Association ALAHMI PROJET DE DISPOSITIF ROGERIE 2022-2026

2, rue de la Rogerie LA JUMELLIERE 49120 CHEMILLE EN ANJOU



"Le projet d'établissement ou de service est élaboré avec la participation active des parties prenantes".

RBPP HAS « Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service ». Décembre 2009.



METHODOLOGIE D'ELABORATION DU PROJET DE DISPOSITIF

PHASE 1:ELABORATION D'UN PROJET SOCLE, COMMUN A TOUS LES DISPOSITIFS GERES PAR L'ALAHMI.



- Diagnostic à partir d'une analyse documentaire sur la totalité de l'OG (projets associatif et projets des ESMS/CPOM/ TDB de la performance/indicateurs flash/ rapports d'évaluation et PAQ/ CR de CVS et enquêtes de satisfaction/ procédures et conventions/ ...)
- Entretiens téléphoniques avec partenaires.
- Enquête en ligne vers l'ensemble des familles (enquêtes sur les besoins et les prestations)
- Entretiens avec la direction générale, le Président, les responsables des fonctions supports.
- Rencontre des représentants du personnel pour un diagnostic partagé.
- 5 Groupes d'expression des usagers.
- 2 * ½ journées de lancement (Vernantes et Chemillé): présentation de la démarche et articulations avec projet associatif et évolutions des politiques publiques + présentation synthétique des résultats des consultations familles et usagers,
- 3 Groupes de travail thématisés : CODIR élargi (direction, fonctions supports et chefs de service)



PHASE 2: ELABORATION DU PROJET DE DISPOSITIF

COPIL : Directeur, chef de service, Responsable qualité, ES coordinateurs , médecin

5 groupes de travail thématiques associant les professionnels du dispositif:

- 1. Besoins des publics accompagnés et de leurs proches.
- 2. Le soin, la promotion de la santé, les compétences psychosociales.
- 3. Soutien aux relations, à la communication, VAIS.
- 4. Vie quotidienne, le domicile, accès aux loisirs, transports et mobilité
- 5. Management des projets, RH et de la qualité

En transversal à chaque thématique

- Activité et transformation de l'offre, coordination de parcours, réponse modulaire, logique de file active,
- La mise en œuvre et l'exercice des droits, l'autodétermination
- La place des proches et la co-construction
- Coopération et partenariats sur les territoires : faire ressources et faire alliance

Etablissements concernés et modalités d'accueil

1 LE DISPOSITIF ROGERIE:

Maison d'Accueil Spécialisée : 24 places

- 24 Places d'accueil permanent
- L'établissement est autorisé pour accueillir des personnes polyhandicapées

EANM: 30 places

- 24 Places d'accueil permanent
- 6 Places d'accueil de jour
- L'établissement est autorisé pour accueillir tous types de déficiences:

En 2022 50% de la population accompagnée en EANM fait l'objet d'une réorientation EAM ou MAS compte tenu des besoins de soins.

MISSIONS ET FONCTIONNEMENT Cadre réglementaire de la Maison d'Accueil Spécialisée

- La loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale
- La loi 2005, pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.
- Les articles R344-1 et R 344-2 du Code de l'Action Sociale et des Familles qui précisent les missions et fonctionnement des Maisons d'Accueil Spécialisées

Les maisons d'accueil spécialisées reçoivent, conformément aux dispositions de l'article L 344-1 et sur décision de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, des personnes adultes qu'un handicap intellectuel, moteur ou somatique grave ou une association de handicaps intellectuels, moteurs ou sensoriels rendent incapables de se suffire à elles-mêmes dans les actes essentiels de l'existence et tributaires d'une surveillance médicale et de soins constants.

Les maisons d'accueil spécialisées doivent assurer de manière permanente aux personnes qu'elles accueillent :

- 1. L'hébergement;
- 2. Les soins médicaux et paramédicaux ou correspondant à la vocation des établissements ;
- 3. Les aides à la vie courante et les soins d'entretien nécessités par l'état de dépendance des personnes accueillies ;
- 4. Des activités de vie sociale, en particulier d'occupation et d'animation, destinées notamment à préserver et améliorer les acquis et prévenir les régressions de ces personnes.

Elles peuvent en outre être autorisées à recevoir soit en accueil de jour permanent, soit en accueil temporaire des personnes handicapées.

- Le décret du 20 mars 2009 qui fixe dans son article D 344-5-3 du CASF les missions de l'établissement pour les personnes qu'il accueille ou accompagne.
 - Favorise quelle que soit la restriction de leur autonomie, leur relation aux autres et l'expression de leurs choix et de leur consentement en développant toutes leurs possibilités de communication verbale, motrice ou sensorielle, avec le recours à une aide humaine et, si besoin, à une aide technique.
 - Développe leurs potentialités par une stimulation adaptée tout au long de leur existence, maintiennent leurs acquis et favorisent leurs apprentissages et leur autonomie par des actions socio-éducatives adaptées en les accompagnants dans l'accomplissement de tous les actes de la vie quotidienne.
 - Favorise leur participation à une vie sociale, culturelle et sportive par des activités adaptées.
 - Porte une attention permanente à toute expression d'une souffrance physique ou psychique.
 - Veille au développement de leur vie affective et au maintien du lien avec leur famille ou leurs proches.
 - Garantit l'intimité en leur préservant un espace de vie privatif.
 - Assure un accompagnement médical coordonné garantissant la qualité des soins.
 - Privilégie l'accueil des personnes par petits groupes au sein d'unités de vie.

MISSIONS ET FONCTIONNEMENT

Cadre réglementaire du Foyer de Vie

- La loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.
- la loi 2005, pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.
- Le CASF précise les caractéristique des foyer de vie en ses articles L 314-1 à 7.
- L'établissement relève de la compétence du Conseil Départemental pour son autorisation et son financement.

Le foyer de vie accueille et/ou héberge des adultes en situation de handicap ayant une certaine autonomie. Il met en œuvre des soutiens médico-sociaux adaptés à l'état des personnes accueillies avec notamment des activités quotidiennes et des animations sociales.

Le foyer de vie est destiné aux personnes ne relevant ni d'un établissement et service d'aide par le travail (ESAT), ni d'une maison d'accueil spécialisée (MAS), ni d'un foyer d'accueil médicalisé (FAM).

Missions du Foyer de Vie et du CAJ

- Développer des activités sociales, artistiques et culturelles, ouvertes sur l'extérieur,
- développer ou maintenir les acquis en renforçant lé potentiel d'autonomie,
- Evaluer la situation de la personne et élaborer un projet de vie adapté à ses besoins et attentes,
- Répondre aux situations complexes et/ou sans solution
- Favoriser la participation de la personne en situation de handicap
- Prévenir l'isolement des personnes vivant à domicile,
- Soutenir les aidants familiaux,
- Développer un travail de partenariat au service des personnes et de leurs parcours
- · Veiller aux besoins en prévention des aggravations

PREAMBULE Pourquoi évoluer en dispositif?

Des arguments externes: une politique du handicap qui conduit et encadre la transformation de l'offre médicosociale pour des parcours plus fluides et inclusifs.

- Circulaire DGCS/3B/2017/148 du 2 mai 2017 relative à la transformation de l'offre d'accompagnement des personnes handicapées dans le cadre de la démarche « une réponse accompagnée pour tous », de la stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale (2017- 2021) et de la mise en œuvre des décisions du CIH du 2 décembre 2016.
- Décret n° 2017-982 du 9 mai 2017 relatif à la nomenclature des établissements et services sociaux et médico-sociaux accompagnant des personnes handicapées ou malades chroniques. Ce décret permet aux ESMS de délivrer tous les modes d'accueil et d'accompagnement par révision de leurs autorisations, notamment dans le cadre d'un CPOM.

2 PREAMBULE Pourquoi évoluer en dispositif?

Des arguments internes à l'organisme gestionnaire:

- Pour atteindre les objectifs fixés par le projet associatif.
- Pour répondre au cadre posé par le projet socle des dispositifs de l'ALAHMI.
- Pour faire institution autrement, créer de nouvelles alliances, déployer de la mobilité dans notre offre, anticiper les impacts des réformes actuelles.
- Pour fluidifier les parcours dans une responsabilité catégorielle et partenariale.
- Pour développer les services à rendre: élargir l'offre, créer des prestations, seul ou en co construction.
- Pour rendre lisible et valoriser notre expertise, notre activité, notre niveau de réponses.
- Pour développer notre attractivité par le renouvellement de nos pratiques, en montant en compétences.
- Pour traduire nos principes et nos valeurs dans nos modes organisationnels.

PREAMBULE Pourquoi évoluer en dispositif?



Des arguments internes spécifiques au dispositif et issus d'un diagnostic partagé:

Réviser l'offre pour:

- Garantir une réponse adaptée aux personnes orientées EAM et maintenues en EANM.
- Développer l'habitat inclusif.
- Favoriser le maintien à domicile et développer l'offre vers les aidants.
- Garantir la qualité et la continuité du parcours de soin.
- Consolider la coordination des parcours.
- Accompagner le changement et la montée en compétences des équipes.
- Optimiser et améliorer les ressources architecturales et les équipements matériels.
- Développer le partenariats, l'ouverture vers l'extérieur.

Synthèse du diagnostic partagé

Un dispositif qui peut renforcer son positionnement territorial à travers des partenariats ajustés à l'évolution des besoins des personnes accompagnées et en décloisonnant ses réponses.



FORCES	FAIBLESSES				
FUNCES	FAIBLESSES				
 Engagement des équipes et foisonnement des initiatives Ressources associative et mutualisation Soutien des fonctions supports permettant de se centrer sur l'accompagnement Des partenariats externes à formaliser et consolider Rénovation en cours des bâtiments vétustes 	 Insuffisance d'adaptation de l'accompagnement au vieillissement de la population accompagnée Des personnes orientées EAM maintenues en EANM avec des réponses inadaptées et insuffisantes en matière de soins Taux d'encadrement en MAS insuffisant 				
 Des activités multiples adossées au CAJ Mixité des personnes accueillies qui favorisent la créativité L'expertise des singularités de chaque 	 Déficit d'expertises médicales e paramédicales Tensions RH Un projet soin à formaliser 				
personne accueillie et des spécificités des déficiences et besoins Un renouvellement des cadres propice à l'accompagnement aux changements	Pas de modulation de réponses en termes d'accueil temporaire et séquentiel				

OPPORTUNITES	MENACES
 Développement de la Télémédecine et téléexpertise Développement d'une offre en habitat inclusif Développement de partenariats avec les EHPAD Développement des partenariats avec les acteurs de droit commun Des bâtiments à rénover et des extérieurs à aménager 	 Absence de ressources budgétaires de l'EANM face aux besoins de prestations de soins L'attractivité RH et géographique faible Des besoins en formation importants à couvrir dans un contexte RH défavorable Difficultés de transport en milieu rural

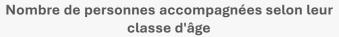
Les personnes accompagnées par le dispositif

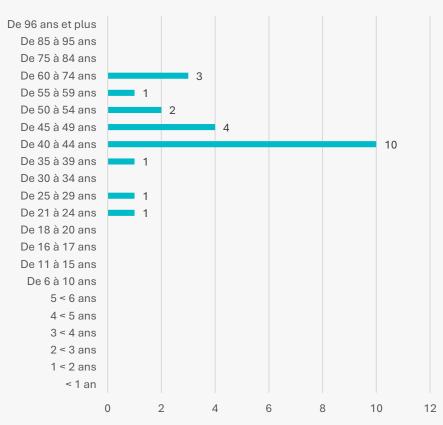
Caractéristiques et besoins du public accompagné

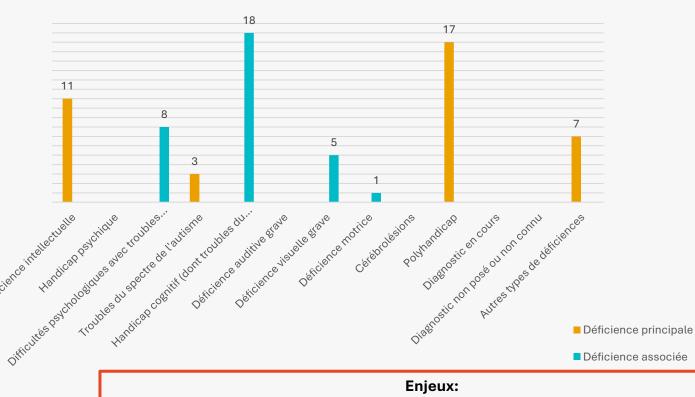


Caractéristiques de la population accompagnée en MAS

Nombre de personnes accompagnées selon le type de déficience principale et associée







80 % de la population a plus de 40 ans et le projet de dispositif doit conduire des actions dédiées aux impacts du vieillissement dans des situations de grande vulnérabilité.

L'accompagnement est très marqué par les réponses aux besoins de soins; Ainsi le projet de soin reste une priorité à conforter. Cependant, l'accompagnement doit prendre en compte l'ensemble des approches qui concourent à la citoyenneté et au développement des capacités pour une approche positive et « capacitante » prévenant les aggravations et confortant la participation des personnes et de leurs proches.

70 % de femmes 30 % d'hommes

Moyenne d'âge 46 ans Durée moyenne du parcours 8 ans

Enjeu pour l'accompagnement de la personne polyhandicapée: adopter une approche positive, citoyenne, écologique et collaborative.

Principes:

- La personne polyhandicapée possède des potentialités, ses capacités sont susceptibles d'évoluer tout au long de sa vie et son accompagnement doit se centrer sur l'objectif de les développer.
- Des marges de manœuvre existent pour améliorer la qualité de vie des personnes polyhandicapées.
 - L'accompagnement (programmes, outils, contexte environnemental) doit être personnalisé, en tenant compte en particulier des préférences de la personne polyhandicapée, de son profil cognitif, moteur et sensoriel, ainsi que de sa façon d'interagir avec son environnement.
 - La famille ou les proches sont associés au travail

Le terme « polyhandicap » est défini par le décret du 9 mai 20171 en ces termes : « Les personnes présentant un dysfonctionnement cérébral précoce ou survenu au cours du développement, ayant pour conséquence de graves perturbations à expressions multiples et évolutives de l'efficience motrice, perceptive, cognitive et de la construction des relations avec l'environnement physique et humain, et une situation évolutive d'extrême vulnérabilité physique, psychique et sociale au cours de laquelle certaines de ces personnes peuvent présenter, de manière transitoire ou durable, des signes de la série autistique »

POLYHANDICAP

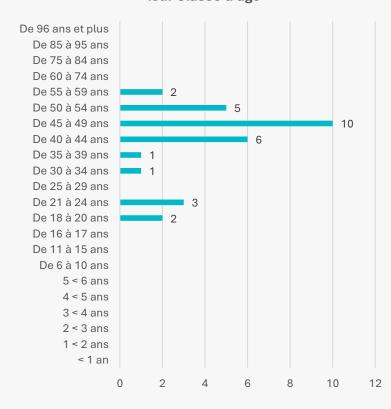


Repères partagés :

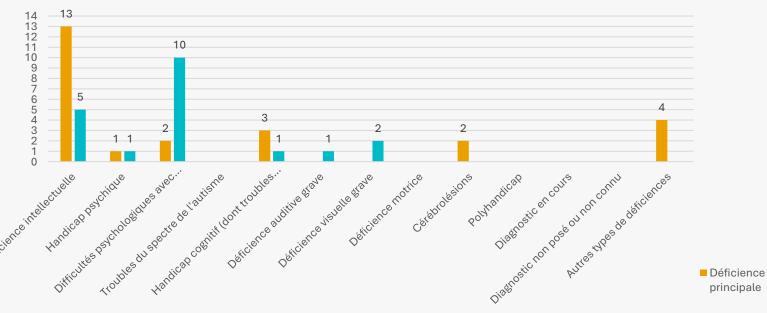
- Volet Polyhandicap de la stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médicosociale 2017-2021
- RBPP HAS: « accompagner la personne polyhandicapée dans sa spécificité » / « Qualité de vie : handicap, les problèmes somatiques et les phénomènes douloureux » / « Qualité de vie en Maison d'accueil spécialisée (MAS) et en Foyer d'accueil médicalisé (FAM) »
- Protocole National de Diagnostic et de Soins (PNDS)
- CNSA: cahiers pédagogiques « la communication des personnes polyhandicapées »

Caractéristiques de la population accompagnée en EANM

Nombre de personnes accompagnées selon leur classe d'âge



Nombre de personnes accompagnées selon le type de déficience principale et associée



Enjeux:

La diversité des profils engage de fait un accompagnement personnalisé mais celui-ci doit être soutenu par un effort de modulation de l'offre du dispositif. En effet, des candidats pourraient être accompagnés dans le cadre de parcours plus inclusifs, permettant l'accès ou le maintien à domicile à travers: une offre d'habitat externalisé, un soutien au domicile, de l'accueil temporaire et séquentiel. Cependant les problématiques de vieillissement et d'aggravation somatiques ou psychiques nécessitent d'adapter les missions et fonctionnement de l'établissement pour garantir la continuité de l'accompagnement des personnes (50 % des personnes accueillies en EANM bénéficient d'une orientation vers un établissement médicalisé non suivie d'effet, et 30 % sont en cours d'évaluation dans la même perspective)

50 % de femmes50 % d'hommes

Moyenne d'âge 43 ans

Durée moyenne du parcours 12 ans Le trouble du développement intellectuel est un trouble du neurodéveloppement apparaissant durant la petite enfance. Il se caractérisé par :

1.une limitation des fonctions intellectuelles (raisonnement, résolution de problèmes, planification, abstraction, etc.);

2.un déficit des comportements adaptatifs (déficit dans un ou plusieurs champs de la vie quotidienne comme la communication, la participation sociale, etc.)

L'autisme est un trouble neurodéveloppemental précoce. Les Troubles du Spectre de l'Autisme (TSA) (DSM 5) peuvent être repérés avant 2 ans et diagnostiqués avant 3 ans, mais aussi tout au long de la vie.

L'autisme affecte, avec différents niveaux de sévérité, le développement de la communication et des interactions sociales

DEFICIENCE INTELLECTUELLE



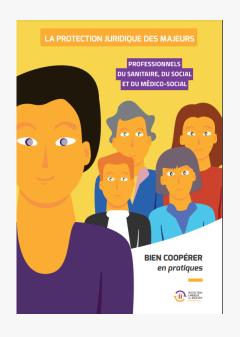
TSA

La prise en compte des spécificités du handicap se traduit au sein du dispositif par le déploiement d'une fonction ressource interne dédiée aux TND et par une politique de formation soutenue auprès des professionnels. Cette politique permet d'ajuster les modalités d'intervention et spécifiquement en termes d'évaluation fonctionnelle et de communication alternative et adaptée . L'enjeu est de mieux identifier les besoins des personnes à partir d'une évaluation fonctionnelle et d'appuyer les professionnels dans des stratégies d'interventions adaptées aux caractéristiques des publics.

Repères partagés complémentaires : RBPP HAS

- L'accompagnement de la personne présentant un trouble du développement intellectuel; volet 1 oct. 2022
- Autisme et autres TED diagnostic et évaluation chez l'adulte
- Trouble du spectre de l'autisme : interventions et parcours de vie de l'adulte
- «Comportements problèmes

Caractéristiques de la population accompagnée: 96% des adultes accueillis dans le dispositif sont protégés à travers une mesure de tutelle



Nombre de personnes avec mesure de protection MAS ROGERIE					
Tutelle	24				

Nombre de personnes avec mesure de protection FV ROGERIE					
Curatelle 2					
Tutelle 28					
Sur représentation des mesures de tutelle pour le type d'établissement					

Le niveau de protection juridique des personnes accueillies engagent le dispositif dans des pratiques de coopération fortes avec les mandataires (familiaux et professionnels)

Point d'amélioration: les professionnels et l'encadrement doivent consolider les repères relatifs aux missions de chacun et aux droits des personnes protégées.

Repères partagés pour le respect de l'autonomie des majeurs protégés:

- La loi du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs
 - La loi du 23 mars 2019

Les besoins du public accompagné

Repères partagés: la définition du "besoin":

La réalisation d'une activité (ou la participation) est définie par l'OMS comme ce que l'on peut attendre de la part d'individus n'ayant pas de problème de santé dans un environnement humain, social, architectural normalisé. La limitation d'activité peut être plus ou moins importante selon l'interaction de la déficience avec des facteurs environnementaux plus ou moins facilitateurs et/ou plus ou moins facteurs de risque. Ces facteurs nécessitent d'être évalués pour déterminer les modalités de réponses aux besoins. Ainsi une action vers l'environnement et non pas vers la personne pourra réduire la limitation de participation de la personne.

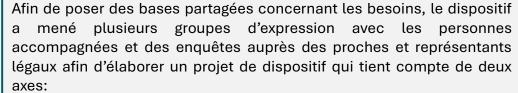
Le besoin se définit dans un écart à la norme de réalisation/participation dans un environnement donné ou évolutif et en s'appuyant sur les capacités et potentialités, les habitudes de vie de la personne et ses objectifs personnels de réalisation. Cette définition est celle acceptée par la CNSA dans le cadre de la réforme SERAFIN PH et au regard de la CIF-OMS.

Selon la RBPP HAS "les attentes de la personne et le projet personnalisé": « Les besoins repérés par les personnes ne sont pas forcément les mêmes, loin s'en faut, que ceux repérés par les professionnels; des points qui apparaissent importants aux yeux des professionnels sont mineurs pour la personne et vice versa. La personne possède une connaissance intime de sa situation, dont il est à la fois illégitime et contre-productif de se passer. La personne a souvent une représentation de ses propres besoins d'aide et d'accompagnement. La personne (éventuellement aidée par des tiers), au-delà de la formulation d'une attente, ou préalablement à celle-ci, peut produire une analyse de ses besoins. »

La place de la personne et de ses proches dans l'évaluation des besoins

Les principes relatifs à la place de la personne ont été redéfinis à l'échelle du projet socle au sein de tous les dispositifs gérés par l'ALAHMI. En ce qui concerne l'évaluation des besoins, 3 principes clés constituent une feuille de route pour les professionnels en matière de place accordée à la personne :

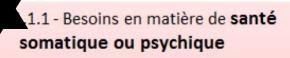
- L'obligation pour les professionnels de procéder à l'évaluation des besoins pour la construction du Projet Personnalisé (PP) et de l'articuler au recueil des attentes.
- L'offre de prestation et d'activité est articulée au recueil des besoins et au PP qui en découle et non pas l'inverse.
- L'évaluation des besoins tient compte de l'environnement de la personne. A ce titre elle repère les facteurs de risque et de protection et permet d'engager des interventions levant les obstacles à l'inclusion.



- De leur appréciation des besoins des personnes accompagnées par domaine de vie (santé, autonomie, participation sociale)
- De leurs propres besoins en tant que proches et/ou aidants.

Cette consultation permet de confirmer des spécificités de besoins liés à la santé et à l'autonomie dans les actes de la vie quotidienne compte tenu de la dépendance liée aux déficiences. Les besoins liés à la communication et aux relations pèsent par ailleurs sur la participation des personnes .

Nomenclature des besoins



- 1.1.1.1 Besoins en matière de fonctions mentales, psychiques, cognitives et du système nerveux
- 1.1.1.2 Besoins en matière de fonctions sensorielles
- 1.1.1.3 Besoins en matière de douleur
- 1.1.1.4 Besoins relatifs à la voix, à la parole et à l'appareil bucco-dentaire
- 1.1.1.5 Besoins en matière de fonctions cardio-vasculaire, hématopoïétique, immunitaire et respiratoire
- 1.1.1.6 Besoins en matière de fonctions digestive, métabolique, endocrinienne
- 1.1.1.7 Besoins en matière de fonctions génito-urinaires et reproductives
- 1.1.1.8 Besoins en matière de fonctions locomotrices
- 1.1.1.9 Besoins relatifs à la peau et aux structures associées
- 1.1.1.10 Besoins pour entretenir et prendre soin de sa santé

1.2.1 - Besoins en matière d'autonomie

- 1.2.1.1 Besoins en lien avec l'entretien personnel
- 1.2.1.2 Besoins en lien avec les relations et les interactions avec autrui
- 1.2.1.3 Besoins pour la mobilité
- 1.2.1.4 Besoins pour prendre des décisions adaptées et pour la sécurité



Besoins pour la participation sociale

- 1.3.1 Besoins pour accéder aux droits et à la citoyenneté
- 1.3.1.1 Besoins pour accéder aux droits et à la citoyenneté
- 1.3.2 Besoins pour vivre dans un logement et accomplir les activités domestiques
- 1.3.2.1 Besoins pour vivre dans un logement
- 1.3.2.2 Besoins pour accomplir les activités domestiques
- 1.3.4 Besoins pour participer à la vie sociale et se déplacer avec un moyen de transport
- 1.3.4.1 Besoins pour participer à la vie sociale
- 1.3.4.2 Besoins pourse déplacer avec un moyen de transport

- 1.3.3 Besoins pour l'insertion sociale et professionnel le et pour exercer ses rôles sociaux
- 1.3.3.1 Besoins en lien avec la vie scolaire et étudiante
- 1.3.3.2 Besoins en lien avec le travail et l'emploi
- 1.3.3.3 Besoins transversaux en matière d'apprentissages
- 1.3.3.4 Besoins pour la vie familiale, la parentalité, la vie affective et sexuelle
- 1.3.3.5 Besoins pour apprendre à être pairaidant
- 1.3.5 Besoins en matière de ressources et d'autosuffisance économique
- 1.3.5.1 Besoins en matière de ressources et d'autosuffisance économique

Une approche multidimensionnelle

Le dispositif s'attache à évaluer l'ensemble des besoins de la personne accompagnée en termes de:

- Santé somatique ou psychique
- D'autonomie
- De participation sociale

Aucun domaine de besoin n'est négligé en termes d'évaluations. Cependant l'appui sur des partenaires extérieurs et notamment en matière d'expertises spécifiques reste nécessaire compte tenu de la complexité des profils et de l'impact du vieillissement par ailleurs.

Le dispositif est repéré par les partenaires pour accueillir les profils complexes dont les besoins nécessitent une permanence d'accompagnement sur les 3 domaines de vie et de fonctionnement.

LES BESOINS IDENTIFIES EN MAS

LES BESOINS DES PERSONNES ACCOMPAGNEES SELON LEURS PROCHES	Très important	Plutôt important	Peu important	Non concerné
Besoin pour prendre soin de sa santé en général	72,7%	27,3%	0,0%	0,0%
Besoin pour effectuer sa toilette	72,7%	27,3%	0,0%	0,0%
Besoin pour s'alimenter	54,5%	36,4%	0,0%	9,1%
Besoin pour utiliser des aides techniques liées au handicap	36,4%	54,5%	9,1%	0,0%
Besoin pour maîtriser ses émotions et ses réactions, gérer son stress	36,4%	45,5%	9,1%	9,1%

Les proches expriment des besoins importants pour eux-mêmes en termes de :

- o Prendre soin de ma santé physique et mentale
- © Être informé et conseillé concernant le futur de mon proche
- o Ëtre informé et conseillé sur les besoins et les difficultés de mon proche
- © Être informé et conseillé sur les services existants et les droits de mon proche
- O Avoir accès à un professionnel lorsque j'ai des questions concernant mon proche
- Besoin que mon proche puisse bénéficier d'un transport adapté

Différents domaines de besoins sont repérés comme moins importants par les proches mais constituent cependant des axes d'intervention pour les professionnels :

- Besoin pour respecter les conventions sociales, agir selon les règles sociales
- Besoin pour accéder et gérer des relations intimes
- Besoin en matière de vie affective, intime et sexuelle

L'enjeu en matière d'accompagnement des personnes polyhandicapées réside dans l'appropriation des recommandations de bonnes pratiques qui visent une approche positive de la personne et lui reconnaissent des droits qui sont à soutenir par:

- L'évaluation précise de ses capacités de communication et d'interactions
- Des interventions adaptées à ses préférences et souhaits en tenant compte de ses spécificités de communication, de fonctionnement et sensorielles.

Besoins de soins du public accompagné en MAS : Focus

Nombre de personnes avec de besoins de soins spécifiques				Besoin à combler avec l'aide d'un tiers et/ou sur sollicitation et/ou avec une difficulté partielle		Besoin à combler intégralement
Besoins en matière de santé somatique ou psychique	OUI	NON	NON EVALUE		régulière	
Besoins en matière de fonctions mentales, psychiques, cognitives et du système nerveux						
Besoins en lien avec les fonctions du cerveau (fonctions mentales dont cognitives et psychiques)	24					24
Besoins quant aux structures du cerveau, de la moelle épinière et des nerfs	24					24
Besoins en matière de fonctions sensorielles				0	0	59
Besoins en lien avec les fonctions sensorielles et proprioceptives	24					24
Besoins quant aux structures de l'oeil et de l'oreille	11		13			11
Besoins en matière de sensation de douleur	24					24
Besoins relatifs à la voix, à la parole et à l'appareil buccodentaire				0	0	24
Besoins en lien avec les fonctions liées à la production des sons et de la parole	24					
Besoins quant aux structures liées à la voix et à la parole			24			
Besoins en lien avec les dents	24					24
Besoins en matière de fonctions cardiovasculaire, hématopoïétique, immunitaire et respiratoire				0	0	16
Besoins en lien avec les fonctions impliquées dans le système cardio-vasculaire, immunitaire et respiratoire	8					8
Besoins quant aux structures des systèmes cardio-vasculaire, immunitaire, et respiratoire	8					8
Besoins en matière de fonctions digestive, métabolique et endocrinienne				0	0	30
Besoins en lien avec les fonctions de digestion, du métabolisme et des glandes endocrines	24					24
Besoins quant aux structures liées aux systèmes digestif, métabolique et endocrinien	6					6
Besoins en matière de fonctions génito-urinaires et reproductives				0	0	48
Besoins en lien avec les fonctions urinaires et reproductives	24					24
Besoins quant aux structures liées à l'appareil génito-urinaire			24			24
Besoins en matière de fonctions locomotrices				0	0	23
Besoins en lien avec les fonctions motrices et de la mobilité	24					
Besoins quant aux structures liées au mouvement	24					23
Besoins relatif à la peau et aux structures associées				0	0	34
Besoins en lien avec les fonctions de la peau, des ongles, des cheveux et des poils	24					24
Besoins quant aux structures de la peau	10					10
Besoins pour entretenir et prendre soin de sa santé				0	0	48
soins pour assurer ou exprimer des besoins quant à son confort physique, sa santé, son bien-être physique et mental	24					24
Besoins pour prendre soin de soi et en faisant ce qu'il faut pour prendre soin de sa santé	24					24

LES BESOINS IDENTIFIES EN FV

LES BESOINS DES PERSONNES ACCOMPAGNEES SELON LEURS PROCHES	Très important	Plutôt important	Peu important	Non concerné
Besoin pour prendre soin de sa santé en général	85,70%	14,30%	0,00%	0,00%
Besoin lié à la communication et aux relations avec les autres	71,40%	28,60%	0,00%	0,00%
Besoin pour maîtriser ses émotions et ses réactions, gérer son stress	71,40%	0,00%	28,60%	0,00%
Besoin pour participer à la vie familiale et trouver sa place au sein de la famille	57,10%	0,00%	14,30%	28,60%
Besoin pour accéder à des loisirs, du sport	57,10%	14,30%	0,00%	28,60%

Les proches expriment des besoins importants pour eux-mêmes en termes de :

- Prendre soin de ma santé physique et mentale
- o Avoir accès à un professionnel lorsque j'ai des questions concernant mon proche
- Besoin que l'organisation de l'accompagnement tienne compte des contraintes de la famille
- o Besoin que les frères et sœurs soient associés à l'accompagnement
- Maintenir, mener une vie de famille

Différents domaines de besoins sont repérés comme moins importants par les proches mais constituent cependant des axes d'intervention majeurs pour les professionnels compte tenu des attentes relevées dans le cadre de la démarche d'élaboration du projet personnalisé:

- Pour accéder et gérer des relations intimes
- En matière de vie affective, intime et sexuelle
- En termes d'apprentissages
- Pour exercer sa citoyenneté

Sur ces points l'engagement des équipes pluridisciplinaires se concrétise par un accompagnement à l'autodétermination et à la mise en œuvre des droits de l'adulte accompagné. Cela nécessite des espaces de réflexion et de médiation dès lors que les attentes des proches s'éloignent des souhaits des personnes accompagnées

La démarche lié au Projet Personnalisé garantit le recueil et l'écoute singulière des objectifs de la personne.

Par ailleurs la prise en compte des besoins des proches constitue un objectif clé pour le projet de dispositif et se traduira par un renforcement des actions à mettre en œuvre dans l'organisation de l'offre mais aussi en termes de prestations découlant de la démarche PP.

Besoins de soins du public accompagné en FV : Focus

Nombre de personnes avec de besoins de soins spécif	iques	NON		Besoin à combler avec l'aide d'un tiers et/ou sur sollicitation et/ou avec une difficulté partielle		Besoin à combler intégralement
Besoins en matière de fonctions mentales, psychiques, cognitives et du système nerveux				0	0	33
Besoins en lien avec les fonctions du cerveau (fonctions mentales dont cognitives et psychiques)	24					24
Besoins quant aux structures du cerveau, de la moelle épinière et des nerfs	9					9
Besoins en matière de fonctions sensorielles				0	0	40
Besoins en lien avec les fonctions sensorielles et proprioceptives	24					
Besoins quant aux structures de l'oeil et de l'oreille	16					16
Besoins en matière de sensation de douleur	24					24
Besoins relatifs à la voix, à la parole et à l'appareil buccodentaire				0	0	24
Besoins en lien avec les fonctions liées à la production des sons et de la parole	18					
Besoins quant aux structures liées à la voix et à la parole	1		23			
Besoins en lien avec les dents	24					24
Besoins en matière de fonctions cardiovasculaire, hématopoïétique, immunitaire et respiratoire				0	0	9
Besoins en lien avec les fonctions impliquées dans le système cardio-vasculaire, immunitaire et respiratoire	8					8
Besoins quant aux structures des systèmes cardio-vasculaire, immunitaire, et respiratoire	1					1
Besoins en matière de fonctions digestive, métabolique et endocrinienne				0	0	18
Besoins en lien avec les fonctions de digestion, du métabolisme et des glandes endocrines	15					15
Besoins quant aux structures liées aux systèmes digestif, métabolique et endocrinien	3					3
Besoins en matière de fonctions génito-urinaires et reproductives				0	0	9
Besoins en lien avec les fonctions urinaires et reproductives	7		14			7
Besoins quant aux structures liées à l'appareil génito-urinaire	2		14			2
Besoins en matière de fonctions locomotrices				0	15	2
Besoins en lien avec les fonctions motrices et de la mobilité	16				15	1
Besoins quant aux structures liées au mouvement	4					1
Besoins relatif à la peau et aux structures associées				0	0	12
Besoins en lien avec les fonctions de la peau, des ongles, des cheveux et des poils	6					6
Besoins quant aux structures de la peau	6					6
Besoins pour entretenir et prendre soin de sa santé				0	28	20
soins pour assurer ou exprimer des besoins quant à son confort physique, sa santé, son bien-être physique et mental	24				14	10
Besoins pour prendre soin de soi et en faisant ce qu'il faut pour prendre soin de sa santé	24				14	10

L'évaluation des besoins: une pratique centrée sur le projet personnalisé.

L'évaluation repose sur une approche globale permettant d'apprécier le fonctionnement et la situation de handicap de la personne au regard de son projet. Cela se traduit par le recours à différents supports et modalités au sein d'une équipe pluridisciplinaire en lien avec les partenaires et les familles:

- Observations du quotidien des équipes et transmissions permettant de s'ajuster aux besoins au quotidien: support : journal de bord dans IMAGO
- Réunion d'équipe pluridisciplinaire dans le cadre de la préparation du Projet Personnalisé
- Rencontre des proches et des tuteurs et recueil des besoins dans la procédure PP, lors des retours/départ weekend
- CVS
- Grilles d'évaluation: état de base, intimité, douleur
- Grille d'évaluation du vieillissement en cours d'élaboration
- Réunions cliniques et bilans complémentaires avec CMP / PRIOR/Equipe Mobile de Soins Palliatifs
 /ERHR
- Evaluation des compétences fonctionnelles (CHESSEP, EFI, Stimulation basale)

Domaines évalués:

- Santé et besoins de soins.
- Fonctionnement (lié à l'autonomie dans les actes de la vie quotidienne, aux interactions avec autrui,
 ...)
- La place de la personne dans son environnement, sa participation en famille, avec ses pairs,...
- Le maintien des acquis, les apprentissages, le développement des capacités.
- Les particularités sensorielles.

Le dispositif Rogerie peut s'appuyer sur les ressources mutualisées de l'ALAHMI pour compléter les évaluations nécessaires à la prise en compte des besoins liées aux situations complexes ou lorsque le fonctionnement de la personne nécessite une expertise de communication

- Pôle ressources TND.
- Cellule de veille

Axes d'amélioration:

- Renforcer l'évaluation des besoins de soins et les différents dépistages en EANM.
- Renforcer l'évaluation des besoins générés par le vieillissement en MAS et EANM.
- Renforcer les partenariats avec les acteurs de droit commun et les acteurs spécialisés pour favoriser l'accès aux dépistages, aux bilans et améliorer le parcours de soin.
- Renforcer la mise en œuvre d'outils de communication adaptée pour faciliter l'expression des personnes.
- Systématiser l'évaluation fonctionnelle pour toutes les personnes accompagnées par le dispositif.
- Renforcer l'appropriation des RBPP
- Mieux prendre en compte les besoins liés à la participation sociale.
- Mieux prendre en compte les besoins liés à la santé des femmes.
- Mieux évaluer les besoins d'aménagement et d'adaptation

Place de la personne accompagnée et de la famille

- L'expression, l'accès aux droits, la participation des personnes accompagnées: des principes en actes.
- Les relations avec l'entourage et la place des familles/proches: des actions ciblées et graduées.

Expression et participation de l'usager, une approche par les droits.

Des outils obligatoires, issus de la loi 2002-2 sont remis et présentés aux personnes et aux familles et viennent traduire leurs droits



- Le livret d'accueil est remis à chaque personne et à son représentant légal lors de l'accueil. Il comporte en annexe la charte des droits et libertés et le règlement de fonctionnement. Le livret d'accueil donne des éléments d'informations concernant le fonctionnement des établissements du dispositif,
- La charte des droits et libertés est annexée au livret d'accueil. Elle a pour vocation d'affirmer les grands principes éthiques guidant l'intervention des professionnels et garantissant les droits des personnes accueillies : non-discrimination, choix, droit à l'information, au respect de la personne et des liens familiaux, à la protection, à l'autonomie, à un accompagnement adapté.
- Le règlement de fonctionnement définit les droits et devoirs des personnes accueillies et les engagements de la structure d'accueil. Il s'agit d'un document de référence pour garantir les règles de vie collectives et les droits individuels.
- Le contrat de séjour: remis à la personne accompagnée ou à son représentant légal lors de l'admission, il doit être signé dans le mois suivant l'admission. Document légal qui engage ses signataires, il précise les droits, devoirs et obligations des usagers, des représentants légaux et du service et définit les objectifs et la nature de l'accompagnement. Des premiers objectifs de travail sont définis avec les familles, objectifs qui seront affinés dans les 6 mois suivants dans le cadre du PP.

Ces documents formalisent l'action du dispositif et ses principes. Ils engagent le dispositif mais aussi la personne et ses représentants légaux.

DECLINAISON DES PRATIQUES FAVORISANT LA PLACE DE LA PERSONNE

Le respect des liens avec les proches, ses aidants

- Chaque entretien famille doit être mené en présence de la personne accompagnée chaque fois que c'est possible.
- L'accompagnement vise à maintenir ou équilibrer les liens de la personne selon les choix qui sont recueillis dans le cadre de la démarche liée au projet personnalisé.
- La modularité de l'offre et de l'accueil vise à favoriser le maintien du lien avec ses proches.
- Le dispositif soutient le rôle des aidants et notamment à domicile.
- Les professionnels reconnaissent l'expertise d'usage des aidants

La prise en compte des besoins singuliers

- Le rythme de la personne accueillie est respecté et la démarche Projet Personnalisé doit soutenir l'effort d'adaptation de l'organisation à cet objectif
- Les professionnels ont pour obligation de procéder à l'évaluation des besoins et de l'articuler au recueil des attentes pour la construction du PP
- L'offre de prestation et d'activité est articulée au recueil des besoins et au PP qui en découle et non pas l'inverse.
- L'évaluation des besoins tient compte de l'environnement de la personne.*

Le respect, la prise en compte des choix

- La personne, en lien avec sa famille, conserve la possibilité au quotidien d'accepter ou refuser les propositions de l'équipe. Cette dimension est garantie par la démarche PP et peut être soutenue par la réflexion éthique si des questionnements émergent (dont le refus de soin, la prise de risques, ...).
- Le coordonnateur du PP s'assure à chaque étape que la personne a pu exprimer ses attentes et qu'elle a pu être entendue.
- Le dispositif facilite la mise en œuvre d'opportunités pour que les personnes puissent faire des choix et manifester leurs préférences ; ainsi ils permettent l'expérimentation, le risque pesé, le droit à l'erreur.
- Les professionnels ont pour mission d'accompagner l'autodétermination dès le plus jeune âge.
- Le dispositif garantit une médiation auprès des proches pour faire valoir si besoin les choix mais aussi les droits des personnes.

DECLINAISON DES PRATIQUES FAVORISANT LA PLACE DE LA PERSONNE Les professionnels tiennent compte des choix concernant le lieu où se déroulent les soins (chambre, infirmerie, ...). Le respect de Les professionnels, en lien avec la famille, respectent les refus et/ou préférences dans les actes de la vie quotidienne. Les professionnels, en lien avec la famille, respectent ce qui fait appartenance culturelle et cultuelle dans l'observance des lois et la dignité règles en vigueur. Les espaces privés sont respectés et l'intimité est une composante de la dignité à tous les âges de la vie. Le handicap n'efface pas la personne. Le dispositif soutient l'éducation aux droits et aux devoirs. Une action La démarche de bientraitance est reliée à la mise en œuvre de la réflexion et de l'espace éthique en cours de construction. bientraitante Les cadres de proximité garantissent que les professionnels inscrivent leur pratique dans le cadre des RBPP. Les rythmes de coucher et de réveil respectent les attentes de la personne accompagnée, ses habitudes de vie et ses besoins. La valorisation L'évaluation doit permettre la recherche des capacités en s'appuyant sur la connaissance des aidants, des professionnels et des de ses partenaires. potentialités Les équipes ressources interviennent auprès des professionnels pour adapter les stratégies et modalités d'interventions. Le dispositif encourage le développement de la pair-aidance comme levier de valorisation des capacités et dès le plus jeune âge. Les professionnels favorisent l'expérimentation et adaptent les activités en fonctions des potentialités. Le citoyen, Les professionnels, en lien avec la famille, soutiennent les apprentissages permettant l'accès au numérique Les outils relatifs aux droits des personnes accompagnées sont rendus accessibles. l'écocitoyen Les coordinateurs de projet, en lien avec la famille, garantissent l'accès et l'exercice de la citoyenneté Les coordonnateurs de projet, en lien avec la famille, veillent à ce que chaque enfant soit inscrit dans son école de référence. Le dispositif développe les partenariats avec des acteurs de la cité ou institutionnels pour mener des actions citoyennes (vote, accès à la culture, aux droits, ...) Le dispositif développe des activités à valeur ajoutée en matière d'écologie et dans lesquelles les personnes peuvent s'inscrire (gaspillage alimentaire, tri papier, ...) en étant collectivement en cohérence (personnes accompagnées et professionnels

	Actions portées par le dispositif pour soutenir les relations de la personne accompagnée
Avec les pairs, entre personnes accueillies	 Le dispositif s'insère dans des réseaux permettant aux personnes accompagnées de participer à des espaces et évènements partagés avec des pairs ; à ce titre il est contributif d'AVIE (réseau d'ESMS mutualisant la préparation de séjours vacances) et du REH (rencontre – expression-handicap) Les personnes accueillies profitent des activités portées par le CAJ
	 Le dispositif organise des Ateliers Inter groupes permettant la mixité des groupes et l'entre aide, des moments de fêtes et des repas inter groupes dans l'établissement Il bénéficie des activités de la plateforme ATR portée par le dispositif Gibertin
Avec la famille	Les liens avec les familles se traduisent par la place qui lui est accordée lors du recueil de leurs attentes dans la démarche PP
(personne/famille	mais aussi à travers :
et famille/pro)	Les relations téléphoniques et par mails régulières
	Les sorties Week end en famille qui sont préparées par les équipes
	L'organisation de fêtes des familles Le suivi du cahier de liaison entre l'établissement et les familles
	Le suivi du Camei de tiaison entre l'établissement et les familles
Avec les	Les personnes accueillies participent aux cellules de veille, au comité restauration
professionnels (de	• Les temps de dialogue et d'échanges informels entre personnes accueillies et professionnels sont encouragés
l'établissement ou autre prof)	• Les personnes accueillies sont accompagnés dans leurs liens avec d'autres professionnels extérieurs: séjours vacances, familles d'accueil, professionnels de santé
	Nous travaillons l'habituation aux soins afin de favoriser les liens avec les professionnels de soin
	• Nous encourageons les personnes accueillies qui souhaitent être dans une position d'aide vers leurs pairs, vers les professionnels
	Nous soutenons les apprentissages des réseaux de communication: Skype, téléphone, photos, mails, ,,
Avec la communauté, la vie	• Activités extérieures permettant d'établir des relations avec l'environnement : judo, belote, yoga, restaurant , RDV médicaux, cinéma, centre équestre, shoping, activités au centre social, clubs associatifs, écoles, EHPAD
extérieures à l'établissement (loisirs, cité, culture,)	 L'axe vacances est particulièrement accompagné avec la mise en œuvre de séjours extérieurs, mais aussi de Week end Le dispositif est inscrit dans la dynamique portée par AVIE

Communiquer, c'est devenir sujet

Le soutien à l'accès aux droits et à la participation de la personne constituent des enjeux majeurs pour le dispositif.

- « La communication est un droit fondamental de la personne handicapée (article 24 de la Convention internationale des droits de l'homme et articles 2 et 21 de la Convention internationale des droits des personnes handicapées). Il est un devoir pour les établissements et services médicosociaux de faciliter son apprentissage et son usage. Avec la communication, la personne change de statut : d'« objet de soins», elle devient une personne à part entière. La communication permet d'entrer en relation avec la personne, de s'ouvrir à ce qu'elle a de singulier, d'évoquer le passé, le futur, les projets et de soutenir son « sentiment continu d'exister » (D. W. Winnicott). En étant à même de communiquer ses émotions, ses besoins, ses choix... et en étant entendue, la personne acquiert une identité et devient « actrice » de sa vie. Elle participera ainsi à l'élaboration et à la mise en œuvre de son projet personnalisé d'accompagnement ». CNSA

- « La communication est le socle d'un accompagnement de qualité dans tous les gestes de soutien à l'autodétermination et à l'autonomie, quels qu'ils soient : les toilettes, les repas, les soins, les loisirs, certains choix de vie, d'équipement ou d'aide technique... Une bonne communication facilite l'accompagnement ; le professionnel est mieux à même de comprendre les demandes, les acceptations, les refus, le mal-être, l'inconfort... Elle permet à la personne accompagnée d'être partie prenante de son accompagnement, et cela renforce son bien-être ». CNSA

le soutien à la communication revêt un enjeu fort au sein du dispositif dans la prise en compte des singularités de chacune des personnes accompagnées. L'enjeu se traduit dans les pratiques du quotidien centrées sur l'encouragement des capacités, la prévention des comportements problèmes et sur l'adaptation des modalités (agenda personnalisés, classeurs PECS, utilisation de tablettes et d'Auticiel, cahier de liaison avec les familles, ...), à partir de l'évaluation initiale et régulière (CHESSEP et EFI)

Les pratiques sont soutenues par la formation des professionnels sur cet axe précis de la communication, et les professionnels ont recours aux différents types de communication (signes, PECS, pictogrammes, ...), Par ailleurs les approches sensorielles sont saisies pour soutenir la communication des personnes à travers la stimulation basale notamment.

Axes d'amélioration: insérer un volet communication dans la trame du projet personnalisé/ améliorer la signalétique de l'établissement/ généraliser le transfert d'expertises entre professionnels et la co-formation/ généraliser le recours à Auticiel/ Développer la communication par les objets / systématiser l'évaluation EFI

5 L'offre d'accompagnement

L'organisation du dispositif

Le dispositif Rogerie s'appuie sur son expérience de personnalisation de l'accompagnement en visant la meilleure sécurisation des soins compte tenu de la vulnérabilité des personnes accueillies. Les enjeux liés à l'accompagnement de personnes vieillissantes (ou les situations d'aggravation) en EANM conduisent le dispositif à reconsidérer son organisation et son fonctionnement pour soutenir les orientations stratégiques issues de la phase diagnostique de l'élaboration du projet:

- 1. Réorganiser et renforcer les unités de vie médicalisées en MAS compte tenu des besoins évolutifs.
- 2. Consolider les mutualisations et les partenariats de façon à co construire des réponses de soins et soutenir l'accès au droit commun en matière de participation sociale
- 3. Requalifier l'offre de l'EANM pour l'ouvrir aux besoins du territoires et porter des parcours plus inclusifs ou des prestations soutenant le maintien à domicile. Dans cette perspective l'offre d'accompagnement doit se décloisonner et répondre aux besoins des personnes en liste d'attente, aux aidants, aux jeunes relevant de l'amendement Creton en attente, ... Ainsi, le dispositif doit prévoir des modalités d'accueil temporaire, développer des prestations mobiles en appui aux familles, initier des partenariats avec les services ambulatoires (SAAD, SSIAD, SAVS, SAS HR, ...) pour venir les appuyer selon le besoin.

Pour faciliter la mise en œuvre de réponses aux besoins spécifiques et évolutifs des personnes accueillies le dispositif poursuit les mutualisations internes entre établissements regroupés sur site de Chemillé. Cette pratique partenariale sera néanmoins confortée par un fort axe de développement extérieur pour bénéficier des expertises complémentaires et/ou des services de droit commun en faveur des projets et de la qualité de vie des personnes.

Ainsi le dispositif Rogerie vise une étape de transformation à l'horizon 2026 avec un plan d'action traduit en plusieurs axes dans le plan d'action annexe au projet.

Organisation actuelle de l'offre

- La démarche qualité associative porte les procédures associatives liées aux étapes de parcours (admission, contrat de séjour, projet personnalisé, changement de lieu de vie, ...).
- NB: La file active reste faible compte tenu d'une offre insuffisamment modulée et des besoins permanents des personnes accueillies.

Modalités d'accompagnement:

- Accueil permanent en internat
- Accueil de jour

Modalités d'intervention:

- **Directes:** services et prestations réalisés au profit des personnes elles-mêmes (notion de valeur ajoutée pour les personnes).
- **Indirectes**: services et prestations réalisés pour que les interventions directes soient délivrées et pour qu'elles soient de qualité.

MAS Accueil permanent

Foyer de vie Accueil permanent

Centre d'Activité de jour

ATR Gibertin

Equipe ressource associative TND

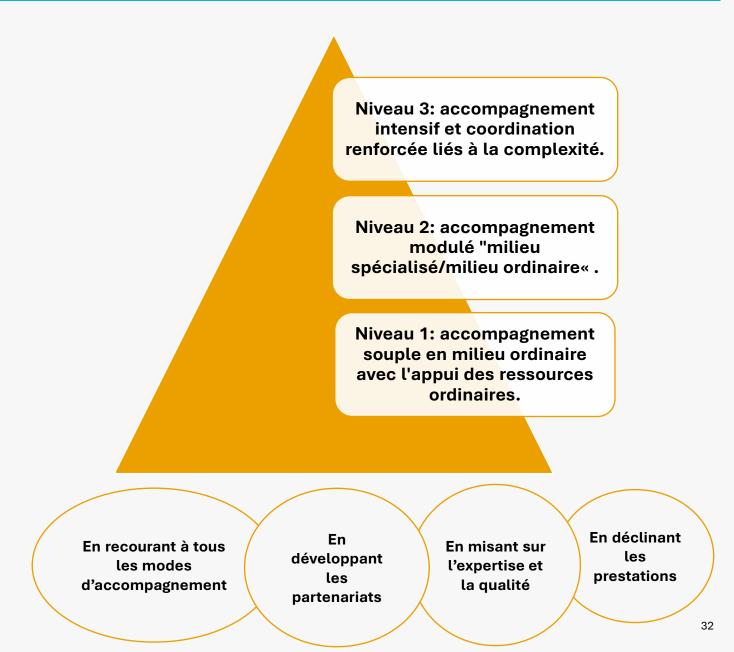
Une nouvelle organisation à 5 ans pour des parcours plus fluides et plus inclusifs

Modalités d'accompagnement à faire évoluer:

- Accueil temporaire et séquentiel permettant de faire évoluer la file active en EANM
- · Possibilité d'un accueil de jour en EAM
- Localisation du CAJ à Chalonnes /Loire pour plus d'inclusion dans la cité
- Les prestations en milieux de vie et auprès des partenaires non spécialisés du domicile
- Inscription dans des projets d'habitat inclusif
- La prise en compte de la charge en soins et du vieillissement

Des modalités d'intervention directes et indirectes à aménager:

- En développant les prestations vers les familles, proches et partenaires dans le cadre d'une fonction ressource mutualisée avec les autres dispositifs de l'ALAHMI.
- En confortant la fonction coordinateur.
- En mettant à disposition des équipements et en les mutualisant.
- En renforçant le partenariat avec acteurs spécialisés et de droit commun.
- En confortant la place des fonctions supports associatives au bénéfice du projet.



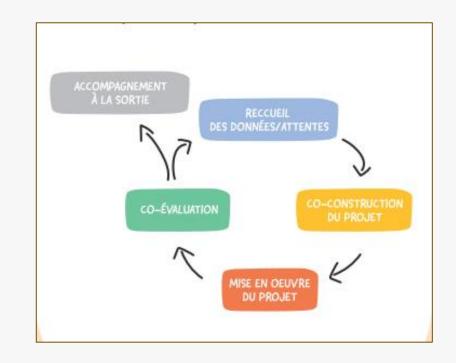
L'offre d'accompagnement du dispositif

La mise en œuvre de l'accompagnement et la démarche PP

Le PP traduit la personnalisation de l'accompagnement. Il vient formaliser les termes de l'accompagnement pour chaque personne, à partir de ses attentes, de ses aspirations, de ses besoins. l'équipe pluridisciplinaire est régulièrement amenée à proposer son expertise concernant les besoins de la personne, à partir d'observations partagées et un processus d'évaluation consolidé.

Le PP est une démarche dynamique inscrite dans le soutien de la participation sociale des personnes concernées et de la prise en compte de leur parole. Le travail des professionnels consiste donc à créer un cadre permettant l'expression des attentes, objectifs de réalisation personnelle ou éléments de projet, pour promouvoir la participation sociale des personnes accompagnées.

- La démarche PP est consolidée à travers la démarche qualité de l'Association et à travers le déploiement d'un système d'information qui abrite le dossier unique de l'usager (IMAGO AXAPA).
- La démarche qualité structure l'ensemble des étapes d'accompagnement (de l'admission jusqu'à la sortie).
- La démarche PP comprend la mise en œuvre de l'interdisciplinarité et des partenariats nécessaires à la continuité et cohérence du parcours.



Objectif d'amélioration:
Poursuivre le processus d'appropriation du DUI et traduire la démarche PP à l'appui des nomenclatures SERAFIN-PH

L'offre d'accompagnement du dispositif Rogerie

Le dispositif Rogerie répond entre autres aux exigences du décret n° 2009-322 du 20 mars 2009 relatif aux obligations des établissements et services accueillant ou accompagnant des personnes handicapées adultes n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie. Il assure en conséquence aux personnes accueillies la permanence:

- De l'hébergement et des prestations hôtelières
- Des soins médicaux et paramédicaux
- D'assistance aux actes de la vie quotidienne
- Des soins d'entretien selon les besoins liés à la dépendance
- Des activités de nature sociale, culturelle, de loisir, de sport adapté,... favorisant la participation sociale et le développement ou maintien des capacités. Ces dernières prestations sont délivrées dans le cadre de la MAS, du FdV et d'un accueil de jour.

L'ensemble de l'accompagnement est soutenu par une démarche de co-construction du projet personnalisé quelle que soit l'étape du parcours. Il prend donc en compte les préférences de la personne ainsi que ses spécificités et rythmes en facilitant l'expression et la communication de manière adaptée.

L'accompagnement intègre les valeurs et principes partagés au sein de l'Association et traduits de façon concrète dans le projet socle des dispositifs de l'ALAHMI en réaffirmant la place de la personne et de ses proches pour toute prestation délivrée au sein du dispositif. Ainsi l'accompagnement reste vigilant à garantir la meilleure participation de la personne et l'accès ou le maintien de ses droits. Cette vigilance est d'autant plus sensible que les personnes accueillies présentent de grandes vulnérabilités; vulnérabilités qui ne peuvent néanmoins gommer les capacités subsistantes et/ou à développer.

L'offre d'accompagnement s'appuie sur un dispositif architectural qui nécessite des aménagements et qui doit s'inscrire dans des travaux de rénovation, mais aussi sur un plateau technique en évolution selon les options de transformation de l'offre qui seront retenues dans un cadre de négociation du futur CPOM. Ce plateau technique concerne les professionnels mobilisés et les équipements dédiés aux différentes prestations: hébergement, restauration, soins, activités de loisirs, d'éveil, ...

L'offre d'accompagnement du dispositif Des prestations pour développer l'autonomie et la participation dans la vie quotidienne et dans la société

- Ces deux champs de prestations revêtent un caractère primordial en matière de qualité de vie pour les personnes accueillies et structurent l'organisation des unités et du dispositif en s'inscrivant dans le quotidien. Les temps d'accompagnement de la vie quotidienne participent à l'élaboration d'un cadre convivial et repérant, dans ses dimensions temporelles, spatiales et relationnelles.
- Certaines prestations sont individualisés et d'autres font l'objet de temps collectifs selon les termes du projet personnalisé et selon l'évolution des besoins et attentes de la personne.
- Ces prestations nécessitent l'adaptabilité des professionnels aux rythmes, capacités et spécificités (notamment sensorielles et de communication) des personnes accueillies. Les habitudes de vie sont prises en compte ainsi que les capacités de stimulation afin que les prestations participent à la préservation et/ou l'amélioration des acquis, ainsi qu'à la prévention d'aggravations.
- Ces prestations liées à l'accompagnement du quotidien contribuent par ailleurs à la prévention de différents phénomènes (dont la douleur, la souffrance psychique, Les « comportements-problèmes », lesquels, par leur dimension fonctionnelle, se rapportent souvent à une manifestation de l'un des deux points précédent).
- Les prestations sont délivrées par des professionnels qualifiés et formés à différentes spécificités:
- Le dispositif investit des ressources internes et des partenariats (AVIE, REH) pour des prestations de participation sociale en lien avec les séjours adaptés, loisirs et vacances.

Sous différentes modalités, selon les âges, les besoins et les projets, le dispositif délivre les prestations suivantes :

	Des prestations pour les actes de la vie quotidienne	2.2.1.1	
Des prestations en matière	Des prestations pour la communication et les relations avec autrui	2.2.1.2	
d'autonomie	Des prestations pour prendre des décisions adaptées à la situation et pour la sécurité	2.2.1.3	
Des prestations	Accompagnements pour l'exercice des droits	2.3.3.1/2.3.3.2	SERAFIN Services et Établissements : Réforme pour une Adéquation
pour la participation	Accompagnements pour participer à la vie sociale	2.3.4.1 / 2.3.4.2 / 2.3.4.3	ets Filhancements aux parcours des Personnes Handicapées
sociale	Accompagnement au logement	2.3.2.1 /2.3.2.2	
	Accompagnements en matière de ressources et d'auto gestion	2.3.5.1 /2.3.5.2/ 2.3.5.3	
	Accompagnements pour exercer ses rôles sociaux	2.3.3.3 / 2.3.3.4 /2.3.3.5 / 2.3.3.6	

Accompagnement dans la vie quotidienne

Leviers/pratiques favorisant l'autodétermination des personnes accueillies : La démarche PP , le respect des choix et préférences, l'encouragement aux habiletés sociales, les planning individuels,

Les pratiques, modalités et outils



Axes d'améliorations

- La démarche PP
- Sorties achats de vêtements
- Restaurant
- Cinéma
- Planning journalier individuel et collectif
- Recours aux pictogrammes
- Suivi médical médecin généraliste et psychiatre
- La préservation du lien avec les familles
- La structuration du temps et les repères journaliers
- L'appui sur la stimulation basale
- Veille sur les états de santé
- Le temps des toilettes et des repas
- Les réunions de personnes accueillies
- Le CHESSEP

- Le partenariat extérieur
- L'habitat inclusif
- Le travail avec la famille
- Adaptation de l'organisation du aux rythmes individuels
- Mutualisations au sein de l'Association pour des missions de conseils d'ergothérapeute, de psychomotricienne
- Les outils de communication

Accès aux loisirs

Leviers/pratiques favorisant l'autodétermination des personnes accueillies: La possibilité de choisir ses activités dans une offre diversifiée, la recherche et le respect des centres d'intérêt, le soutien à la communication, l'encouragement à l'entre-aide

Pratiques, modalités et outils



- La démarche PP
- Les transferts et séjours extérieurs
- Le lien avec le centre social de la commune
- Les activités yoga et bricolage, Intervenants extérieurs (céramiste, comédien,)
- Le REH
- Le lien avec l'EHPAD et les écoles
- AVIE
- Le lien avec les clubs associatifs, la médiathèque, Camifolia « art et jardin »
- Centre équestre, pêche, poterie, théâtre, musique, cirque
- Mixité du public
- Les temps d'accueil et d'écoute « je vais bien ou non »
- L'entre-aide entre personnes accueillies
- Les réunions de personnes accueillies
- Projet de petite boutique avec des réalisations de personnes accueillies selon leurs centres d'intérêts (couture)
- Mutualisation de ressources humaines pour certaines activités
- Consultation des familles sur les centres d'intérêt des personnes accueillies
- Activités sensorielles en liens avec les capacités et difficultés des personnes accueillies
- Activités autour de la convivialité: salon de thé, activité cuisine,
- · Participation à des activités écocitoyennes

Axes d'améliorations

- Ouverture vers l'extérieur du plateau technique
- Mobilisation du bénévolat
- Les partenariats avec les autres ESMS
- Le partenariat avec le milieu ordinaire
- L'assouplissement de l'organisation
- Une meilleure communication en inter groupes de personnes accueillies
- pour que chacun soit informé et profite des activités organisées par les autres groupes (recourir à l'écran de l'accueil)
- Améliorer les transitions secteur enfant et secteur adulte pour faciliter l'adaptation à l'arrivée en secteur adulte

L'offre d'accompagnement du dispositif : Des prestations de soins, de maintien et de développement des capacités fonctionnelles

Les prestations liées aux besoins de santé, de rééducation et de réadaptation s'inscrivent dans un projet de soin à formaliser de façon complémentaire au projet de dispositif. En effet, si de nombreuses actions sont menées en termes de soin, trop peu sont formalisées dans un projet dédié et piloté. Un tel projet apparait nécessaire compte tenu de l'absence de cadre de référence déclinant l'ensemble des actions réalisées auprès des publics accueillis.

Parmi les enjeux d'un projet de soin, le dispositif priorise l'appropriation des RBPP suivantes

- L'accompagnement à la santé de la personne handicapée
- Pratiques de coopération et de coordination du parcours de la personne en situation de handicap
- Comportements problèmes
- Accompagner la personne polyhandicapée dans sa spécificité
- Qualité de vie : handicap, les problèmes somatiques et les phénomènes douloureux
- L'adaptation de l'intervention auprès des personnes handicapées vieillissantes

Par ailleurs le dispositif vise les améliorations suivantes:

- Evaluation des besoins de dépistages (bilans auditifs et visuels, mammographies de dépistage,...)
- La formalisation des conventions avec les établissements de santé et handisoins
- Mieux identifier les ressources en aides techniques et y recourir
- Mieux assurer le suivi des contentions
- Recourir à la télémédecine et téléexpertise de façon plus développée pour contrer les impacts de la démographie médicale défavorable et les temps de transport
- S'appuyer sur une équipe mobile de médicalisation

Les prestations directes et indirectes délivrées par le dispositif se construisent comme de nombreuses réponses apportées à des besoins multiples **positionnées dans le cadre de l'évaluation fonctionnelle et dans un fonctionnement d'équipes décloisonnées.** Dans cette approche globale, les prestations de soins restent souvent reliées aux besoins en matière d'autonomie et de participation pour toutes les dimensions de la vie courante. Ces prestations engagent donc une **approche collaborative entre tous les professionnels et un effort de formation et co-formation au sein des équipes pluridisciplinaires**.

L'ensemble des processus et principes liés à ces prestations doit donc être défini à l'appui d'un projet de soin qui bornera les cinq dimensions de la démarche « soin » du dispositif Sous différentes modalités, selon les âges, les besoins et les projets, le dispositif délivre les prestations suivantes :

· · · · · · ·	Des prestations de soins somatiques et/ou psychiques	2.1.1.1 / 2.1.1.2 / 2.1.1.3 / 2.1.1.4	
de développement des capacités fonctionnelles	Des prestations de rééducation et de réadaptation	2.1.2.1	

LES D	IMENSIONS DU SOIN A LA	ACTEURS ENGAGES	MODALITES ET SUPPORTS
ROGERIE			
		Les personnes accueillies	Le livret d'accueil et la charte, le projet personnalisé
u .	Donner à la personne des	Les familles	Les transmissions / Les réunions d'équipe
sic ve	moyens, des informations	Les tuteurs	Les outils en FALC
La dimension éducative	pour qu'elle puisse mieux	Partenaires extérieurs	Dans les actes de la vie quotidienne
im Iuc	vivre en harmonie avec son	Intervenants internes : AS, ME, AES, AMP, ASI, ES, IDE,	Habituation aux soins
a d éd	environnement et son	médecin, ergo, kiné, psychologue, directeur, CDS,	Transfert de compétences et co-formation (stimulation basale)
Ĭ	handicap	secrétaire	Salon esthétique / Salle Snoezelen
	·		Compétences psychosociales
La dimension préventive		Intervenants internes : AS, ME, AES, AMP, ASI, ES, IDE,	Fiches d'observations
sic	•	médecin, ergo, kiné, psychologue, directeur, CDS,	Actions cibles de prévention : sport, planning familial
en	actotoppo::::cirt ac	secrétaire	Bilans médicaux / Dépistages / visite médicale annuelle / Consultations spécialisées
im éve	comorbiantes par ans action	Familles	Gestes barrières / Vaccinations
a d pre		Restoria et diététicienne, CMP, planning familial,	Régimes alimentaires
Ľ	l'environnement	pédicure	Evaluation de la douleur Protocoles (analyses, traitements préventifs et clinique)
		La personne accueillie	Lors de RDV médicaux
La dimension maintenance		Le médecin traitant	Distribution du traitement
nsi	Maintien d'un état, entretien	Equipe de soins et rééducatives interne	Dans le quotidien : repas, toilettes,
ne	des fonctions vitales et	Famille	Conduites à tenir
dir	réponse aux besoins	Prestaires extérieurs ; chaussures orthopédiques	Support écrit des états de base
-a ma	fondamentaux (santé, com,	Le pharmacien	Salon esthétique / Salle Snoezelen / Massages / Activités physiques adaptées
	bien-être).		Dans les interactions et le lien social
	-	La personne accueillie	Traitements curatifs
La dimension curative		Equipe de soins et rééducatives interne	Matériels adaptés
dimensi curative	Tout traitement et soin en	CHU, CRF les Capucins, clinique St Léonard,	Bilans / Examens complémentaires
ne rat	vue d'une amélioration de	Nutritionniste	Evaluation de la douleur
din	l'état	Familles/ tuteurs	Régimes adaptés
La		Le médecin traitant, le pharmacien	Soins de rééducation
		SSIAD/ADMR/HAD/équipe mobile psychiatrie	Gestion des comportements problèmes
	Prise en charge globale de la		Plan de soin adapté
ior	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •	Equipe éducative	Pour la fin de vie
La dimension palliative	l'évolution d'une maladie	IDE / Médecin	Pour l'accompagnement au quotidien
l me all		Famille /tuteur	Evaluation de la douleur
dii	quo con cintounago.	Equipe mobile de soins palliatifs	
		Avec l'appui des cadres	

Repères à partager pour un projet de soin multidimensionnel:

La définition de la santé OMS:

« La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soit sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale. »

Promotion de la santé et charte d'Ottawa:

« La promotion de la santé a pour but de **donner aux individus davantage de** maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer.

RBPP HAS

- L'accompagnement à la santé de la personne handicapée
- Pratiques de coopération et de coordination du parcours de la personne en situation de handicap
- Comportements problèmes
- Accompagner la personne polyhandicapée dans sa spécificité
- Qualité de vie : handicap, les problèmes somatiques et les phénomènes douloureux
- Pour un accompagnement de qualité des personnes avec autisme ou autres troubles envahissants du développement

Autres références

- Charte Romain Jacob: pour l'accès à la santé des personnes handicapées
- Rapport de Philippe Denormandie: « Améliorer l'accès aux soins des personnes en situation de handicap accompagnées par un ESMS »

Axes d'améliorations pour les prestations en matière de soins



Approche éducative :

- 1. Renforcer la communication adaptée pour soutenir les compétences psychosociale
- 2. Développer l'éducation thérapeutique
- 3. Renforcer les travaux en ateliers : nutrition, sensoriel
- 4. Développer le sport et APA
- 5. Renforcer les réunions cliniques avec les partenaires expertS

Approche préventive:

- 1. Développer le sport et APA
- 2. Renforcer les réunions cliniques avec les partenaires experts
- 3. Initier les thérapies non médicamenteuses

Approche maintenance et curative:

- 1. Renforcer les prestations de : kinésithérapeutes, psychiatre, orthophoniste, ergothérapeute,
- 2. Compenser le manque de matériels adaptés
- 3. Développer le sport et APA
- 4. Renforcer les réunions cliniques avec les partenaires experts
- 5. Initier les thérapies non médicamenteuses

Approche palliative:

1. La formalisation de l'existant (piloté par une IDE spécifiquement formée) dans le projet de soin

L'offre d'accompagnement du dispositif : Les réponses construites avec/pour les partenaires

Le dispositif est reconnu pour son expertise de situations de handicap complexes nécessitant des soins spécialisés.

Les équipes pluridisciplinaires peuvent faire ressource pour d'autres établissements et services du secteur médico-social ou sanitaire, mais aussi pour des acteurs de droits communs et les aidants. C'est particulièrement le cas en matière de prise en charge des phénomènes douloureux, de l'approche palliative et des spécificités du polyhandicap.

Le dispositif est par ailleurs clairement engagé dans des activités de loisirs adaptés variées qui peuvent s'ouvrir aux partenaires extérieurs (écoles, EHPAD notamment) et aux personnes isolées à domicile.

Enfin, les équipements de type balnéo, salle Snoezelen, salles de psychomotricité peuvent être mutualisées avec des partenaires.

La fonction ressource-Comprendre et déployer ANAP- 2022



L'inscription du service dans son environnement

Le dispositif vise d'une part à être mieux identifié par les acteurs et d'autre part à mieux connaître les acteurs ressources permettant de construire des réponses ajustées.

Il s'agit d'un travail permanent indispensable lié à la conduite des projets personnalisés mais aussi au développement de l'offre du dispositif sur le territoire.

Cette dynamique s'inscrit dans une volonté de favoriser l'inclusion des personnes dans l'environnement mais aussi d'ouvrir l'établissement aux acteurs du territoire.

Il s'agit aussi de conforter les axes de transformation en lien avec les besoins non couverts et la tension sur l'offre et les ressources Le dispositif mobilise des acteurs dans les différents domaines de vie pour :

- Faciliter la mise en œuvre des projets personnalisés, permettre des réponses, offrir des prestations que le dispositif ne peut apporter, favoriser les réponses de droit commun, assurer des relais à la fin de l'accompagnement.
- Elaborer ou contribuer à des projets collectifs.

Partenaires privilégiés:

- Acteurs du parcours de santé: CHU Angers, CH Cholet, CMP de Cholet, CRF Les Capucins, Clinique St Léonard, équipe mobile psychiatrie, ERHR/PRIOR, SSIAD, EMSP, HAD
- Les organismes gestionnaires des ESMS partenaires : La Chevalerie, l'ADAPEI 49, VYV, ...
- Les acteurs du loisir, du sport et de la culture de droit commun et spécialisés
- Les acteurs de la promotion de la santé: l'IREPS, le planning familial
- Les acteurs du domicile, SAAD, ADMR
- La MDA 49

Axes d'amélioration

- Renforcer les partenariats permettant de sécuriser le parcours de soins et la prise en compte des spécificités.
- Renforcer les partenariats avec les acteurs de droit commun en matière de culture, loisirs et sport afin de décloisonner le dispositif et favoriser la participation sociale et la qualité de vie des personnes accompagnées

6

Les professionnels et les compétences mobilisées. Le pilotage du dispositif

La feuille de route managériale pour accompagner la transition en dispositif:

- ✓ Avoir plus de visibilité: développer les partenariats
- ✓ Avoir plus d'agilité: moduler nos prestations
- ✓ Réattribuer les responsabilités et les tâches, créer de nouvelles fonctions: gestionnaire de planning / Professionnalisation de la fonction correspondant qualité, coordinateurs de parcours et renforcement des prestations externes (Psychomot, ortho, musicothérapeute, animateur sportif, ...)
- ✓ Renouveler les pratiques: développer l'intervention à domicile, accompagner le personnel ASI à une approche plus globale et les faire participer plus au fonctionnement de l'équipe), renforcer le rôle de l'assistante sociale dans le soutien aux familles et faire glisser les dimensions administratives vers les acteurs de droit commun en accompagnant / Ré ancrer l'accompagnement dans la dimension projet et non plus dans le quotidien / généraliser l'approche fonctionnelle.
- ✓ Créer de la mobilité professionnelle: dans le cadre de la GPEC repérer les appétences de certains professionnels pour développer des alternatives d'accompagnement

La gestion des ressources humaine est une démarche commune au sein de l'ALAHMI et fait l'objet d'un pilotage sous couvert du CODIR en lien avec le projet associatif global et le projet socle.

Le projet socle comprend une orientation stratégique N° 4 « repenser le management et les fonctions supports » déclinée en objectifs stratégiques et actions à mener pour soutenir la transition des ESMS en dispositifs intégrés.

ETP TOTAL DU DISPOSITIF: 55,48 ETP

ETP MAS: 28,17

Encadrement: 0,88

Administration/gestion: 0,67

Socioéducatif (dont AMP et Aide Soignant): 18,29

Services généraux: 2,92

• SDN: 2

Paramédicaux: 3,29

Médical: 0,12

ETP EANM: 27,31 ETP

Encadrement: 1,12

Administration/gestion: 0,82

Socioéducatif: 19,29

Services généraux: 3,58

• SDN: 2,5

- L'effectif socioéducatif (comprenant AMP et Aide soignant) représente 68 % de l'effectif total du dispositif
- L'effectif paramédical représente 6 % de l'effectif total du dispositif
- L'effectif médical représente 0,20 % de l'effectif total du dispositif

LES EFFECTIFS LE PLATEAU TECHNIQUE AU BENEFICE DU DISPOSITIF

Le plateau technique actuel est amené à évoluer progressivement afin de favoriser la transition en dispositif intégré abritant de nouvelles modalités d'accompagnement.

La GPEC associative permettra de rapprocher les futurs départs à la retraite à cinq ans aux opportunités de recrutement de professionnels pour:

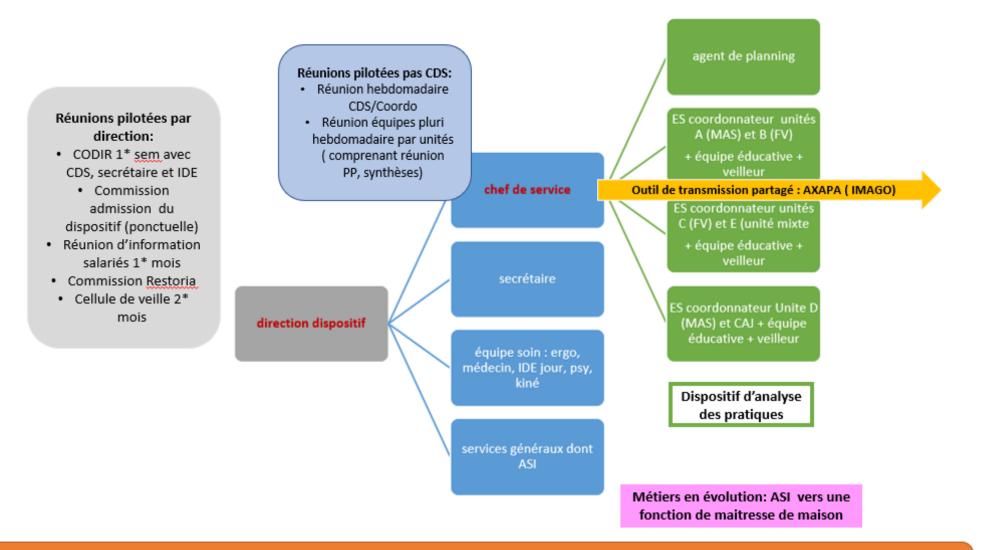
- Diversifier les spécialités d'intervention des prestations de soins de rééducation et de réadaptation
- Servir la nécessaire médicalisation des prestations
- Installer la fonction coordinateur de parcours
- Mutualiser les postes d'IDE avec le Gibertin et la Monneraie

De nouvelles fonctions, dont celle de coordinateur de parcours sont amenées à émerger pour soutenir: les parcours complexes, les évolutions et partenariats liés au vieillissement, la mise en œuvre de l'accompagnement séquentiel, le soutien au domicile, ... Cette fonction se détachera de celle des coordinateurs d'unités et de coordinateurs de projet personnalisés, déjà à l'oeuvre.

La nouvelle organisation en dispositif impactera de fait l'ensemble des professionnels dans leur organisation et leurs pratiques professionnelles.

Axes d'évolutions:

- Réviser le volume et le format des réunions ainsi que leurs contenus
- Augmenter la sécurité des soins IDE
- Renouveler les pratiques, attribuer de nouvelles missions à certains professionnels (ASI, ASS, ...), soutenir les compétences d'intervention dans les milieux de vie ordinaire
- Renforcer l'attractivité des emplois et du site



Places des usagers dans l'organisation :

CVS 3* an / 1 rencontre annuelle usagers et familles, rencontres individuelles PP usager et coordo de PP, , réunion restauration 1* mois usagers/usagers

LES ESPACES DE REFLEXION ET DE REGULATION POUR LES PROFESSIONNELS

L' espace de réflexion éthique





7

Les objectifs d'évolution, le plan d'action.

Fiche action N°1 :ELARGIR LE PANEL DE PROPOSITIONS ADAPTEES AUX BESOINS

Fiche action N°2: ADAPTER LES REPONSES FACE A L'AVANCEE EN AGE

Fiche action N°3: FAVORISER ET CONSOLIDER LES REFERENCES COMMUNES

Fiche action N°4: TRANSISION ENTRE SECTEUR ADULTE ET ENFANT

Fiche action N°5: DEVELOPPER LES PARTENARIATS DE DROITS COMMUNS

Fiche action N°6: ADAPTER LES LOCAUX AUX BESOINS

Fiche action N°7: CONSOLIDER LA CONTINUITE ET LA QUALITE DU SOIN

Fiche action N°8: FAVORISER L'AUTODETERMINATION, LA PARTICIPATION ET LE POUVOIR

Fiche action N°9: FORMER A LA COORDINATION DE PARCOURS

Fiche action N°10: ADAPTER LES REPONSES AUX BESOINS

	ELARGIR LE PANEL DE PROPOSITIONS ADAPTEES AUX BESOINS
Référence au projet associatif et au projet socle	Stratégiques ciblées par l'action : ORGANISER LA SOUPLESSE DES PRESTATIONS AU BENEFICE DU PARCOURS Orientations stratégiques couverte par l'action : DECLINER LE PANEL DE PRESTATIONS AU SEIN DE CHAQUE DISPOSITF ET PAR NIVEAU D'INTERVENTION GRADUEE
Constats et enjeux du dispositif	Sur la Rogerie, l'offre ne propose pas d'accueil temporaire, ni d'accueil séquentiel. L'accueil de jour reçoit 6 personnes en file active, tout au long de l'année. Les visites à domicile ne sont pas pratiquées. Le virage inclusif nous oriente à favoriser le maintien à domicile et développer le soutien aux familles. Les autres services de L'ALAHMI proposent un accueil temporaire (MAS/FAM) et des stages de découverte ; Les activités gagnent à se développer tant en interne que vers l'externe et à être corrélées aux objectifs du PP.
Objectifs de l'action	Développer la diversité de l'offre avec les partenaires ESMS du territoire (stage découvertes, activités, séjour de rupture etc.) Consolider l'offre d'activités en corrélation avec les objectifs du PP Développer la collaboration entre les sites pour une extension de l'offre des activités proposées Organiser l'accès au plateau technique sur site mutualisé, ou des partenariats complétant l'offre Favoriser le maintien à domicile Soutenir les familles et les aidants et favoriser les visites à domicile Elargir l'offre en proposant un accueil séquentiel ou temporaire Anticiper une offre inclusive et habitat partagé sur le territoire Accorder la bonne réponse aux besoins Créer une UFA; UNITE DE FORMATION A LAUTONOMIE Mettre en place des activités physiques adaptées
Pilote de l'action	DIRECTION + CDS
Modalité de mise en œuvre	Etablir et catégoriser un répertoire de besoins sur le territoire Valider les orientations du dispositif ROGERIE / Actualiser le projet du CAJ: Proposer un accueil séquentiel / une place pour deux personnes Définir les moyens matériels et RH requis Formaliser les orientations dans le cadre du prochain CPOM /Proposer au CPOM une unité dédiée à la consolidation de l'autonomie Structurer et consolider la collaboration entres les sites Organiser une Equipe mobile, Se mettre en veille pour une externalisation ou habitat partagé Groupes de travail
Partenaires mobilisés	En interne : IME FV FAM MAS GIBERTIN En externe : ESMS Partenaires ARS CD
Échéances	2025
Modalités d'évaluation	Formalisation cartographie des besoins non pourvus Plan d'investissement / Validation Dispositif et signature CPOM Nombre et fréquence des visites à domicile et métiers requis, /Nombre et activités proposées entre site /Nombre et activités proposées de droit commun Associatif : Nombre de réponse à appel à projet / Contractualisation partenaire habitat partage

ADAPTER LES REPONSES FACE A L'AVANCEE EN AGE.		
Référence au projet associatif et au projet socle	Axes Stratégiques ciblés par l'action: PRESTATIONS A DEVELOPPER QUALITE DE L'ACCOMPAGNEMENT Orientations stratégiques couverte par l'action: Organiser la souplesse des prestations au bénéfice du parcours Adapter l'offre aux besoins des personnes, de leurs aidants et des territoires dans une logique inclusive et d'ouverture sur la cité	
Constats et enjeux du dispositif	La population est vieillissante (tout comme les familles). La combinaison handicap vieillissement accroit les besoins en termes de soin et d'accompagnement. La charge de travail pour les équipes est en constante augmentation sans toujours un accompagnement ajusté concernant le vieillissement précoce et la combinaison du handicap.	
Objectifs de l'action	Mieux repérer les signes de vieillissement précoce Favoriser les échanges, la formation et le développement de travaux sur le repérage des personnes vieillissantes Mener une politique de prévention de la perte d'autonomie Adapter l'accompagnement global en fonction de l'avancée en âge et l'évolution des besoins Adapter les lieux de vie et le matériel aux besoins Maintenir les acquis et accompagner la perte de l'autonomie. Assurer la continuité des soins, lutter contre la douleur, proposer des soins palliatifs Accompagner les personnes en situation de handicap dans une unité spécifique conforme aux référentiels départementaux (référentiel UHPA/UPHV du CD49) et régional Déployer un projet dédié aux populations les plus dépendantes afin d'engager une démarche moins palliative et plus augmentative sur des axes de vie sociale Mener une politique d'aide aux aidants, notamment vieillissants	
Pilote de l'action	DIRECTION + CDS	
Modalité de mise en œuvre	Groupe de travail et équipe ressource Vieillissement Construire et diffuser des grilles d'observation et d'analyse communes, évaluer la perte d'autotomie Evaluer l'évolution des besoins Définir les modalités d'accompagnement spécifiques Mettre en place une unité spécifique « personnes vieillissantes » Former les salariés à l'accompagnement des personnes vieillissantes Mettre en place des activités de soutien à l'autonomie, maintien des acquis et favoriser les interactions sociales Définir une politique de prévention de perte d'autonomie Définir et mettre en place une démarche de soins palliatifs Repérer les besoins des aidants notamment vieillissants Repérer les partenaires institutionnels et favoriser les conventions (plateforme PHV ?)	
Partenaires mobilisés	En interne : FV FAM MAS En externe : ESMC Partenaires EHPAD, MAS FV .CD 49	
Échéances	Dès 2024 et au long cours	
Modalités d'évaluation	Nombre de réunions GT Vieillissement / Grilles d'analyse et d'observation validées Nombre d'évaluations vieillissement réalisées /Nombre de formation Vieillissement réalisées /Nombre d'activités maintien des acquis proposées / Nombre et nature des adaptations des lieux de vie Formalisation et diffusion d'une politique de prévention / Formalisation démarche de soins palliatifs Création unité spécifique Nombre actions aides aux aidants (repérage des besoins, offre de répit) /Nombre de partenariats et conventions,	

FAVORISER ET CONSOLIDER LES REFERENCES COMMUNES		
Référence au projet associatif et au projet socle	Stratégiques ciblés par l'action : ORGANISER LA SOUPLESSE DES PRESTATIONS AU BENEFICE DU PARCOURS Orientations stratégiques couverte par l'action : ACCOMPAGNER LE CHANGEMENT DE CULTURE AUPRES DES PROFESIONNELS	
Constats et enjeux du dispositif	Les salariés accompagnent les personnes accueillies selon des procédures qualité et des références communes. Le socle commun des connaissances partagées gagne à être consolider pour une meilleure appropriation des process et des outils Les expertises internes et les initiatives sont à favoriser	
Objectifs de l'action	Partager un socle de connaissance et de références communes en matières d'accompagnement des personnes en situation de polyhandicap, consolider et sécuriser le process qualité, les méthodes d'évaluation), S'approprier les RBBPP (l'accompagnement de la personne polyhandicapé dans sa spécificité-, comportement problème, santé, accès aux soins, qualité de vie, PH vieillissantes etc. S'approprier la démarche qualité et la faire vivre Ajuster le positionnement éducatif sur la PAQ Partager et informer régulièrement Proposer des formations communes	
Pilote de l'action	CDS, Coordonnateurs et Correspondants qualité	
Modalité de mise en œuvre	Mettre à l'ordre du jour la démarche qualité et les RBPP à chaque réunion d'équipe et tracer les CR Mettre en place un plan de communication qualité (affichage, compte rendu) et faire sens Organiser des temps communs (séminaires groupe de travail, temps de réunion général) sur des thèmes précis Renforcer utilisation des outils produis par QualiREL Mettre en place des temps de rencontres « métiers » Identifier un temps dédié pour les correspondants qualité et consolider leur accompagnement à la diffusion et la remontée des informations	
Partenaires mobilisés	Coordonnateurs et Correspondants qualité	
Échéances	2023	
Modalités d'évaluation	Nombre de réunions par équipe abordant la qualité ou le RBPP- Fréquence et nature des sujets QUALITE ET RBPP abordés en réunion d'équipe Nombre de rencontres correspondant qualité / dire Nombre des informations collectives abordant la qualité ou les RBPP Fréquence et modalités des communications QUALITE ET RBPP Nombre de formation commune au niveau associatif	

. TRANSISION ENTRE SECTEUR ADULTE ET ENFANT		
Référence au projet associatif et au projet socle	Stratégiques ciblés par l'action : ORGANISER LA SOUPLESSE DES PRESTATIONS AU BENEFICE DU PARCOURS Orientations stratégiques couverte par l'action : Améliorer la transition entre secteur Adulte et Enfants	
Constats et enjeux du dispositif	La préparation de la transition entre secteur adulte et enfant est gage de qualité. Les outils d'évaluation et d'accompagnement se doivent d'être mutualisés. Par ailleurs l'anticipation se révèle indispensable pour les jeunes adultes. Le salariés se rencontrent uniquement lors d'une admission. Il serait souhaitable que chaque service ait une vision plus approfondie de l'offre globale.	
Objectifs de l'action	Consolider la logique de parcours et Anticiper le changement de structure Favoriser l'orientation et préparer la transition vers le secteur adulte dans les meilleures conditions Assurer la continuité de l'accompagnement sans rupture Proposer un accompagnement ambulatoire (amendement creton) Favoriser un socle de connaissance commune et partagée et consolider les outils communs	
Pilote de l'action	DIRECTION/CDS/ CODIR	
Modalité de mise en œuvre	Nommer un référent TRANSITION; adossé au groupe jeune adulte de l'IME Créer un groupe de travail commun inter services Répertorier les activités mutualisables Répertorier les partenaires institutionnels du secteur adulte et favoriser les partenariats Groupe de travail Promouvoir des rencontres entre les professionnels Adultes/enfant pour croiser les outils (Vineland échelle d'évaluation comportement, Comvoor, Axapa, CHESSEP etc.) Proposer des ateliers « partages » au sein du secteur Adulte pour Amendement CRETON Favoriser les stages découvertes Amendement CRETON Visites de familles	
Partenaires mobilisés	En interne : IME FV FAM MAS GIBERTIN MAS FV ROGERIE En externe : ESMS Partenaires EHPAD, MAS FV. Les personnes concernées, les familles, les représentants légaux,	
Échéances	2024	
Modalités d'évaluation	Nombre de stage découvertes Nombre de visites Nombre de rencontres Nombre d'atelier partages et effectif Nombre de conventions et partenariats Nombre d'adultes accueillis en secteur adulte	

	DEVELOPPER LES PARTENARIATS DE DROITS COMMUNS		
Référence au projet associatif et au projet socle	Stratégiques ciblés par l'action : ORGANISER LA SOUPLESSE DES PRESTATIONS AU BENEFICE DU PARCOURS Orientations stratégiques couverte par l'action : Développer les partenariats de droits communs		
Constats et enjeux du dispositif	Les partenariats existent mais ne sont pas tous formalisés, ce tant en termes de participation sociale que d'accès aux soins. Le virage inclusif nous conduit à favoriser les dispositifs de droit commun lorsque cela est possible. Favoriser la participation sociale et la citoyenneté reste fondamentale dans l'exercice de tous les droits de la personne. Le recours au milieu ordinaire par les professionnels pour nos personnes accueillies reste exceptionnel. Le regard du milieu ordinaire sur le handicap doit pourvoir évoluer.		
Objectifs de l'action	Favoriser la participation sociale en augmentant le nombre de personnes accueillies participant à des activités extérieures (Culture, loisirs, sports) A la citoyenneté ; favoriser l'exercice de droit de vote, Favoriser la culture Ecoresponsable des personnes accueillies (déchets, compost,) Ouvrir l'établissement à l'extérieur (manifestations, fêtes, etc.) Accompagner le changement de regard du milieu ordinaire sur le handicap		
Pilote de l'action	Cds coordinateurs		
Modalité de mise en œuvre	Répertorier les potentiels partenaires sur le territoire (diag territorial) Formaliser les partenariats de droit commun Organiser des journées de sensibilisation au handicap Participer aux manifestations locales Maintenir et développer l'inscription des personnes accueillies aux activités culturelles ou sportives locales		
Partenaires mobilisés	CENTRES SOCIAL COMMUNE ASSOCIATION CULTURELLES ET SPORTIVES Les autre sites de l'Association		
Échéances	Au long cours		
Modalités d'évaluation	Nombre de conventions Nombre d'ateliers de droit commun Nombre de participations manifestations locales Nombre de personnes accueillies participant à des ateliers de droit commun et fréquence		

ADAPTER LES LOCAUX AUX BESOINS.		
projet associatif	Stratégiques ciblés par l'action : ORGANISER LA SOUPLESSE DES PRESTATIONS AU BENEFICE DU PARCOURS Orientations stratégiques couverte par l'action : ADAPTER LES LOCAUX AUX BESOINS	
Constats et enjeux du dispositif	Le bâtiment est vieillissant. La population est vieillissante. La population accueillie a majoritairement et de plus en plus besoin de soins médicaux et de surveillances, constants. L'établissement s'oriente plus vers une EAM qu'un EANM. Les locaux ne répondent plus à l'évolution des besoins. Une première phase de travaux a été réalisée. La seconde est en cours. Toutes deux concernent essentiellement le bâti. Il est nécessaire d'anticiper des lieux de vie et un environnement (capacitant) adaptés aux personnes avec des outils et du matériel adéquat favorisant les capacités des personnes et œuvrant aux meilleurs conditions de travail possibles	
Objectifs de l'action	Adapter les conditions d'accueil aux besoins en évolution Adapter l'environnement au public et favoriser l'autonomie Adapter les locaux pour de meilleures conditions de travail	
Pilote de l'action	Dire DG	
en œuvre	GT Recueil et évaluation de l'évolution des besoins personnes accueillies Etude de la population et projection sur 5 ans Elaboration et lancement dispositif ROGERIE = délocalisation CAJ FV, proposition accueil de jour EAM Diagnostic immobilier sans oublier l'extérieur (jardin thérapeutique etc.) Projection des transformations des unités FV ou mixte en EAM Groupe de travail, piloté par ERGO: Evaluation des outils et du matériel requis Evaluation de l'environnement (lumière, peinture, circulation, jardin, etc environnement capacitant.) Evaluation des conditions de travail et propositions d'amélioration Etude de cout et financement Validation CPOM Planification	
Partenaires mobilisés	DG, Responsable financier, ERGO ? Equipe Ars CD Cabinet d'étude	
Échéances	2025	
Modalités d'évaluation	Formalisation évaluation des évolutions des besoins Formalisation et validation dispositif ROGERIE Réalisation diagnostic immobilier et besoins en matériels Projection financière Validation CPOM Formalisation plan d'action ajustement environnement	
	Plan de financement	

	CONSOLIDER LA CONTINUITE ET LA QUALITE DU SOIN
Référence au projet associatif et projet socle	Stratégiques ciblés par l'action : ORGANISER LA SOUPLESSE DES PRESTATIONS AU BENEFICE DU PARCOURS Orientations stratégiques couverte par l'action : ELABORER UN PROJET DE SOIN
Constats et enjeux du dispositif	Les orientations de la population accueillie tendent majoritairement vers un EAM et les besoins en soins et en surveillance médicale vont croissants : 62% de la population a une orientation EAM; 15 % sont en attente de place EAM, 13% sont en cours d'évaluation et les préconisations tendent vers un EAM. Sur les 6 places MAS attribuées du groupe mixte (10 places), 8 sont déjà actées EAM et les deux dernières le sont également. L'établissement projette à court terme la transformation de places FV en EAM. Quelque soit les orientions actées et les effectifs accordés, l'équipe soin se doit d'être consolidée. Un projet de soin devra être formalisé. Des expertises sont manquantes : psychomotricien, orthophoniste. Le temps de médecine se révèle insuffisant (0,08 ETP à ce jour); L'IDE de nuit est mutualisé entre les sites, tout comme le médecin, le kiné et l'ergo. La permanence des soins est assurée un week-end sur deux à La ROGERIE; Les cas d'urgence en cas d'absence sont gérés par le GIBERTIN. Le pôle d'expertise TND associatif propose son accompagnement. Ce type de partage est à développer en encourageant les initiatives de terrain. Les expérimentations sont à encourager (environnement, massage etc.)
Objectifs de l'action	Structurer une politique de prévention et formaliser un plan de soin individualisé, préventif, curatif, palliatif (incluant les volets VAS, bucco-dentaire, activité physique, prévention, promotion de la santé, dénutrition, gynécologie, cancer, thérapies non médicamenteuses, éducation thérapeutique, gestion de la douleur) Rechercher et formaliser le consentement éclairé de la personne et sa participation aux soins. Structurer le suivi du développement des thématiques émergentes Consolider le circuit et sécurité de la distribution des médicaments Formaliser les conventions avec une équipe mobile de soins palliatifs ; Accompagner la fin de vie avec la personne accompagnée et ses aidants Corréler les prestations aux besoins (somatique, psychique) selon la nomenclature Sérafin Pallier aux expertises manquantes et aux besoins non pourvus (psychiatre, orthophoniste, psychomotricien, temps de médecin) /Favoriser l'accès aux soins vers le secteur libéral Constituer un groupe de travail mutualisé PERMANENCE DES SOINS Consolider la participation au groupe thématiques externes (PRIOR, etc.) Favoriser les initiatives de terrain et le partage d'expérience
Pilote de l'action	LES DIRECTIONS, CDS Médecin IDE Equipe de soin y compris psy
Modalité de mise en œuvre	Groupe de travail soin Rédaction projet soin incluant volet prévention, promotion de la santé, éducation thérapeutique ; thérapies non médicamenteuses, soin palliatifs et accompagnement fin de vie et permanence de soins / Formaliser un dispositif PERMANENCE DES SOINS Identifier et nommer un référent pour les thématiques émergentes essentielles et constituer un groupe VAS Mettre en place des actions de sensibilisation à la prévention et de promotion de la santé, des activités physiques adaptées, le recours à la Télémédecine Former à l'accompagnement de fin de vie Favoriser les recours au secteur libéral pour le FV / Formaliser les conventions avec le secteur sanitaire Evaluer les besoins non pourvus et s'appuyer sur le secteur libéral lorsque cela est possible Mettre en place un recueil de proposition
Partenaires mobilisés	Equipe soin, secteur sanitaire, DIRECTION
Échéances	2024
Modalités d'évaluation	Nombre de groupe constitué et fréquence des rencontres ; Nombre et fréquence sport adapté proposé / Mise en œuvre télémédecine et fréquence d'utilisation / Nombre d'action de sensibilisation, individuelles ou collectives /Nombre de formation /Nombre de convention / Nombre de PP actualisé avec un versant prestation soin selon Sérafin Mise en place dispositif permanence de soins
	54

	FAVORISER L'AUTODETERMINATION, LA PARTICIPATION ET LE POUVOIR D'AGIR		
Référence au	Stratégiques ciblés par l'action : ORGANISER LA SOUPLESSE DES PRESTATIONS AU BENEFICE DU PARCOURS		
projet associatif	Orientations stratégiques couverte par l'action : : Consolider l'exercice et l'accès aux droits (vie intime et affective, espace de vie, soins, culture, loisirs, citoyenneté), la		
	participation, le consentement éclairé		
, ,,			
Constats et	Le consentement des personnes, la participation et leur expression sont favorisés mais ils peuvent être améliorés en accentuant tous les modes de recueils de besoins et de		
enjeux du	communication. Il existe un livret d'accueil des réclamations, mais il est peu utilisé. Il n'existe pas de sensibilisation ou d'actions sur la vie affective et sexuelle pour les		
dispositif	personnes accueillies de la ROGERIE. Cette action est fondamentale dans l'épanouissement de la personne. Cet atelier existe sur le GIBERTIN		
Objectifs de	Être acteur de sa vie, et avoir la capacité d'agir selon ses choix		
l'action	S'assurer d'un consentement éclairé dans tous les actes de la vie		
	Favoriser l'autonomie de la personne l'exercice de ses droits et sa participation		
	Encourager l'expression des choix et la participation des personnes		
Pilote de l'action			
Modalité de mise	Développer les modes de communications alternatives (tablettes, picto, CHESSEP etc.)		
en œuvre	Constituer un groupe de travail pour élaborer un projet VAIS sur l'établissement en lien avec le déploiement du CR VAIS et avec des partenaires type planning familial en		
	mutualisant avec le groupe VAIS du Gibertin)		
	Rédiger une charte relative à la VAIS selon les âges de la vie		
	Désigner un binôme de référents par dispositif pour la VAIS		
	Elaborer un cahier des charges de formation-action visant l'acculturation collective y compris les personnes accueillies et les familles		
	Formaliser les partenariats avec le centre ressource régional		
	Consolider le questionnement éthique (axe transversal des groupes de travail) par l'apport de travaux consolidés sur l'intimité (des soins, des espaces, de la vie affective et		
	sexuelle), sur le consentement (aux soins, à la VAIS,), sur le rapport aux normes (santé, hygiène, relations, le risque,), sur l'autodétermination, sur les comportements		
	problèmes Diffuser et améliorer le livret recueil des réclamations		
	Former les aidants : journée de sensibilisation		
	Informer régulièrement les familles de la vie de l'établissement (feuille trimestrielle, consolider l'information et la participation des familles)		
	GROUPE VAS GIBERTIN		
	PLANNING FAMILLAL		
HIODICISES	CR VAIS		
	Comité éthique CVS		
Échéances	2024		
Modalités	Constitution de groupe de travail fréquence de rencontres et effectif concernés		
d'évaluation	Rédaction charte		
	Nombre de Formation		
	Nombre de journée consacrée		

	FORMER A LA COORDINATION DE PARCOURS
Référence au projet associatif et au projet socle	 Stratégiques ciblés par l'action : ORGANISER LA SOUPLESSE DES PRESTATIONS AU BENEFICE DU PARCOURS Orientations stratégiques couverte par l'action : RENFORCER LA COORDINATION DE PARCOURS ET FORMALISER CETTE FONCTION (transverse)
Constats et enjeux du dispositif	Il existe des coordinateurs d'équipe. Les fonctions sont assez larges. La transformation de l'offre évolue vers des fonctions de coordinateurs de parcours. Cette fonction exige une formation spécifique. L'offre repose essentiellement sur les ressources internes. Elle pourrait s'élargir plus encore d'abord entre les établissements de l'Association notamment pour le soin et les ateliers mais aussi avec des partenaires externes (secteur sanitaire libéral, secteur culturel, loisirs et autres ESMS); Les activités à LA ROGERIE accueillent des personnes accueillies de l'EHPAD ou de l'école voisine et un partenariat existe à travers REH. Ce type de partenariat pourrait se renforcer
l'action	Adapter les fonctions et les métiers en corrélation avec la transformation de l'offre Adapter les réponses en fonction des besoins dans une logique de prestation de service et d'une logique de parcours coordonné Elargir l'offre en s'appuyant sur les ressources internes et externes Anticiper un fonctionnement en logique de prestations plutôt qu'en logique de place Faciliter la fluidité des prises en charge partagées par des partenariats formalisés et durables
Pilote de l'action	DIRE CDS RRH CODIR
en œuvre	Groupe de travail (transverse) Définir les prestations mutualisables et les modalités (soin, activités) Définition des missions attendues d'un coordinateur de parcours Fiche de fonction/ Fiche de poste Formation Groupe de travail Répertorier les activités et corrélation avec les bénéfices attendus Définir les modalités d'ouverture à l'extérieur et les participations Répertorier les partenariats externes
Partenaires mobilisés	Les autres services en interne Les ESMS Le secteur associatif (sport loisir culture)
Échéances	2026
Modalités d'évaluation	Constitution groupe de travail Formalisation objectifs attendus et modalités Nombre de convention Formalisation fiche de poste Nombre de salariés formés Nombre de Prestations mutualisées (soin et nombre d'ateliers) Nombre de personnes extérieurs accueillies

ADAPTER LES REPONSES AUX BESOINS			
Référence au	OUT A CONTRACT OF A SHARE OF A COLUMN FOOF DECEMBER AND ALL DENIES OF DUDA DOCUME.		
	Stratégiques ciblées par l'action : ORGANISER LA SOUPLESSE DES PRESTATIONS AU BENEFICE DU PARCOURS Orientations stratégiques couverte par l'action : ELARGIR LE PANEL DE PROPOSITIONS ADAPTEES AUX BESOINS		
	- · ·		
Constats et	Sur la Rogerie, le groupe E MIXTE, (10 places, 6 MAS et 4 FV) toutes les personnes accueillies ont une orientation EAM. Les 4 places FV sont occupées par des		
enjeux du dispositif	personnes accueillies ayant déjà une orientation MAS ou pour lesquels cette orientation est demandée ; Les deux unités MAS (A et D) accueillent 9 personnes accueillies. Les situations complexes liés au polyhandicap, le vieillissement de la population qui entrainent des soins de nursing en augmentation, la qualité		
	exigible des accompagnements et notamment le développement des activités proposées, requièrent des unités plus petites ; Sur le groupe B (FV) 4 personnes		
	accueillies sur 10 ont des préconisations en EAM. Sur le groupe C (FV), 3 personnes accueillies sur 10 ont une orientation EAM actée. Les réponses aux besoins		
	sont inadaptées et reposent sur l'engagement des professionnels, mais les ressources sont insuffisantes et les expertises manquantes (soin). L'évolution des besoins exige une adéquation des ressources disponibles requises.		
	L'accueil de jour accueil FV (6 Résidents pour un ETP) cumule le fait d'être excentré géographiquement et donc accentue les difficultés de transport qui y sont		
	liées. De fait, l'accès aux activités de droit commun restent difficiles et nuisent à la participation social et l'inclusion. Parallèlement, les propositions d'accueil		
Objectife de	de jour MAS FAM sont insuffisantes sur le territoire et les listes d'attente sont importantes.		
Objectifs de l'action	Faire correspondre l'offre aux besoins		
taction	Adapter les ressources requises et disponibles à l'orientation et l'évolution des besoins, (transformer 3 place FV en 3 places EAM Répondre aux besoins non pourvues et notamment pour l'accueil de jour EAM		
	Favoriser l'inclusion social et l'accès aux activités de droit commun		
	S'inscrire dans le contexte de la transformation de l'offre et notamment dans le virage de l'habitat inclusif et de la désinstitutionalisation		
Pilote	DG DIRE CDS RRH ET RFDG DIRE CDS RRH ET RF		
Modalité de mise	Délocaliser l'accueil de jour FV en centre-ville		
en œuvre	Créer un accueil de jour EAM		
	Réaffecter 3 places FV du groupe E transformé en MAS vers l'habitat inclusif		
Partenaires	En interne : Service RH et financier		
mobilisés	En externe : ESMS Partenaires ARS CD		
Échéances	2027		
Modalités	Formalisation impact RH ET Financier		
d'évaluation	Validation CPOM		
	Etude immobilière		
	Lancement des travaux et date de livraison		

Projet dispositif 2022-2026 LA ROGERIE N^{o} EN .08. AA Version 1

Validé en CVS, CSE et CA.