de la satisfaction, enquêtes de satisfaction), une démarche qualité au service cuisine (HACCP). La gestionnaire qualité vient en appui directement ou indirectement des instances en place (CSE, COPIL, etc...).

1. 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.

La loi du 2 janvier 2002 est le texte fondateur qui pose les principes et obligations auxquels nous répondons, notamment :

- ⇒ **La mise en place d'outils** tels que le livret d'accueil, la Charte des droits et libertés, le règlement de fonctionnement, le CVS<sup>4</sup>, etc.
- ⇒ **L'évaluation régulière de la qualité des prestations** : nous avons réalisé une évaluation externe en 2015. Depuis 2019, un nouveau dispositif d'évaluation a été élaboré par la HAS<sup>5</sup> et prévoit une évaluation tous les 5 ans : elle doit être menée par un organisme accrédité COFRAC et par la HAS et sera finalement réalisée au premier semestre 2024.
- ⇒ **La gestion des événements indésirables (EIG)**  
Conformément à l'arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales, nous réalisons des signalements à l'autorité compétente (ARS) lorsqu'un événement indésirable est identifié comme « grave ».

---

<sup>4</sup> Conseil de la Vie Sociale

<sup>5</sup> Haute Autorité de Santé



Pour permettre aux salariés de porter à la connaissance de la direction un évènement indésirable, une « fiche de signalement des événements indésirables » au format papier est à disposition ; des salariés ont également accès à un logiciel de gestion de la qualité (AGEVAL) permettant de réaliser le signalement.

Une formation sur les EIGS a été réalisée le 16 décembre 2023 par le SRA et a permis de former les fonctions encadrantes et de soins des équipes ALAGH.

⇒ ***La gestion des plaintes et réclamations***

La direction et l'encadrement sont à disposition des résidents et de leur famille pour toute réclamation. Pour réaliser une réclamation écrite, il est possible d'adresser un courrier à la direction ou d'écrire par mail à l'adresse communiquée sur demande à l'Accueil.

Toutes les réclamations sont traitées et un retour écrit est réalisé systématiquement.

⇒ ***L'existence d'un plan de gestion de crise***

Le « Plan Bleu » prévoit les procédures à suivre en cas de crise telle qu'une inondation, une canicule ou encore une épidémie. Il est actualisé chaque année. Un local « Plan Bleu » permet de stocker le matériel nécessaire pour faire face à ces situations de crise.

⇒ ***La cartographie des risques*** a été mise en place à compter de 2023 et sera renouvelée annuellement. Il s'agit de l'identification, l'évaluation et la hiérarchisation de la gestion des risques inhérents aux activités de l'établissement.

2. Notre engagement dans une démarche de prévention des risques professionnels semble nécessaire pour nos organisations. Nous inscrivons notre établissement dans cette dynamique à travers diverses actions :

⇒ ***La gestion des risques professionnels***

Le Document Unique d'Évaluation des Risques professionnels (*DUERP*) est un document où sont répertoriés les risques identifiés dans l'établissement et dans lequel sont indiquées des actions de prévention.

⇒ ***La formations de nos acteurs PRAPS***

Les réflexions menées au sein de l'association sur les risques professionnels nous ont amenés à créer, depuis plusieurs années, des formations PRAPS pour former des acteurs PRAPS. Notre renouvellement d'habilitation est en cours.

Cette formation permet aux salariés qui l'ont suivie d'adopter les bons réflexes face aux situations professionnelles qu'ils rencontrent et de diffuser ces bonnes pratiques aux autres membres du personnel.

⇒ ***Les risques psycho-sociaux***

Un travail collaboratif a été engagé en 2022/2023 autour des RPS, avec les professionnels des différentes fonctions, basé sur les recommandations de l'INRS.



Six axes ont été étudiés :

- Axe 1 : L'intensité et le temps de travail
- Axe 2 : Les exigences émotionnelles
- Axe 3 : L'autonomie et les marges de manœuvre
- Axe 4 : Les rapports sociaux et la reconnaissance au travail
- Axe 5 : Les conflits de valeurs
- Axe 6 : L'insécurité de la situation de travail

Ce travail a donné lieu à un plan d'action révisé chaque année.

<b>SYNTHÈSE « PROJET QUALITÉ-SÉCURITÉ-ENVIRONNEMENT »</b>	
<i>Points forts</i>	
⇒	Existence des outils de la loi du 2 janvier 2002
⇒	Formateur PRAPS formant des acteurs PRAPS
<i>Axes d'amélioration</i>	
⇒	Communiquer la politique qualité lors des réunions générales
⇒	Tenir trimestriellement un COPIL Qualité établissement
⇒	Former les collaborateurs à l'utilisation d'AGEVAL
⇒	Réaliser un audit de prévention, reprendre les formations PRAPS une fois l'habilitation renouvelée

### 3.2.8 Projet Ressources Humaines

#### **Diriger, piloter, gouverner**

La gouvernance associative se distingue de la gouvernance de direction. Cette dernière décide de la manière de gérer, d'administrer et de piloter les organisations des établissements et services de l'Association.

Pour l'ALAGH, la bonne manière de gouverner repose sur :

- Un mode de dirigeance identifié et lisible,
- Un projet associatif affirmé et partagé par les dirigeants et les cadres,
- Une cohérence de responsabilité,
- Un suivi rigoureux des modes de gestion,
- Le contrôle sur les situations financières et économiques de l'ensemble des structures,
- Une éthique professionnelle,
- Une ouverture aux projets en partenariat,
- L'inscription dans des pratiques modélisées et référencées, garantes de bonnes pratiques professionnelles,
- Un souci constant de l'amélioration de la qualité de l'accompagnement et des encadrements,
- Une réactivité décisionnelle.

La dynamique, les orientations associatives ainsi que les savoirs « experts » individuels et collectifs viennent bousculer le management participatif existant pour tendre vers un mode de management plus collaboratif valorisant le partage de connaissances et de ressources, la réflexion collective allant jusqu'à l'intelligence collective des équipes de travail.

### Compétences, connaissances et attitudes

L'accompagnement des personnes accompagnées est réalisé au quotidien par une équipe pluridisciplinaire : médicaux, paramédicaux, soignants, éducatifs, etc. Cette diversité des compétences et des expertises est mise en avant à travers plusieurs dispositifs visant la concertation et les échanges, la cohésion d'équipes, et la mise en application d'initiatives individuelles et/ou collectives :

- Association des professionnels dans les prises de décision,
- Mise en œuvre de temps d'échange et d'expression,
- Développement de formations internes courtes et ponctuelles portant sur des thèmes courants,
- Retour des professionnels participant à des actions de formation à l'issue de la session,
- Possibilité d'être porteur d'initiatives et de projets d'accompagnement.

Cet axe de management participatif dans le suivi du parcours de vie de la personne accompagnée répond à deux concepts : ceux de la recherche de l'objectif commun intrinsèque à l'activité et à celui de l'intelligence collective qui se construit par l'ensemble de savoirs, de savoir-être et de savoir-faire :

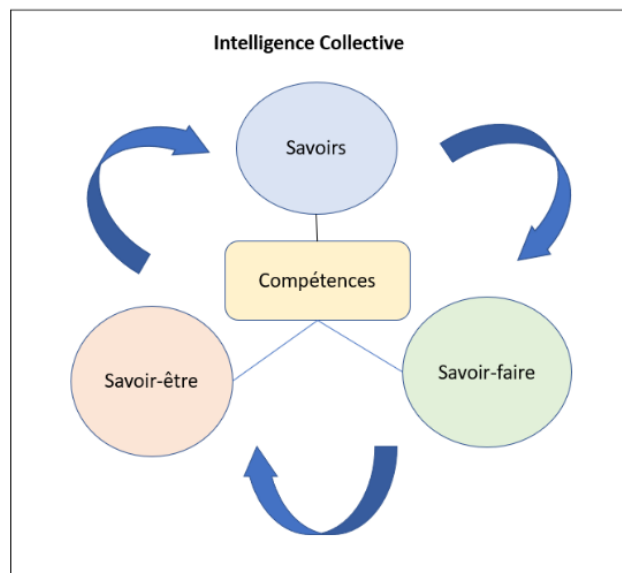


Figure : Principe de l'intelligence collective

L'ensemble des trois "savoirs" (savoirs, savoir être, savoir-faire) permet d'aboutir à la notion de compétence qui est catalysée par le groupe afin de produire une intelligence collective.



## **La planification des effectifs et l'organisation du temps de travail**

Chaque salarié en CDI bénéficie d'un cycle de travail qui lui permet de connaître à l'avance ses jours de travail.

Ces cycles de travail ont été conçus par les professionnels eux-mêmes, accompagnés par l'équipe de direction.

En fonction des besoins, les cycles de travail sont revus et présentés en CSE.

Les salariés ont accès à leur planning mensuel et annuel sur le logiciel Octime.

L'organisation du temps de travail est étudiée et adaptée en fonction des constats réalisés par le personnel et des nécessités de service.

## **La politique de formation**

L'accueil d'un public aux besoins spécifiques nécessite la formation du personnel et une optimisation des connaissances. C'est la raison pour laquelle l'Association souhaite mettre l'accent sur la formation continue des 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 savoir-faire (plan de formation),
- Le renforcement de la mobilité professionnelle et de la promotion sociale des salariés (PTP, CPF, 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 usagers et à la mise en œuvre des projets de service. De plus, chaque salarié a la possibilité d'effectuer une demande de formation individuelle.

À titre d'exemples, voici des formations collectives ayant eu lieu en 2023 à l'ALAGH :

- Gestion de l'agressivité et des troubles du comportement,
- Alimentation/ Déglutition,
- Sclérose en plaques et fatigue,
- Communication positive,
- Accompagnement des personnes atteintes de lésions cérébrales acquises.

Ces formations s'inscrivent dans une démarche de promotion de la bientraitance pour prévenir la maltraitance.

En outre l'Association consacre une partie de son budget de formations aux actions obligatoires et permettant le maintien et/ ou le développement de compétences (AFGSU, Incendie, habilitation électrique).



Suivant les établissements et services, en complément, des formations et des sensibilisations de courte durée sont organisées sur des thématiques jugées prioritaires.

### **Entretien professionnel et valorisation des parcours professionnels**

En application de son plan de GEPP (Gestion des Emplois et Parcours Professionnels), l'ALAGH effectue une évaluation régulière de ses professionnels.

Ce rendez-vous régulier permet une évaluation individuelle et collective du travail effectué au cours de l'année, permet de fixer les objectifs pour l'année à venir, d'échanger sur les difficultés rencontrées, de mesurer le chemin parcouru et de valoriser le travail du professionnel concerné.

Aussi, sont réalisés un bilan sur l'évolution individuelle des compétences et une évaluation de l'engagement du salarié, en identifiant les éventuels besoins en formation(s). Pour ce faire, est organisé un entretien individuel professionnel, structuré entre le salarié et son supérieur hiérarchique, s'inscrivant dans un processus de dialogue et de suivi des collaborateurs de l'Association.

Il est nécessaire d'encourager la capacité d'analyse et de distanciation du salarié dans sa pratique, tant individuellement qu'en équipe. Sont abordés notamment les besoins, désirs de formation ainsi que les éventuelles volontés de mobilité professionnelle.

### **Développer une politique de QVT (Qualité de Vie au Travail)**

Compte tenu de la charge mentale et physique des professions d'accompagnement, du manque d'attractivité de certaines professions et du manque de candidats sur le marché de l'emploi, l'Association met en avant certains dispositifs et/ou process s'inscrivant dans une démarche de QVT :

- Mise à jour et maintien en vie du DUERP (Document Unique d'Évaluation des Risques Professionnels),
- Désignation de formateur(s) PRAP2S (Prévention des Risques liés à l'Activité Physique – Secteur Sanitaire et Médico-Social) et de formations internes PRAP2S,
- Démarches de prévention interne,
- Travail d'analyse des risques professionnels,
- Formations inter-établissements et inter-associations partenaires,
- Régime de complémentaire santé prévoyant des garanties élevées en remboursement de soins,
- Disponibilité des équipes d'encadrement dans la rencontre de professionnels,
- Démarche de meilleure conciliation vie professionnelle et vie personnelle,
- Application d'une charte de télétravail et de cette modalité de travail.



Pour travailler sur la **cohésion d'équipe**, les établissements de Nancy ont souhaité axer leurs orientations en 2023/2024, sur des activités de team-building et la réalisation de journées bien-être.

Chaque année, plusieurs activités entre professionnels ont lieu :

- **Les défis Koh-Lant'ALAGH** : jeu d'épreuves par équipes. Il est inspiré de l'émission Koh-Lanta dans laquelle chaque équipe doit gagner le maximum d'épreuves pour être désignée vainqueur (*mois de Juin*),
- **Les journées « Bien-être / Énergie »** permettent aux professionnels de découvrir des activités relaxantes et de bien-être, de se détendre et de « prendre soin de soi » (*mois de Novembre*),
- **Les parcours de circuit-training**, après avoir été plébiscités, ont lieu tout au long de l'année et permettent aux professionnels d'y trouver des bénéfices pour la santé physique et la gestion du stress.

Ces activités ne pourraient avoir lieu sans le dynamisme et l'engagement sans faille du groupe de professionnels organisateurs que l'Association remercie sincèrement.

Il existe également des challenges sportifs, entre salariés et personnes accompagnées, selon l'actualité sportive. Exemples : Challenge Basket, Compétition Vélo-TOUR de Motomed (*pendant le tour de France*), Tournoi de Ping-pong, Jeux Olympiques ...

Ces activités partagées permettent d'offrir un quotidien différent à tous et de renforcer les liens.

La recherche de la meilleure **qualité de vie au travail** est constante au sein des établissements et services. Pour participer à cela, l'ALAGH s'est engagée :

- À garantir l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée,
- À écouter et à dialoguer de manière constante avec les professionnels.

### **Le dialogue social, facteur de la cohésion des équipes et de la qualité de vie au travail**

- ⇒ *Le dialogue social informel* est celui du quotidien. Il repose sur une relation d'écoute, d'empathie et d'entraide entre l'encadrement et les salariés et permet autant que possible de trouver des solutions à des problèmes récurrents au détour d'une simple discussion spontanée. Ce dialogue informel a pour objet de régler les situations problématiques avant qu'elles ne deviennent conflictuelles et permet d'installer une relation de confiance au sein des équipes.
- ⇒ *Le dialogue social formalisé* est celui instauré par le cadre légal : le Comité Social et Économique (CSE) est l'instance de représentation du personnel au sein des établissements et services de l'ALAGH. Des réunions régulières entre la direction et les membres du CSE



permettent d'aborder toutes les problématiques rencontrées par les salariés dans leur quotidien, et de tenter d'y remédier en cherchant des solutions et des compromis.

L'Association reconnaît l'importance d'un dialogue social de qualité, moteur de la bonne marche des établissements et services de l'Association, au bénéfice de toutes les parties participantes.

### **Ligne directrice des pratiques managériales**

Dans un double objectif de meilleur accompagnement des personnes accueillies et de bon épanouissement des professionnels salariés, la ligne managériale revêt un caractère fondamental, ayant pour vocation de permettre notamment :

- L'attractivité et la fidélisation des personnels,
- L'engagement des salariés et la recherche permanente de qualité de service,
- Les relations de travail et un climat social favorable,
- La professionnalisation des effectifs,
- La promotion de l'égalité professionnelle.

SYNTHÈSE « PROJET RESSOURCES HUMAINES »
<i>Points forts</i>
⇒ Accessibilité des équipes d'encadrement et prise en compte des besoins de terrain
⇒ Accès planning salarié en ligne facilitant la gestion des plannings
⇒ Plan de formation issu des besoins recensés lors des entretiens professionnels
⇒ Activités de team-building permettant de renforcer la cohésion d'équipe
⇒ Recherche de la meilleure conciliation vie professionnelle – vie personnelle
⇒ Changement du logiciel de planning (De Octime à CEGI planning)
⇒ Dématérialisation et mise en place d'un coffre-fort numérique (Numéria)
<i>Axes d'amélioration</i>
⇒ Favoriser l'attractivité et la fidélisation des professionnels en créant une crèche adaptée aux horaires des professionnels soignants
⇒ Créer un kit d'accueil et d'intégration pour les nouveaux salariés
⇒ Permettre des immersions professionnelles
⇒ Organiser des formations inter-associatives et le partage d'expertises



### 3.2.9 Projet de Structuration des Infrastructures

#### **L'Infrastructure immobilière**

Le bâtiment principal de l'ALAGH, datant de 1980 est vieillissant. Ces dernières années, avec la construction du dispositif PasseR'aile, certains couloirs ont été rénovés (peinture et sols). Cependant, beaucoup reste à faire et des investissements conséquents sont à prévoir pour rendre le bâtiment plus moderne, moins énergivore et accueillant où il fait bon vivre.

Un Schéma Directeur Immobilier (*SDI*) est en cours de réalisation à l'ALAGH. Ce dispositif va déterminer un Plan Pluriannuel d'Investissement (*PPI*) à l'échelle de l'ALAGH qui a pour objet de prévoir les investissements à réaliser sur chaque établissement en définissant les échéances en fonction des priorités.

#### **La 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 usagers, l'accès aux bâtiments pendant et en dehors des heures d'ouverture est restreint (selon les consignes de l'ARS). Les salariés, résidents, professionnels, familles et bénévoles disposent de badges personnels.

Une alarme anti-intrusion et un système de vidéo-surveillance sont en place.

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 ».

La sécurité des bâtiments est assurée par une alimentation continue en électricité et en oxygène. Un groupe électrogène prend le relai en cas de coupure d'électricité.

La maintenance des installations est organisée et planifiée en interne ou en externe dans le respect des réglementations en vigueur.

Un plan de sécurisation de l'établissement (PSE) a été réalisé en 2023.

#### **L'accessibilité des locaux**

Les MAS et le FAMJ sont des Établissements Recevant du Public (ERP) de type U (établissement de soins) de 4<sup>ème</sup> 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 encore plus accessibles les locaux à tout type de handicap.

### **La signalétique**

Un travail sur la signalétique a été réalisé en 2014. L'évolution de l'organisation ces dernières années, nécessite de retravailler cette question. Ce sera l'objet d'un groupe de travail pour 2024.

### **L'Infrastructure informatique**

Un Schéma Directeur du Système d'Information (SDSI) est en cours de création à l'échelle de l'ALAGH. Il définira une stratégie commune de gestion de nos systèmes informatiques.

Une logique d'harmonisation des logiciels utilisés par les établissements est initiée depuis plusieurs années :

- L'utilisation généralisée du logiciel CEGI (paie, gestion des plannings, facturation résidents, etc.) permet aux gestionnaires des différents établissements de mutualiser leurs compétences et leurs expériences,
- Les logiciels de soin sont encore différents d'un établissement à l'autre mais une réflexion sur le choix d'un seul logiciel est en cours.

Pour la maintenance et la sécurisation de notre système informatique, nous faisons appel à un prestataire extérieur.

Un réseau Wifi est accessible à tous les résidents. Les établissements sont équipés de la fibre.

Les établissements de Nancy possèdent un système de visio-conférence et vont prochainement déployer l'équipement de tablettes notamment dans le cadre de l'utilisation du futur logiciel informatisé du résident.

<b>SYNTHÈSE « PROJET STRUCTURATION DES INFRASTRUCTURES »</b>
<b>Points forts</b>
⇒ Structuration des schémas immobilier et informatique organisée pour l'ALAGH
<b>Axes d'amélioration</b>
⇒ Réaliser le Schéma Directeur Immobilier, réaliser le Plan Prévisionnel d'Investissement et identifier des échéances
⇒ Prioriser les rénovations les plus urgentes du bâtiment et les planifier
⇒ Renouveler la signalétique permettant de s'orienter dans l'établissement
⇒ Réaliser le Schéma Directeur des Systèmes d'Information



### 3.3 Logique inclusive : ancrage des activités dans les territoires

#### 3.3.1. Un dispositif au cœur du réseau

L'un des objectifs clairement affichés de ce projet est de structurer et fluidifier la filière neurologique à partir de ce dispositif ; placé en aval immédiat des structures sanitaires, il a vocation à articuler l'action de l'ensemble des acteurs de manière à faire naître de réels parcours, là où il y a plutôt aujourd'hui embolisation et obstacles.

L'un des outils essentiels prévu par la commande de l'ARS est le Comité de Suivi qui se réunit tous les ans et qui associe principalement l'ARS et la MDPH. L'ALAGH informe ce Comité sur l'activité du dispositif et les flux entrants et sortants, de manière à faire apparaître, tel un observatoire de la filière, les réussites mais également les obstacles à la fluidité des parcours.

#### Le réseau Cérébrolor

En créant Cérébrolor en 2012, l'ALAGH et l'AFTC entendaient fédérer les différents acteurs impliqués dans le parcours des personnes cérébro-lésées. Aujourd'hui, les réflexions se sont surtout orientées vers l'étude des situations identifiées au niveau du département de Meurthe et Moselle, de manière à contribuer à l'analyse des besoins et à la recherche de solutions.

Ce faisant, ce réseau nouvellement créé a permis une mise en relation régulière des principaux acteurs médicaux intervenant sur la filière, que ce soit au CHU, à l'IRR ou dans les établissements sanitaires et médico-sociaux gérés par l'ALAGH et l'OHS (en particulier).

Des représentants du dispositif Passer'aille ont intégré Cérébrolor et participent au fonctionnement et aux réflexions de cette association.

#### 3.3.2 Les partenariats

Depuis sa création, le Dispositif Passer'aille est en recherche constante de nouveaux partenariats permettant une évolution et une amélioration continues de ses activités. Il souhaite proposer aux résidents des choix variés en fonction de leur accompagnement et de leur projet de vie.

Partenariat / Convention avec	Nature de la prestation	Soins	Animation	Autre
Didier GAUTHIER, relaxologue	Activités relaxantes		X	
Raphaëlle VINCENT, arthérapeute	Activités artistiques thérapeutiques		X	
GEM	Partage d'activités		X	
Médiation animale	Approche des animaux		X	
Atelier Théâtre	Exercices d'expression		X	



Équipe mobile de soins palliatifs (CHU)	Expertise et conseils en soins palliatifs	X		
HADAN	Hospitalisation à domicile (soins palliatifs)	X		
Service d'aide et de soins à domicile (Villers, OHS, GIHP...)	<i>Aides à domicile.</i>	X		
Centre de rééducation LSC	Conseils et expertises	X		
CEPIAS	Conseils	X		
MDPH	Démarche RAPT			X
IRTS de Lorraine	Formations		X	
IFSI	Formations	X		
IFAS	Formations	X		
Institut Médico-Éducatif OHS	Entretien espaces verts			X

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.

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

### 3.3.3 La mise en réseau avec les structures sanitaires d'amont : CHU et IRR en particulier

Comme il est prévu dans la commande publique, une collaboration étroite est engagée avec ces partenaires sanitaires de manière à organiser de manière concertée la sortie des patients vers le dispositif relais.

#### **Coopération avec le CHU :**

La coopération s'engage particulièrement avec les services hospitaliers les plus impliqués, que sont les services de neurologie, de neurochirurgie et le SRPR. Une convention existe déjà entre le CHU et l'ALAGH.

#### **Coopération avec l'IRR (Centre de Lay Saint Christophe) :**

Suite à l'ouverture du dispositif Passer'Aile et au vu du profil du public accueilli, la collaboration existante avec le SSR de Lay St Christophe s'est intensifiée (participation à la commission de candidature, échanges entre médecins...).

Une réactualisation de la convention de partenariat a été faite début 2024.



### 3.3.4 Le développement de solutions alternatives d'habitats et de services par l'ALAGH

#### **3.3.4.1. L'Unité de Logements et Services**

L'ULS est un ensemble de 15 appartements alternatifs à la vie institutionnelle. Ces logements se situent dans deux immeubles du centre de Nancy. Nous comptons 14 locataires en situation de handicap : 9 ont un handicap moteur grave et 5 sont des locataires cérébrolésés sortants du dispositif PasseR'aile.

L'ULS fonctionne avec une permanence située dans le 15<sup>ème</sup> appartement. Cette permanence a pour objectif d'intervenir auprès des locataires sur des actes non programmés de moins de 20 minutes. Chaque locataire mutualise 1h30 de PCH par jour pour le financement de cette permanence gérée par ailleurs, par un prestataire de service.

#### **3.3.4.2. Le projet « Garenne »**

Le projet nommé « Garenne » est un projet d'habitats inclusifs. En effet, l'Association a acquis une grande bâtisse dans le centre de Nancy et souhaite y réaliser 5 à 6 habitats inclusifs pour personnes en situation de handicap et 4 à 6 pour personnes âgées, en partenariat avec la Fondation St Charles. Ce projet est actuellement en phase de conception.

#### **3.3.4.3. Le projet « Toits de Haye »**

Le projet « Les toits de Haye » est un ensemble de bâtiments, habitats et services qui répondent aux besoins en habitat pour personnes en situation de handicap ainsi qu'à des besoins médico-sociaux de notre Association, situé à côté du site de Gentilly déjà existant<sup>6</sup>.

Cet ensemble immobilier sera situé dans un quartier dynamique et inclusif dont les habitats et services seront connectés entre eux.

Il s'agit d'un espace de 4673m<sup>2</sup>, avec une partie constructible (3000m<sup>2</sup>) et une partie jardin non constructible (1000m<sup>2</sup>).

Ce complexe répond à différents besoins relevés par les professionnels de l'ALAGH. Il est pour l'instant à l'état de projet. Le recensement des besoins comprenant des habitats inclusifs et alternatifs, une crèche ainsi que des services, a été validé par le Conseil d'Administration de l'ALAGH.

Ce projet est envoyé à la Métropole du Grand Nancy car il s'inscrit dans un projet de restructuration global du quartier.

---

<sup>6</sup> Comprenant une Maison d'Accueil Spécialisée, le dispositif PasseR'aile, et un Foyer de jour.



## CHAPITRE 4 – LES PRINCIPES D’ACTION ET D’INTERVENTION DE L’ALAGH

### 4.1 Principes d’intervention

#### *Le respect de l’expression des besoins*

L’expression des besoins, attentes et désirs s’articule avec la ou les pathologies, l’évolutivité du handicap et de la dépendance.

La bonne connaissance des besoins et des attentes favorisera la structuration du projet d’accompagnement personnalisé. En tout état de cause, l’expression de la personne sera favorisée.

Lorsque la personne a les facultés suffisantes pour s’exprimer, elle affirme son point de vue, ses opinions et son projet. Lorsque la communication devient difficile voire impossible, nous mettons en œuvre les conditions de compensation pour valoriser l’expression et la participation. Aussi, c’est la connaissance que les équipes ont de la personne qui permet de maintenir un accompagnement digne et adapté en situation de maladie très évoluée ou de soins palliatifs.

Nous essayons autant que faire se peut de faciliter l’expression des personnes et valorisons un travail sur la prise de décision par soi-même. Le but est d’accompagner les personnes en fonction de leur handicap, dans leur projet et de développer leur capacité décisionnelle. Une personne qui aurait des capacités « à faire » mais qui refuserait « de faire » est accompagnée dans sa décision. Nous respectons le libre choix de la personne et « suggérons » plutôt que d’imposer.

Les aides - techniques, stratégiques et humaines - viendront en appui afin de favoriser l’autonomie en ce qu’elles permettent de faire, de réaliser et de mener à bien son projet.

Les besoins exprimés par les résidents sont recueillis lors de l’élaboration des projets personnalisés et dans le quotidien (cf. attentes et besoins et projet d’accompagnement personnalisé).

La personne sera respectée dans ses habitudes de vie tout en considérant la compatibilité avec la vie en collectivité, le respect du cadre de vie et surtout la vulnérabilité des personnes en situation de handicap sévère.

L’établissement reste sur un principe fondamental de respect de la liberté d’aller et venir sans limitation des déplacements. Bien entendu, si l’évolution d’une pathologie entraînait des troubles pouvant nuire aux autres résidents, cela conduirait notre organisation à interroger ses limites de prise en charge. La préservation du collectif reste la priorité.

Nous serons le garant d’un bon cadre de vie<sup>7</sup>.

---

<sup>7</sup> Définition pour la MAS Irène Pierre d’un « bon cadre de vie » : sécurisant, bientraitance, avoir de bons soins (prise en charge médicale), bien être, respectueux des droits des personnes, respectueux de l’expression des personnes, conformité avec la législation et les normes propres au secteur.



### ***L'autonomie, au regard de la dépendance et des troubles cognitifs***

L'accompagnement que nous proposons repose essentiellement sur une volonté affirmée de maintenir et de développer l'autonomie.

L'autonomie s'associe ou s'oppose aux notions d'indépendance, d'autodétermination, de libre choix, de dépendance, de besoin de compensation.

En accord avec le philosophe Pierre ANCET, « *Nous pouvons nous accorder sur l'idée qu'accompagner c'est donner de l'autonomie à une personne. Nous pensons que la notion de dépendance s'appuie sur le plan du faire, de l'action concrète et que l'autonomie relève du plan de la décision, de l'appropriation de sa vie.* ».

Nous pouvons parler d'indépendance lorsque la personne a les capacités motrices à réaliser des activités, et d'autonomie pour la capacité décisionnelle.

Souvent assimilés, ces 2 termes "d'autonomie et d'indépendance" sont imbriqués mais différents et sont à la base de notre accompagnement. Il s'agit de chercher à améliorer et/ou maintenir les capacités sensori-motrices, fonctionnelles et cognitives des personnes accueillies dans chacune de leurs activités de la vie quotidienne, afin de favoriser leur indépendance et leur autonomie. Faute de pouvoir exécuter seul les actes de la vie quotidienne, nous proposons alors des moyens de compensation (humains ou techniques). L'objectif est de donner du confort, de la sécurité et la meilleure accessibilité possible.

### ***Favoriser l'autodétermination et l'inclusion***

La notion précédemment citée d'**autodétermination**<sup>8</sup> suppose que, dans les temps de réflexion portant sur le projet, nous puissions développer un cadre capable d'encourager les principes d'auto-décision à venir et que nous demandions au résident, à un rythme régulier, s'il souhaite être assisté par un tiers de confiance<sup>9</sup>, ou toute personne tel que tuteur ou curateur.

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, mais aussi la Convention relative aux droits des personnes handicapées traduisent ces aspirations.

Ces droits favorisent la participation active à la vie politique, économique, sociale et culturelle : ils posent le principe de la société inclusive.

---

<sup>8</sup> Définie par Wehmeyer et Sands (1996) comme la capacité à agir et à gouverner sa vie, à choisir et à prendre des décisions libres d'influences et d'interférences externes exagérées, l'autodétermination est au cœur de nombreux débats. L'autodétermination consiste à choisir librement, ce qui requiert la présence d'une alternative. Elle traduit également la volonté de transformer son envie en une décision. Ce processus nécessite d'avoir la capacité d'analyser et d'agir en fonction de son propre choix, d'être apte à prendre un risque, à anticiper et à assumer les conséquences de ses actes (Ninacs, 2003). Si je suis autodéterminé, je suis responsable ; l'un ne va pas sans l'autre. Or lorsqu'une personne avec une déficience intellectuelle sous curatelle demande à vivre seule dans un studio, qui assume les risques et porte la responsabilité de cette décision ?

<sup>9</sup> Tiers de confiance



Cet objectif d'inclusion est un défi pour toute personne en situation de handicap, pour les proches, les aidants et les professionnels de l'accompagnement et du soin. Cela nécessite de penser autrement l'accompagnement des personnes et de proposer des solutions multiformes construites autour d'un parcours. Le souhait d'une vie autonome possible et choisie doit être entendu et accompagné que l'on vive en établissement ou en logement.

**L'inclusion** est donc une notion très importante que nous voulons porter. Notre travail se fonde sur des principes inclusifs. D'ailleurs, notre projet associatif dans son axe 4 valorise : « *L'accès à l'autonomie adapté aux capacités et aspirations de chacun.* ».

À partir de cet axe, nous avons estimé utile d'accorder à cette logique inclusive une place particulière afin de donner sens à la fois à notre accompagnement dans les murs, mais aussi hors les murs.

Dans le premier cas, cette orientation vient bousculer des pratiques et des conceptions ; dans le second, elle nous oblige à ouvrir des domaines nouveaux d'accompagnement résidentiel et pose la question de la mise à jour de l'offre de services.

L'ALAGH veut s'appuyer sur cinq axes constitutifs d'une inclusion quel que soit le niveau de handicap :

1. Favoriser ou encourager les droits des personnes ;
2. Construire avec les usagers en s'appuyant sur leurs expériences pour être plus solides ;
3. S'engager pour l'autonomie et l'autodétermination des personnes - « *Vivre sans exister est la pire des exclusions* » - Charles GARDOU ;
4. Être acteurs d'une société inclusive et solidaire ;
5. Renforcer la dynamique consultative et participative des usagers.

Ces déterminants constituent le socle du pouvoir d'agir et de décider.

### ***L'ouverture vers l'extérieur et la désinstitutionalisation***

En ce sens, et afin de valoriser l'engagement, la co-construction devient un objectif au service des cinq axes fondamentaux de l'inclusion.

Nous engageons les personnes dans une démarche de co-construction afin d'être au plus près des droits fondamentaux revendiqués ou estimés. Nous avons conscience que cette orientation engage une prise de risque pour les personnes accueillies et engage l'institution à anticiper et assumer les conséquences de ces enjeux.

Nous nous engageons à déployer une offre médico-sociale flexible, souple, adaptable et diversifiée capable de s'ajuster selon les progressions individuelles<sup>10</sup>.

Nous devons installer une culture de l'innovation constante afin de nous adapter aux besoins et attentes des personnes accompagnées. Nous voulons élargir notre champ d'intervention à de

---

<sup>10</sup> Référence rapports Piveteau « 0 sans solutions »



nouveaux modèles d'hébergement hors médico-social, grâce à l'habitat diversifié inclusif qui peut reposer sur la pair-aidance<sup>11</sup> lorsqu'il s'agit d'habitat partagé.

Dans cette dynamique, les établissements ALAGH du site de Nancy abordent un travail de réflexion sur les conditions et les modalités d'accès à une société plus inclusive en diversifiant leurs réponses d'accompagnement. Cela s'inscrit dans un contexte de politique d'inclusion où il s'agit de prendre en compte les conditions d'accès à la citoyenneté, les dispositifs de droit commun, les équipements sociaux, culturels et sportifs externalisés et les habitats.

Cette initiative s'inscrit dans une démarche innovante qui défend la possibilité d'une vie hors les murs de l'établissement. Elle donne l'opportunité d'enclencher un processus de changement, de susciter l'initiative et de permettre un apprentissage ou un réapprentissage à la vie autonome. Chaque projet est singulier et fera l'objet d'une évaluation.

## 4.2 Culture de la bientraitance et lutte contre la maltraitance

L'objectif premier de notre accompagnement est de promouvoir la bientraitance et favoriser le bien-être des personnes accompagnées en gardant à l'esprit les risques de maltraitance.

En établissement médico-social, la maltraitance apparaît souvent comme le symptôme de lacunes institutionnelles graves.

Notre institution se doit de poursuivre une démarche collective de bientraitance pour ne pas voir se développer en son sein des maltraitements. La maltraitance peut être qualifiée de la manière suivante : « il existe une violence faite à l'utilisateur dès lors qu'une institution ne remplit pas ou plus sa mission à son égard, dès que la qualité de son accueil n'est plus garantie, dès que les intérêts de l'institution priment sur ceux de l'utilisateur ».

On retient **deux grandes formes de maltraitance** : la **maltraitance active**, c'est-à-dire intentionnelle comme les injures, bousculades et agressions, et la **maltraitance passive dite « en creux »** qui peut s'installer insidieusement au travers des mots (tutoiement systématisé, surnoms, familiarité...) et des attitudes (rejet, dégoût, agressivité, indifférence, négligence...).

La bientraitance est ainsi l'affaire de tous les professionnels dans un souci d'éthique, de bien-être et de respect de la dignité, des droits et des libertés de la personne accueillie. Ces sujets font l'objet d'un questionnement permanent.

Une procédure de signalement d'actes de maltraitance et d'événements indésirables est mise en place dans l'établissement (AGEVAL). Il s'agit surtout d'instaurer un dialogue entre tous les acteurs

---

<sup>11</sup> La pair-aidance est un principe qui repose sur l'entraide entre personnes souffrant ou ayant souffert d'une même maladie, somatique ou psychique. Les groupes supports entre personnes ayant vécu des expériences similaires existent depuis longtemps. De nombreuses expériences de pair-aidance et de pair-émulation ont été menées en Amérique du Nord (notamment via le mouvement social pour la Vie Autonome, des Alcooliques anonymes), et se développent à présent en France.

Le partage du vécu de la maladie et du parcours de rétablissement constitue les principes fondamentaux de la pair-aidance qui peut prendre plusieurs formes :

- Participation à des groupes de parole au sein d'association d'utilisateurs,
- Rencontre dans des Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM),
- Intégration de pairs aidants bénévoles ou professionnels dans les établissements de santé.



pour éviter les non-dits et améliorer la qualité de l'accompagnement qui met en tension les intérêts de l'individu et du collectif.

Les Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles sur la Bienveillance (ANESM-HAS, 2008) rappellent les quatre points essentiels qui doivent servir de cadre à nos pratiques :

- L'usager co-auteur de son parcours,
- La qualité du lien entre professionnels et usagers,
- L'enrichissement des structures et des accompagnements par toutes les contributions internes et externes pertinentes,
- Le soutien aux professionnels dans la démarche de bienveillance.

Ces repères constituent les grands principes de notre action. Pour promouvoir ces actions, il apparaît fondamental de favoriser l'expression des usagers, de former régulièrement les professionnels et de s'appuyer sur le Conseil de la Vie Sociale également.

Un premier plan de prévention de la violence et lutte contre la maltraitance a été élaboré.

<b>SYNTHÈSE « BIENVEILLANCE »</b>
<i>Points forts</i>
⇒ Formations personnelles et collectives
⇒ Réunions d'équipe hebdomadaires – Temps d'expression et de réflexion
⇒ Projets d'Accompagnement Personnalisés
⇒ Présence de la coordinatrice sur le service
⇒ Élaboration d'un plan de prévention de la violence et des maltraitances
<i>Axes d'amélioration</i>
⇒ Formaliser une Charte de bienveillance
⇒ Former régulièrement les salariés à la bienveillance
⇒ Ajuster le plan de prévention de la violence et des maltraitances

### **4.3 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.

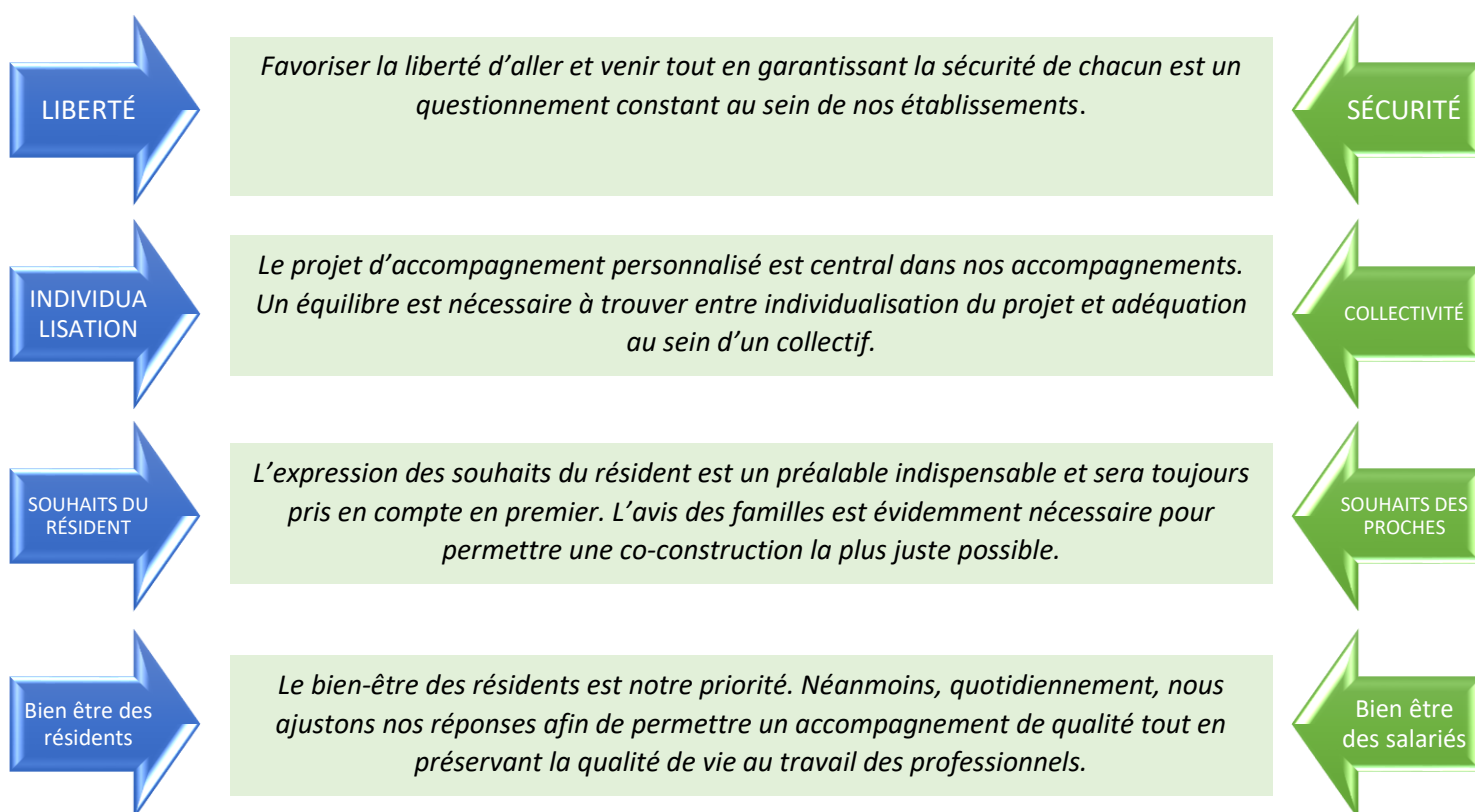
Le partage des informations doit s'effectuer dans des temps de travail formel.

Au-delà du cadre légal et réglementaire, le partage d'informations doit respecter le droit à la confidentialité et à la dignité de la personne. La situation de grande dépendance accentue le sentiment des personnes à voir leur existence dévoilée, or, chacun a 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 <sup>12/13</sup>.

#### 4.4 Gestion des paradoxes

Sous tendu par les valeurs portées par l'établissement et l'ALAGH, l'accompagnement des résidents s'effectue sur la base de priorités partagées :



<sup>12</sup> Voir site intranet diaporama « le secret professionnel »

<sup>13</sup> Recommandation ANESM « Qualité de vie en MAS-FAM volet 2 : vie quotidienne, sociale, culturelle et loisirs » décembre 2013



## **4.5 Modalités de régulation et espaces de réflexion éthique**

Pour faire face à ces différents paradoxes, l'établissement a mis en place des stratégies permettant le questionnement éthique.

Des espaces de réflexion existent pour aborder les questions éthiques :

- Les transmissions quotidiennes,
- Les réunions d'équipe pluridisciplinaire hebdomadaires,
- Les réunions du projet d'accompagnement personnalisé,
- Les rencontres exceptionnelles avec le soutien de l'équipe mobile de soins palliatifs et autres équipes spécialisées.

## **4.6 Amélioration Continue de la Qualité**

La Politique Qualité se décline dans les orientations stratégiques définies dans le projet d'établissement en adéquation avec les exigences légales et les recommandations de bonnes pratiques émises par la Haute Autorité de Santé et au travers des objectifs fixés dans le CPOM (*Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens*) signé avec les autorités de tarifications (*ARS et Conseil Départemental*).

La démarche d'amélioration continue de la qualité est pilotée par les responsables d'établissement en collaboration avec un gestionnaire qualité. Des COPIL (COmité de PIlotage) existent et permettent de suivre l'évolution des objectifs du projet d'établissement.

La démarche qualité est une dynamique globale issue d'un engagement fort de la Direction dans une démarche transversale et participative visant l'amélioration continue des services dus et rendus aux résidents.

L'ALAGH, ses établissements et services, disposent depuis peu d'un outil de pilotage de la Qualité (*AGEVAL*) qui permet de suivre les plans d'actions, de réaliser des auto-évaluations et des audits, de mener des enquêtes, de suivre des indicateurs, de réaliser des évaluations de risques, de réaliser la déclaration des événements indésirables et d'accéder à la documentation qualité en vigueur.

Les ESMS de l'ALAGH ont tous réalisé leur 1<sup>ère</sup> évaluation externe en 2015.



## **4.7 Responsabilité Sociétale de l'Entreprise**

L'ALAGH déploie sa Responsabilité Sociétale d'Entreprise (*RSE*) au travers d'engagements forts pour réduire son impact environnemental et pour améliorer la qualité de vie et des conditions de travail au sein des établissements. Ils sont inscrits dans les Projets Stratégiques, CPOM et Projets d'Établissement.

En matière d'engagements environnementaux, l'ALAGH a d'ores et déjà mis en place certaines actions : mise en application du décret tertiaire, mise en place du tri des biodéchets, réduction du gaspillage alimentaire, déploiement d'un Contrat de Performance Énergétique, développement de pratiques durables pour l'hygiène des locaux, ...

Concernant les engagements en matière de Qualité de Vie et des Conditions de Travail (*QVCT*), l'ALAGH s'est engagée dans des actions d'amélioration de la QVT (Activités de cohésion d'équipe, teambuilding...) et dans des actions de prévention des risques (formations PRAP2S...).

## CHAPITRE 5 – LES PROFESSIONNELS ET LES COMPÉTENCES UTILISÉES

### 5.1 Les fonctions et délégations

FILIÈRE SOINS			
Fonction (compétence)	ETP	Fonction (compétence)	ETP
Aide-soignant	4	AS de nuit	1
Aide médico- psychologique	8	Neuropsychologue	0,5
Ergothérapeute	1,5	Médecin	0,5

FILIÈRE VIE SOCIALE			
Fonction (compétence)	ETP	Fonction (compétence)	ETP
Coordinatrice de parcours	0,5	Moniteur-Éducateur	1
CESF	1,1	Assistante sociale	0,5

FILIÈRE ADMINISTRATIVE			
Fonction (compétence)	ETP	Fonction (compétence)	ETP
Agent administratif	1		

Les services infirmier, de rééducation, de nuit sont mutualisés sur l'ensemble des établissements du site de Gentilly.

Se rajoutent aux salariés, des stagiaires et apprentis qui viennent chaque année se former dans notre établissement.

### 5.2 La dynamique du travail d'équipe et l'organisation de l'interdisciplinarité

Le travail en interdisciplinarité est essentiel afin de proposer l'accompagnement le plus adapté possible. Les réunions sont des temps nécessaires de coordination et d'analyse des prestations délivrées par les différents services.

<b>TEMPS D'ÉCHANGE EXISTANTS DANS L'ÉTABLISSEMENT</b>		
<b>Nature</b>	<b>Objectifs</b>	<b>Participants</b>
<b>Réunions de transmissions</b> <i>(Quotidiennes)</i>	<i>Échange d'informations afin d'adapter l'accompagnement au quotidien</i>	<i>Coordinatrice, Aide-soignant, Aide médico-psychologique, CESF, neuropsychologue...</i>
<b>Réunions de service</b> <i>(Hebdomadaires)</i>	<i>Organisation et fonctionnement du service</i>	<i>Coordinatrice, Aide-soignant, Aide médico-psychologique, Psychologue, Ergothérapeute, Médecin, Assistante sociale, CSE...</i>
<b>Réunions de projet d'accompagnement personnalisé</b>	<i>Valider / réévaluer les Projets d'Accompagnement des Résidents</i>	<i>Réfèrent AS / AMP, Coordinatrice, Cheffe de service éducatif</i>
<b>Assemblée mensuelle des résidents</b>	<i>Temps d'échange mensuel entre la direction et les usagers</i>	<i>Equipe du dispositif, direction, usagers.</i>
<b>Réunion « Bilan à 6 mois » ou projet de sortie</b>	<i>Réévaluer le projet à 6 mois</i>	<i>Coordinatrice, Aide-soignant, Aide médico-psychologique...</i>
<b>Réunion « Équipe mobile »</b>	<i>Suivi des situations de l'équipe mobile</i>	<i>Coordinateur de parcours, coordinateur d'équipe, ergo, AS...</i>
<b>Réunions d'encadrement du site de Gentilly</b> <i>(Hebdomadaires)</i>	<i>Coordination des différentes fonctions pour organiser la vie de l'établissement</i>	<i>Équipe d'encadrement</i>
<b>COFIL</b> <i>(tous les 6 mois)</i>	<i>Suivi des plans d'actions de l'établissement, pilotage des grands axes de la démarche qualité (Projet d'établissement, évaluation interne, ...)</i>	<i>Membres du COFIL</i>



## **CHAPITRE 6 – LES OBJECTIFS D'ÉVOLUTION ET DE DÉVELOPPEMENT**

### **6.1 Modalités d'écriture du Projet d'Établissement**

Ce Projet d'Établissement synthétise les réflexions pluridisciplinaires menées par les équipes de l'établissement, les représentants des résidents et des familles et les partenaires.

Ce travail a été piloté par l'équipe Projet de l'établissement et a été construit autour de plusieurs axes :

- ⇒ Le plan d'actions de la précédente évaluation externe,
- ⇒ Les orientations du CPOM 2020-2024 des établissements de l'ALAGH,
- ⇒ Les remontées d'informations des enquêtes de satisfaction réalisées,
- ⇒ Les différents plans d'actions issus des audits menés (*risques, QVT, ...*).

La démarche de réécriture du Projet d'Établissement est pilotée par le responsable de site et le gestionnaire qualité.

Au démarrage de la démarche, les équipes d'encadrement de l'ALAGH ont bénéficié d'une formation ciblée sur le projet d'établissement.

Dans le cadre du rapprochement ALAGH/Fondation Saint Charles, nos établissements utilisent la même trame que les établissements de la Fondation Saint Charles.

## ANNEXE N°1 : LES FICHES OBJECTIFS

En lien avec la fiche projet : **PROJET PERSONNALISÉ, PROJET DE SOINS, PROJET ANIMATION ET VIE SOCIALE, BIENTRAITANCE ET ÉTHIQUE**

### FICHE OBJECTIF : Améliorer l'accompagnement des personnes accueillies dans toutes les dimensions de leur projet

Projet d'établissement de l'ESMS : Dispositif Passer'aille

Date de réunion : 18 mars 2024

#### Personnes présentes – Groupe Projet

Nom – Prénom	Fonction	Nom – Prénom	Fonction
SAGNA Jennifer	Cheffe de service éducatif	MORELE Elodie	Neuropsychologue
BOUQUIN Sabrina	Coordinatrice d'équipe	Dr THIERRY Virginie	Médecin
KALKAVAN Amalle	Monitrice-éducatrice	MESSIN Catherine	Cadre de santé
DA SILVA Aurélie	Coordinatrice des soins		

#### CONSTATS

Mise en œuvre des PAP au cœur de l'accompagnement et du projet Passer'aille.  
 Nécessité de travailler sur les projets de réinsertion professionnelle.  
 Accueil d'un nombre important de situations sociales complexes.  
 Nécessité de développer les connaissances médicales des professionnels pour améliorer l'accompagnement.  
 Le circuit du médicament est structuré et sécurisé cependant, besoin de changer de logiciel de soins.  
 Ateliers d'apprentissage et activités nombreuses et diversifiées.

#### POINTS FORTS

- Démarche de projets personnalisés présente
- Élaboration d'un PAP pour chaque personne accueillie
- Efficacité du binôme de référents (AS/AMP et autre professionnel)
- Suivi de projet tous les mois et bilan de projet tous les 6 mois
- Connaissance des besoins
- Plan de formation collective
- Interventions d'équipes spécialisées (EMSP...)
- Prise en compte de la douleur
- Mutualisation des IDE sur l'ensemble du site
- Grande diversité d'ateliers et d'activités proposées
- Présence d'intervenants extérieurs

#### POINTS À AMÉLIORER

- Envisager un changement de logiciel de soins qui n'est plus adapté à l'évolution des besoins
- Implication des AS/AMP dans la préparation et l'appropriation de chaque projet
- Formation des professionnels aux nouveaux besoins identifiés (insertion professionnelle...)
- Utilisation d'outils permettant d'évaluer la douleur
- Sécurisation du circuit du médicament
- Développer de nouveaux partenariats
- Adapter les activités et ateliers d'apprentissage à la dynamique d'accueil des usagers
- Réflexion collective sur les situations sociales complexes avec rupture de parcours

<b>ACTIONS À PRÉVOIR</b>			
<i>INTITULÉ DE L'ACTION</i>	<i>PILOTE</i>	<i>ÉCHEANCE</i>	<i>INDICATEURS</i>
<b>Améliorer le suivi des projets d'accompagnement personnalisés et développer l'implication des AS/AMP dans les PAP et dans les RV EMOI</b>	Cheffe de service éducatif	31/12/2024	Qualité et temps consacré aux PAP Planning temps de travail individuel
<b>Améliorer l'accompagnement médical des résidents en formant les professionnels à des thématiques spécifiques afin de développer leurs connaissances (Soins bucco-dentaires, troubles de la déglutition, dysphagie, paralysie cérébrale, prise en charge de la douleur...)</b>	Médecin Cadre de santé	Annuelle	Nombre de formations Nombre de professionnels formés
<b>Évaluer la douleur à l'aide d'outils validés</b>	Médecin	31/06/2025	Échelle utilisée Procédure diffusée Fiche d'émargement formation
<b>Déployer le nouveau logiciel de soins, à compter du dernier trimestre 2024</b>	Responsable de site	31/12/2024	Logiciel en place Taux de remplissage du logiciel de soins
<b>Continuer à proposer des animations et ateliers d'apprentissage diversifiés et à développer les partenariats en lien avec les besoins identifiés</b>	Équipe Passer'aile	Annuelle	Nouveaux ateliers Taux de participation Nouveaux partenariats Nombre de conventions signées
<b>Travailler les projets de réinsertion professionnelle et développer les connaissances des professionnels sur ce domaine</b>	Cheffe de service éducatif	2024 / 2025	Nombre de projets réalisés Nombre de conventions signées
<b>Créer une instance de réflexion autour des situations sociales complexes</b>	Responsable de site	31/12/2024	Nombre de commissions Nombre de situations traitées
<b>Maintenir les sensibilisations et formations sur la bientraitance et l'éthique à destination des professionnels</b>	Cheffe de service éducatif Neuropsychologue	Annuelle	Nombre de formations flash
<b>Créer un comité d'éthique inter-établissements</b>	Directeur général	31/12/2024	Nombre de commissions et nombre de situations évoquées



En lien avec la fiche projet : **PROJET HÉBERGEMENT**

## FICHE OBJECTIF : Optimiser les conditions d'accueil et d'hébergement des résidents

Projet d'établissement de l'ESMS : Dispositif Passer'Aile

Date de réunion : 26/01/2024, 14/03/2024

Temps de réunion : 3h

### Personnes présentes – Groupe Projet

Nom – Prénom	Fonction	Nom – Prénom	Fonction
Lysiane FROMENT	Gouvernante	Florence MANCIOT	Lingère
Leila HOUARI	Lingère	Julien	Chef de cuisine
Aline LAURENT-BROCHET	Responsable de site		

## CONSTATS

Lingerie : Lingerie complètement réaménagée depuis 2019. Peu de protocoles formalisés.

Cuisine : Qualité des repas très bonne

Organisation et fonctionnement de la cuisine à stabiliser.

Espace de restauration vieillissant.

Maintenance : Aucun suivi des demandes d'interventions techniques.

Hôtellerie : Espace plonge et cuisine complètement réaménagés en 2019, cependant subsistent des problématiques de manutention.

### POINTS FORTS

- Lingerie sur place pour le linge personnel
- Implication du service restauration dans les temps festifs des établissements
- Implication des professionnels de la maintenance pour rendre l'environnement agréable et le maintenir en bon état
- Agrandissement de l'espace plonge et réaménagement en 2019

### POINTS À AMÉLIORER

- Tri et circuit du linge (Linge personnel vs. Draps)
- Stabiliser l'équipe cuisine
- Gestion des demandes d'interventions techniques
- Réaménagement de certains espaces hôteliers

<b>ACTIONS À PRÉVOIR</b>			
<i>INTITULÉ DE L'ACTION</i>	<i>PILOTE</i>	<i>ÉCHEANCE DE MISE EN OEUVRE</i>	<i>INDICATEURS</i>
<b>Sécuriser le circuit du linge en continuant à finaliser les protocoles et en améliorant les réponses apportées en cas de perte ou de détérioration du linge</b>	Gouvernante	2024 / 2025	Procédure diffusée
<b>Améliorer le service restauration en renforçant l'équipe cuisine, en stabilisant son organisation et en formant les cuisiniers à la présentation des textures modifiées</b>	Chef de cuisine Gouvernante	2025	Taux de formation Nombre d'El cuisine Procédure diffusée
<b>Inscrire l'établissement dans une réflexion autour du gaspillage alimentaire et protocoliser la gestion des bio-déchets.</b>	Gouvernante	2025	Procédure diffusée
<b>Organiser le suivi des demandes d'interventions techniques</b>	Agents de maintenance	2025	Taux de demande Taux de clôture
<b>Réfléchir au réagencement de certains espaces hôteliers (espaces plonge et bureau)</b>	Gouvernante	31/12/2025	Travaux réalisés



En lien avec la fiche projet : **PROJET QUALITÉ / HYGIÈNE / SÉCURITÉ**

**FICHE OBJECTIF : Ancrer la démarche qualité et une dynamique de prévention des risques auprès des collaborateurs**

Projet d'établissement de l'ESMS : Dispositif Passer'aille

*Personnes présentes – Groupe Projet*

<i>Nom – Prénom</i>	<i>Fonction</i>	<i>Nom – Prénom</i>	<i>Fonction</i>
GIRARD Yaël	Gestionnaire qualité		
LAURENT- BROCHET Aline	Responsable de site		

**CONSTATS**

Gestion documentaire

- Actualisation de l'ensemble de la documentation (Procédures/mode opératoires/formulaires, outils loi 2002-2...) en collaboration avec les salariés.
- Harmonisation de procédures transversales (services supports) avec l'ensemble des établissements de l'ALAGH.

Démarche qualité

- Sensibilisation sur les pratiques professionnelles auprès des collaborateurs, en lien avec des thématiques « qualité ».
- Réalisation d'audits internes avec les équipes.
- Démarche qualité portée par plusieurs acteurs au sein de l'établissement (Cadres, AS, IDE, secrétaire...).
- Centralisation d'un plan d'amélioration continue (multiplicité des sources).
- Amélioration de la gestion des événements indésirables par le biais d'une formation par le SRA, mise en place d'un comité EI, déploiement sur AGEVAL.

**POINTS FORTS**

- Acquisition d'un logiciel qualité (AGEVAL)
- Participation des salariés à la réalisation des documents qualité
- Démarche qualité portée par plusieurs acteurs au sein de l'établissement (Cadres, AS, IDE, secrétaire...)
- Centralisation d'un plan d'amélioration continue de la qualité
- Actualisation des outils réglementaires
- DUERP réalisé et mise en place d'un plan d'actions
- Déploiement de la plateforme AGEVAL

**POINTS À AMÉLIORER**

- Diffusion des documents auprès des collaborateurs
- Connaissance et déploiement de la gestion documentaire par les collaborateurs
- Communication interne et externe sur la démarche qualité
- Poursuivre la dynamique des événements indésirables

<b>ACTIONS À PRÉVOIR</b>			
<i>INTITULÉ DE L'ACTION</i>	<i>PILOTE</i>	<i>ÉCHEANCE</i>	<i>INDICATEURS</i>
<b>Communiquer la politique qualité régulièrement auprès des collaborateurs</b>	Responsable de site	Annuelle	Comptes-rendus
<b>Tenir trimestriellement un COFIL qualité établissement</b>	Responsable de site Gestionnaire qualité	Annuelle	Comptes-rendus Fiche d'émergence
<b>Former les collaborateurs à l'utilisation d'AGEVAL</b>	Responsable de site Gestionnaire qualité	2024	Fiche d'émergence
<b>Réaliser un audit de prévention, reprendre les formations des acteurs PRAPS, une fois l'habilitation PRAPS renouvelée</b>	Service RH	2024 /2025	Bilan de l'audit Nombre de formations Nombre d'acteurs PRAPS



En lien avec la fiche projet : **RESSOURCES HUMAINES**

**FICHE OBJECTIF : Promouvoir, soutenir, créer, individualiser les projets et parcours professionnels**

Projet d'établissement de l'ESMS : Dispositif Passer'aile

Date de réunion : 13/03/2024

Temps de réunion : 2 h

*Personnes présentes – Groupe Projet*

<i>Nom – Prénom</i>	<i>Fonction</i>	<i>Nom – Prénom</i>	<i>Fonction</i>
VELOSO Sergio	Responsable des Ressources humaines	LAURENT-BROCHET Aline	Responsable de Nancy
PIERRET Aurore	Responsable de Mont-Saint-Martin	GIRARD Yaël	Gestionnaire qualité
HILY Anaïs	Responsable de Villers		

**POINTS FORTS**

- Gestion des remplacements en interne
- Proximité des cadres auprès des collaborateurs
- Identification des problématiques de terrain
- Dynamique de travail sur la QVCT
- Formation des cadres sur le management
- Développement de l'expertise des équipes sur la cérébrolésion.

**POINTS À AMÉLIORER**

- Améliorer l'accueil et l'intégration de nouveaux collaborateurs
- Poursuivre le travail sur l'attractivité et la fidélisation
- Favoriser le partage d'expérience entre cadres
- Développer l'intelligence collective
- Former et accompagner les professionnels à la gestion des troubles cognitifs et comportementaux.

## ACTIONS A PRÉVOIR

<i>INTITULÉ DE L'ACTION</i>	<i>PILOTE</i>	<i>ÉCHEANCE DE MISE EN OEUVRE</i>	<i>INDICATEURS</i>
<b>Favoriser l'attractivité et la fidélisation des professionnels en créant une crèche adaptée aux horaires des professionnels soignants (Projet Toits de Haye)</b>	Responsable de site Chargé de mission et de développement	2027 / 2028	Création de la crèche
<b>Créer un kit d'accueil et d'intégration pour les nouveaux salariés</b>	Service RH	2024	Création du kit
<b>Former les équipes d'encadrement à des thématiques spécifiques</b>	Service RH	Annuelle	Plan de formation
<b>Permettre des immersions professionnelles</b>	Service RH	2025 / 2026 / 2027 / 2028	Nombre d'immersions
<b>Former, sensibiliser les professionnels aux problématiques en lien avec la cérébrolésion</b>	Service RH	Annuelle	Nombre de formations réalisées Nombre de participants
<b>Maintenir les groupes d'analyse de pratiques pour les professionnels du quotidien et groupes d'analyse des comportements-problèmes</b>	Service RH Neuropsychologue	Annuelle	Nombre de groupes réalisés
<b>Organiser des formations inter-associatives et le partage d'expertises</b>	Service RH	Annuelle	Plan de formation



En lien avec la fiche projet : **PROJET STRUCTURATION DES INFRASTRUCTURES**

**FICHE OBJECTIF : Rénové, adapter le bâti et structurer les systèmes d'information aux nouveaux besoins identifiés**

Projet d'établissement de l'ESMS : Dispositif PasseR'aile

*Personnes présentes – Groupe Projet*

<i>Nom – Prénom</i>	<i>Fonction</i>	<i>Nom – Prénom</i>	<i>Fonction</i>
LAHSAINI Abdel	Cadre du patrimoine FSC	LAURENT-BROCHET Aline	Responsable de site
CHARROIS Bruno	Agent de maintenance		

**CONSTATS**

Bâtiment vieillissant depuis 40 ans. Peu d'investissements faits ces dernières années sur le bâti.  
 Pas de plan prévisionnel d'investissement. Pas de vision à court, moyen et long termes.  
 Pas de réalisation d'audit des systèmes d'information.  
 Pas de référent informatique pour les dépannages simples professionnels et résidents.

**POINTS FORTS**

- Engagement dans un Schéma Directeur Immobilier

**POINTS À AMÉLIORER**

- Bâtiment ancien avec des rénovations importantes
- Pas de plan prévisionnel d'investissement
- Aucun audit des systèmes d'information
- Pas de référent informatique pour les problématiques simples

**ACTIONS À PRÉVOIR**

<i>INTITULÉ DE L'ACTION</i>	<i>PILOTE</i>	<i>ÉCHEANCE</i>	<i>INDICATEURS</i>
<b>Réaliser le Schéma Directeur Immobilier</b>	Responsable de site Cadre du patrimoine	31/12/2024	Schéma identifié
<b>Créer un Plan Prévisionnel d'Investissement (PPI)</b>	Responsable de site Cadre du patrimoine Responsable financière	31/12/2025	PPI rédigé
<b>Prioriser les rénovations les plus urgentes du bâtiment et les planifier</b>	Responsable de site Cadre du patrimoine	31/12/2024	Priorisation effectuée
<b>Réaliser le Schéma Directeur Informatique et identifier un référent informatique pour les dépannages simples</b>	Responsable de site	31/12/2024	Schéma identifié Référént nommé

En lien avec la fiche projet : **ÉVOLUTION DES BESOINS**

**FICHE OBJECTIF : Adapter, développer une palette d’accompagnements et de services renforcés en faveur des personnes accompagnés et de leurs proches**

Projet d’établissement de l’ESMS : Dispositif Passer’aile

*Personnes présentes – Groupe Projet*

<i>Nom – Prénom</i>	<i>Fonction</i>	<i>Nom – Prénom</i>	<i>Fonction</i>
LAURENT-BROCHET Aline	Responsable du site	SAGNA Jennifer	Cheffe de service éducatif
MORELE Elodie	Neuropsychologue	KALKAVAN Amalle	Moniteur-éducateur
CUCHET Bernadette	Ergothérapeute	KRANZ Jérémie	Chargé de mission et de développement

**CONSTATS**

Les places d’accueil de jour du dispositif nécessitent d’être déployées et l’expertise étendue sur l’ensemble du territoire. Les résidents sortant du dispositif sollicitent encore régulièrement les professionnels au-delà de la sortie et de l’accompagnement de l’équipe mobile.

**POINTS FORTS**

- 3 places d’accueil de jour
- Accompagnement de l’équipe mobile

**POINTS À AMÉLIORER**

- Structuration de l’offre de service et redéploiement
- Accompagnement équipe mobile maximum 6 mois
- Besoins d’accompagnement identifiés plus longs et spécifiques, en lien avec la cérébrolésion.

**Sous-objectif : Améliorer l’implication et l’accompagnement des usagers et de leur famille dans leur projet**

**ACTIONS À PRÉVOIR**

<i>INTITULÉ DE L’ACTION</i>	<i>PILOTE</i>	<i>ÉCHEANCE</i>	<i>INDICATEURS</i>
<b>Valoriser davantage les savoirs, les compétences et les potentiels des résidents</b>	Neuropsychologue	Annuelle	Nombre de projets en lien avec l’action
<b>Proposer des actions de sensibilisation, de formation et des lieux d’expression aux aidants familiaux</b>	Neuropsychologue	Annuelle	Nombre de formations réalisées Nombres d’aidants concernés

**Sous-objectif : Créer des services renforcés dans l'accompagnement des personnes cérébrolésées sur tout le territoire**

**ACTIONS À PRÉVOIR**

<i>INTITULÉ DE L'ACTION</i>	<i>PILOTE</i>	<i>ÉCHEANCE</i>	<i>INDICATEURS</i>
<b>Créer un SAMSAH spécifique pour personnes cérébrolésées</b>	Responsable de site Chargé de mission et développement	Fin juin 2024	Réalisation du projet
<b>Créer un SAVS spécifique pour personnes cérébrolésées</b>	Responsable de site Chargé de mission et développement	2025	Réalisation du projet

**Sous-objectif : Proposer et accompagner la création de solutions alternatives et de services sur l'ensemble du territoire**

**ACTIONS À PRÉVOIR**

<i>INTITULÉ DE L'ACTION</i>	<i>PILOTE</i>	<i>ÉCHEANCE</i>	<i>INDICATEURS</i>
<b>Repenser le projet de l'Unité de Logements et Services (ULS) avec notre nouveau partenaire ADAVIE</b>	Responsable de site Chargé de mission et développement	Fin juin 2024	Réalisation du projet
<b>Structurer les places d'accueil de jour du dispositif et réfléchir à l'extension de l'expertise sur l'ensemble du département et notamment sur Mont St Martin</b>	Responsable de site Nancy et MSM	2024 / 2025	Comptes-rendus des réflexions Réalisation du projet
<b>Penser le projet « Garenne » en identifiant les besoins et en construisant le projet en partenariat avec la Fondation St Charles</b>	Responsable de site Chargé de mission et développement	2024 à 2027	Réalisation du projet
<b>Réfléchir au projet « Toits de Haye » en identifiant les besoins en matière d'habitats inclusifs et de services et en coconstruisant le projet avec la Fondation St Charles</b>	Responsable de site Chargé de mission et développement	2024 et +	Réalisation du projet
<b>Déployer la réforme SERAFIN sur l'ensemble des établissements</b>	Responsable de site	En fonction de l'agenda	Réforme déployée



## ANNEXE N°2 : LE PLAN D'ACTION DU PROJET D'ÉTABLISSEMENT

<b>AMÉLIORER L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES ACCUEILLIES DANS TOUTES LES DIMENSIONS DE LEUR PROJET</b>							
<i>Sous thématique</i>	<i>Action</i>	<i>Échéance</i>					<i>Pilote</i>
		2024	2025	2026	2027	2028	
<b>PROJET D'ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISÉ</b>	Améliorer le suivi des projets d'accompagnement personnalisés et développer l'implication des AS/AMP dans les PAP et dans les RV EMOI	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cheffe de service éducatif
<b>PROJET DE SOINS</b>	Améliorer l'accompagnement médical des résidents en formant les professionnels à des thématiques spécifiques afin de développer leurs connaissances	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Médecin, Cadre de santé
	Évaluer la douleur à l'aide d'outils validés	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Médecin
	Déployer le nouveau logiciel de soins	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Responsable de site
<b>PROJET VIE SOCIALE ET APPRENTISSAGE</b>	Continuer à proposer des animations et ateliers d'apprentissage diversifiés et à développer les partenariats en lien avec les besoins identifiés	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Équipe PasseR'aile
	Travailler les projets de réinsertion et développer les connaissances des professionnels sur ce domaine	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cheffe de service éducatif
	Créer une instance de réflexion autour des situations sociales complexes	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Responsable de site.
<b>BIENTRAITANCE ET ÉTHIQUE</b>	Maintenir les sensibilisations et formations sur la bientraitance et l'éthique à destination des professionnels.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Cheffe de service éducatif, Neuropsychologue
	Créer un comité d'éthique inter-établissements	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Directeur général

## OPTIMISER LES CONDITIONS D'ACCUEIL ET D'HÉBERGEMENT DES RÉSIDENTS

Sous thématique	Action	Échéance					Pilote
		2024	2025	2026	2027	2028	
LINGERIE	Sécuriser le circuit du linge en continuant à finaliser les protocoles et en améliorant les réponses apportées en cas de perte ou de détérioration du linge	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gouvernante
RESTAURATION	Améliorer le service restauration en renforçant l'équipe cuisine, en stabilisant son organisation et en formant les cuisiniers à la présentation des textures modifiées	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chef de cuisine, gouvernante
	Inscrire l'établissement dans une réflexion autour du gaspillage alimentaire et protocoliser la gestion des biodéchets	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gouvernante
MAINTENANCE	Organiser le suivi des demandes d'interventions techniques	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Agents de maintenance
HOTELLERIE	Réfléchir au réagencement de certains espaces hôteliers	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gouvernante

## ANCRER LA DÉMARCHE QUALITÉ ET UNE DYNAMIQUE DE PRÉVENTION DES RISQUES AUPRÈS DES COLLABORATEURS

Sous thématique	Action	Échéance					Pilote
		2024	2025	2026	2027	2028	
POLITIQUE QUALITÉ	Communiquer la politique qualité régulièrement, à chaque réunion générale	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Direction / Gestionnaire qualité
	Tenir trimestriellement un COPIL qualité établissement	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Direction / Gestionnaire qualité
	Former les collaborateurs à l'utilisation d'AGEVAL	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Direction / Gestionnaire qualité
PRÉVENTION DES RISQUES	Réaliser un audit de prévention des risques. Reprendre les formations PRAPS, une fois l'habilitation PRAPS renouvelée	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Direction / Gestionnaire qualité



## PROMOUVOIR, SOUTENIR, CRÉER, INDIVIDUALISER LES PROJETS ET PARCOURS PROFESSIONNELS

Sous thématique	Action	Échéance					Pilote
		2024	2025	2026	2027	2028	
<b>ATTRACTIVITÉ ET FIDÉLISATION</b>	Favoriser l'attractivité et la fidélisation des professionnels en créant une crèche adaptée aux horaires des professionnels soignants (Projet Toits de Haye)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Responsable de site, Chargé de mission et de développement
	Créer un kit d'accueil et d'intégration pour les nouveaux salariés	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Service RH
	Former les équipes d'encadrement à des thématiques spécifiques	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Service RH
	Permettre des immersions professionnelles	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Service RH
<b>FORMATION</b>	Former, sensibiliser les professionnels aux problématiques en lien avec la cérébrolésion	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Service RH
	Maintenir les groupes d'analyse de pratiques pour les professionnels du quotidien, et groupe d'analyse des comportements-problèmes	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Service RH, neuropsychologue
<b>PARTAGE D'EXPERTISES</b>	Organiser des formations inter-associatives et le partage d'expertises	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Service RH



## RÉNOVER, ADAPTER LE BATI ET STRUCTURER LES SYSTEMES D'INFORMATION AUX NOUVEAUX BESOINS IDENTIFIÉS

<i>Sous thématique</i>	<i>Action</i>	<i>Échéance</i>					<i>Pilote</i>
		2024	2025	2026	2027	2028	
<b>SCHEMA DIRECTEUR IMMOBILIER</b>	Réaliser le Schéma Directeur Immobilier	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Direction / Cadre du patrimoine
	Créer un Plan Prévisionnel d'Investissement (PPI)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Direction / Cadre du patrimoine
	Prioriser les rénovations les plus urgentes du bâtiment et les planifier	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Direction / Cadre du patrimoine
<b>SCHEMA DIRECTEUR DES SYSTEMES D'INFORMATION</b>	Réaliser le Schéma Directeur des Systèmes d'Information	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Direction / Prestataire
	Identifier un référent informatique afin de faciliter la gestion des problèmes informatiques simples	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Direction



## ADAPTER, DÉVELOPPER UNE PALETTE D'ACCOMPAGNEMENTS ET DE SERVICES RENFORCÉS EN FAVEUR DES PERSONNES ACCOMPAGNÉES ET DE LEURS PROCHES

Sous thématique	Action	Échéance					Pilote
		2024	2025	2026	2027	2028	
<b>AMÉLIORER L'IMPLICATION ET L'ACCOMPAGNEMENT DES USAGERS ET DE LEURS FAMILLES DANS LEUR PROJET</b>	Valoriser davantage les savoirs, les compétences, les potentiels des résidents	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Neuropsychologue, Ergothérapeute
	Proposer des actions de sensibilisation, de formation, des lieux d'expression aux aidants familiaux	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Neuropsychologue
<b>CRÉER DES SERVICES RENFORCÉS DANS L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES CEREBROLÉSÉES SUR TOUT LE TERRITOIRE</b>	Créer un SAMSAH spécifique pour les personnes cérébrolésées	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Direction, Équipe PasseR'aile
	Créer un SAVS spécifique pour les personnes cérébrolésées	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Direction, Équipe PasseR'aile
<b>PROPOSER ET ACCOMPAGNER LA CRÉATION DE SOLUTIONS ALTERNATIVES ET DE SERVICES SUR L'ENSEMBLE DU TERRITOIRE</b>	Repenser le projet de l'Unité de Logements et Services (ULS) avec notre nouveau partenaire ADAVIE	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Direction, Chargé de mission et de développement.
	Structurer les places d'accueil de jour du dispositif et réfléchir à l'extension de l'expertise sur l'ensemble du département et notamment à Mont St Martin	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Direction Nancy et Mont St Martin
	Penser le projet « Garenne » en identifiant les besoins et en construisant le projet d'habitat inclusif en partenariat avec la Fondation St Charles	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Direction, Chargé de mission et de développement
	Réfléchir au projet « Toits de Haye » en identifiant les besoins en matière d'habitats inclusifs et de services et en coconstruisant le projet avec la Fondation St Charles	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Direction, Cheffe de mission et de développement
	Déployer la réforme SERAFIN sur l'ensemble des établissements	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Direction

