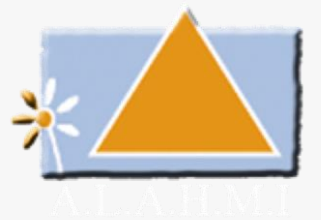

PROJET DE DISPOSITIF GIBERTIN 2022-2026

**Route de Chalonnes
49120 Chemillé-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.

- **COPIL** : DG, Président, Directeurs, responsable qualité, RRH, DAF.
- 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 thématiques : CODIR élargi (direction, fonctions supports et chefs de service)



PHASE 2: ELABORATION DU PROJET DE DISPOSITIF GIBERTIN

- 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

1 LE DISPOSITIF GIBERTIN:

Etablissements et modalités d'accueil

MAS : 77 places

- 68 places d'accueil permanent
- 4 places d'accueil temporaire
- 5 places d'accueil de jour (basées sur le site de Vernantes)
- L'établissement est autorisé pour accueillir des personnes polyhandicapées
- Liste d'attente: 3 personnes

FAM: 44 places

- 42 places en accueil permanent (une unité de 6 places accueille des personnes avec TSA)
- 2 places en accueil temporaire
- L'établissement est autorisé pour accueillir des personnes avec une déficience intellectuelle ou mentale avec troubles associés plus ou moins sévères.
- Liste d'attente: 42 personnes

File active de l'accueil temporaire MAS/FAM: 25 personnes au 31.12.2021

FV: 36 places en accueil permanent

- L'établissement est autorisé pour accueillir des personnes présentant une déficience intellectuelle ou mentale avec des troubles associés (troubles du comportement, du neurodéveloppement, difficultés motrices et/ou physiques)

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 d'Accueil Médicalisé

- **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 R314-140 à R314-146 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF) fixent les dispositions applicables aux FAM et notamment en matière de dispositions financières compte tenu de l'autorisation conjointe entre ARS et Conseil Départemental.**
- **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

- Développer des activités sociales, artistiques et culturelles, ouvertes sur l'extérieur,
- développer ou maintenir les acquis en renforçant le 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

2- 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.
- **Article L312-7-1 modifié par ordonnance N° 2020-232 du 11 mars 2020 art -41**
 - Les établissements et services médico-sociaux peuvent fonctionner en dispositif intégré pour accompagner des enfants, des adolescents et **des jeunes adultes handicapés** ou présentant des difficultés d'adaptation.
 - Le fonctionnement en dispositif intégré consiste en une organisation des établissements et des services mentionnés au premier alinéa du présent article destinée à favoriser un parcours fluide et des modalités d'accompagnement diversifiées, modulables et évolutives en fonction des besoins des enfants, des adolescents et des jeunes adultes qu'ils accompagnent. **Dans le cadre du dispositif, ces établissements et ces services proposent, directement ou en partenariat, l'ensemble des modalités d'accompagnement prévues au dernier alinéa du I de l'article L. 312-1.**

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.

2

PREAMBULE

Pourquoi évoluer en dispositif?



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

- ✓ Pour structurer l'équipe d'encadrement à partir d'un nouveau projet.
- ✓ Pour réorganiser les unités de vie en prenant en compte les besoins et attentes des personnes accompagnées.
- ✓ Pour favoriser la mobilisation et mobilité des compétences selon le besoin des personnes accompagnées.
- ✓ Pour développer les réponses à partir de la plateforme de prestations de services (ATR) et le partenariat.

Synthèse du diagnostic partagé

Un dispositif qui peut renforcer son positionnement territorial et moduler les parcours en développant le partenariat et en décloisonnant ses réponses



FORCES	FAIBLESSES
✓ Bâtiments et plateaux techniques adaptés ✓ Environnement sécurisé et accueillant au sein d'un parc arboré ✓ Des lieux d'activité variés selon les besoins. ✓ Ouverture en 2017 de deux unités supplémentaires permettant d'adapter les prestations. ✓ Des projets personnalisés à partir d'évaluations individualisées. ✓ Un terrain de stage et d'accueil pour les personnes issues de la réponse accompagnée pour tous. ✓ Un lieu de stage pour les professionnels en formation. ✓ Des équipes formées travaillant en pluridisciplinarité.	✓ Peu de réponses inclusives et beaucoup de réponses in situ. ✓ Partenariats insuffisamment développés selon les axes. ✓ Difficulté de porter des accompagnements individuels au sein de collectifs importants. ✓ Vieillesse de la population accueillie et des familles ✓ Des soins médicaux de plus en plus importants. ✓ Tensions RH et ratio d'accompagnement insuffisant ✓ Des équipes en difficulté face au vieillissement et à la fin de vie.

OPPORTUNITES	MENACES
✓ Accueil de profils complexes depuis l'ouverture de l'Association. ✓ Une bonne image sur le territoire de notre capacité à répondre aux situations complexes. ✓ Implantation du dispositif entre deux agglomérations importantes (Angers et Cholet). ✓ Partenariats avec les acteurs de 3eme ligne. ✓ Renforcer la participation des familles dans le parcours de leur proche et notamment en matière de parcours de soin.	✓ Pas de transport communal, accessibilité peu développée sur le territoire. ✓ Immobilier peu développé sur le territoire (locatifs...). ✓ Peu de représentativité des personnes accueillies sur la commune et dans les instances politiques. ✓ Liste d'attente conséquente. ✓ Difficulté de partenariats avec les professionnels extérieurs: médecins généralistes, psychiatres....

3

Les personnes accompagnées par le dispositif

Caractéristiques et besoins du public accompagné



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'efficacité 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 »

**Voir Fiche
Action 4**

Le trouble du développement intellectuel est un trouble du neurodéveloppement apparaissant durant la petite enfance. Il se caractérise 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.)

DEFICIENCE INTELLECTUELLE



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

TSA



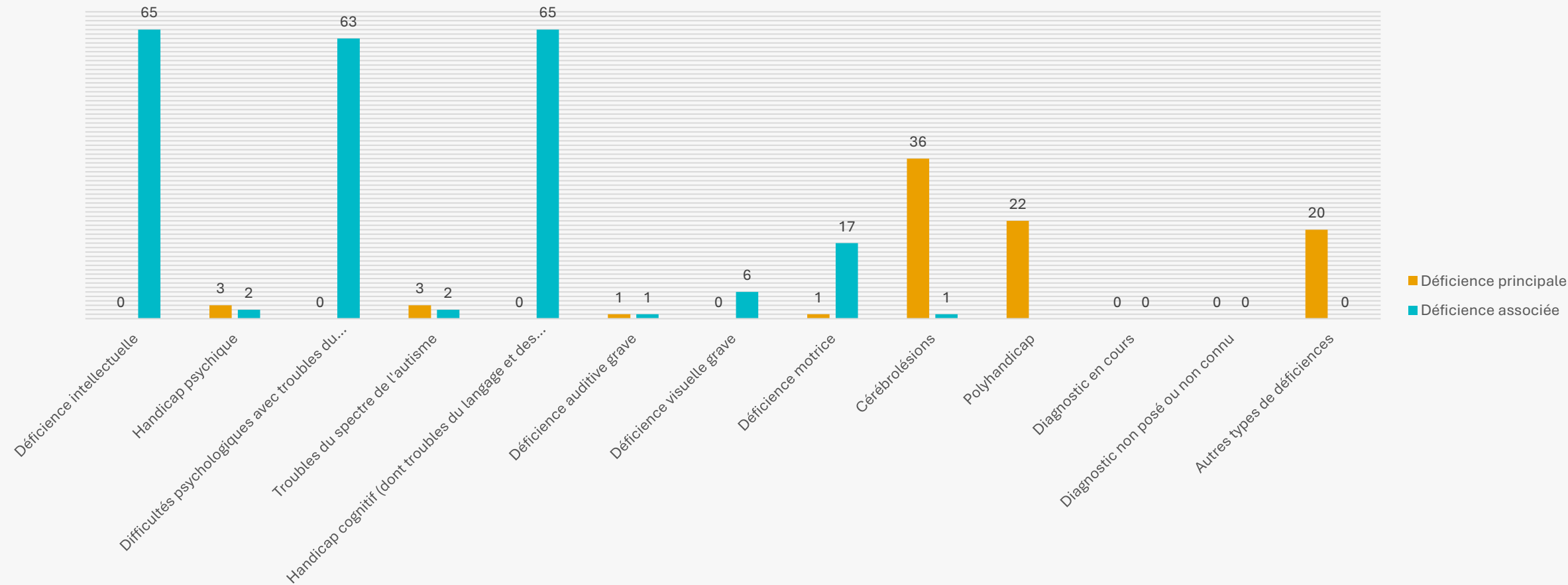
La prise en compte des spécificités du handicap se traduit au sein du dispositif par le déploiement d'une fonction ressource interne dédiée aux TND et par une politique de formation soutenue auprès des professionnels. Cette politique permet d'ajuster les modalités d'intervention et spécifiquement en 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 en MAS (en accueil permanent)

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



36,4% de femmes
63,6 % d'hommes

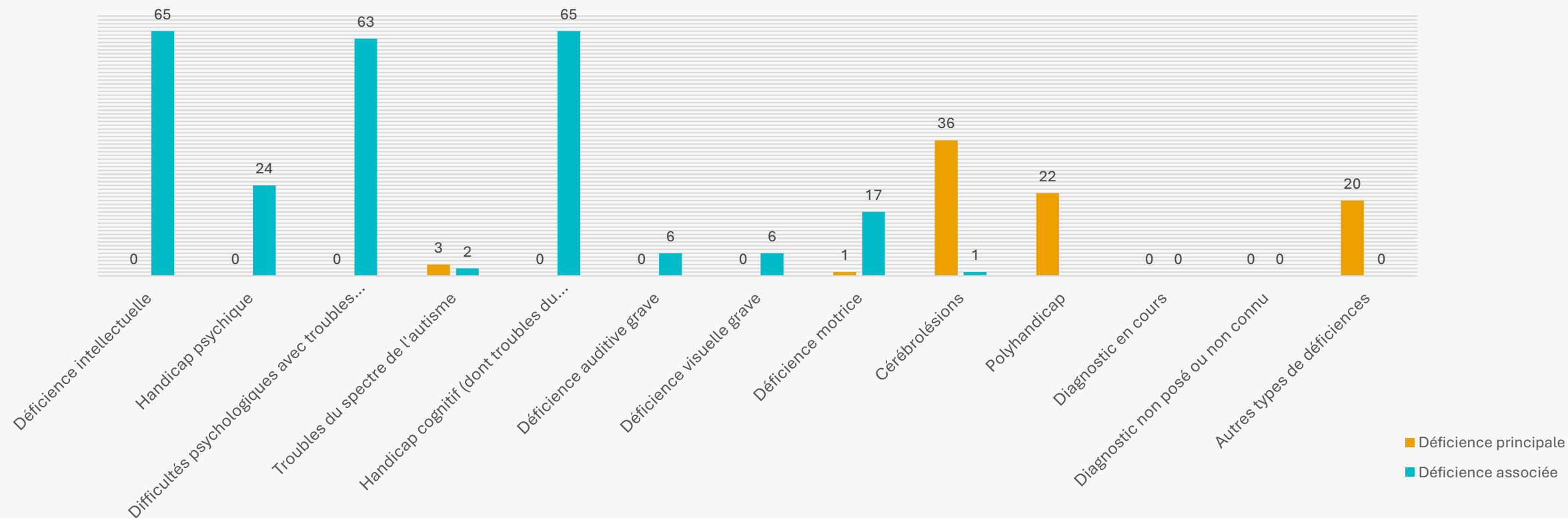
Moyenne d'âge
54,27 ans

Durée moyenne du parcours
24 ans

Projets:
Reconfigurer le plateau technique pour optimiser les prestations de soins en faveur des personnes les plus dépendantes (4 unités dédiées offrant plus de proximité avec le personnel soignant et plus d'interdisciplinarité)
Soutenir les parcours MAS externalisée

Caractéristiques de la population accompagnée en MAS et FAM (en accueil temporaire mutualisé)

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



Une offre qui répond aux risques de rupture de parcours de jeunes adultes et qui soutient les besoins des familles.

Point de vigilance: une durée de séjour en accueil temporaire qui compense le déficit de réponses aux besoins permanents et qui limite la file active possible.

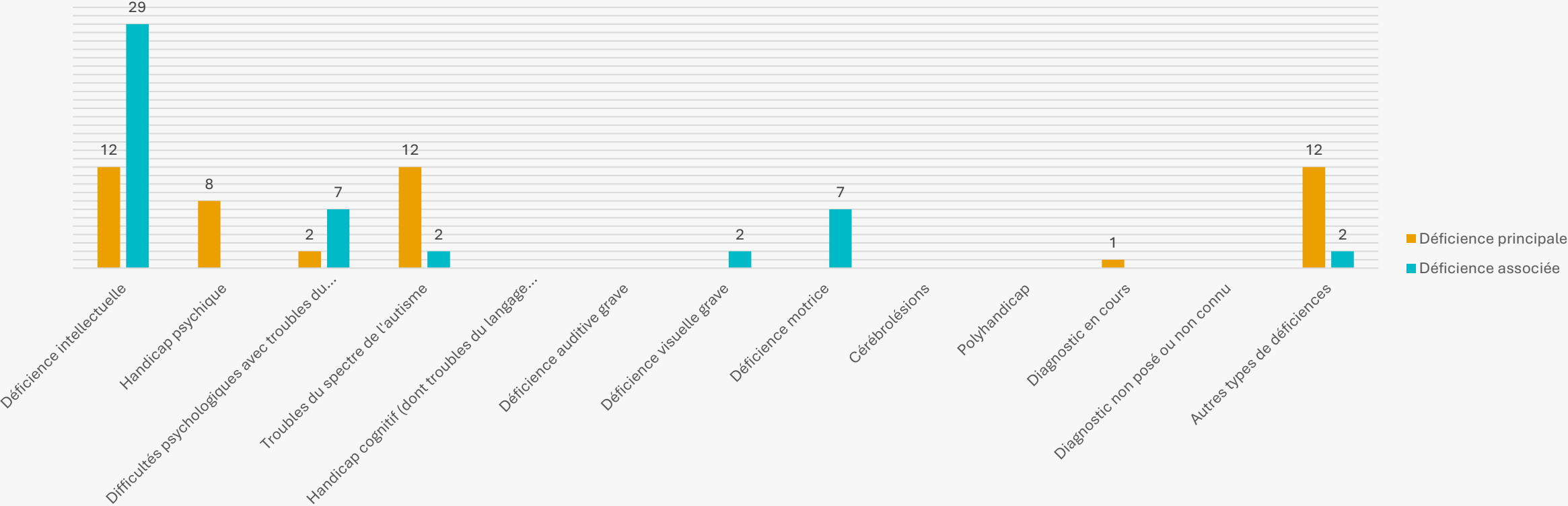
Durée moyenne du parcours :
216 jours

Moyenne d'âge
26 ans

50% de femmes
50 % d'hommes

Caractéristiques de la population accompagnée en FAM

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



35,7 % de femmes
63,3 % d'hommes

Moyenne d'âge
41,3 ans

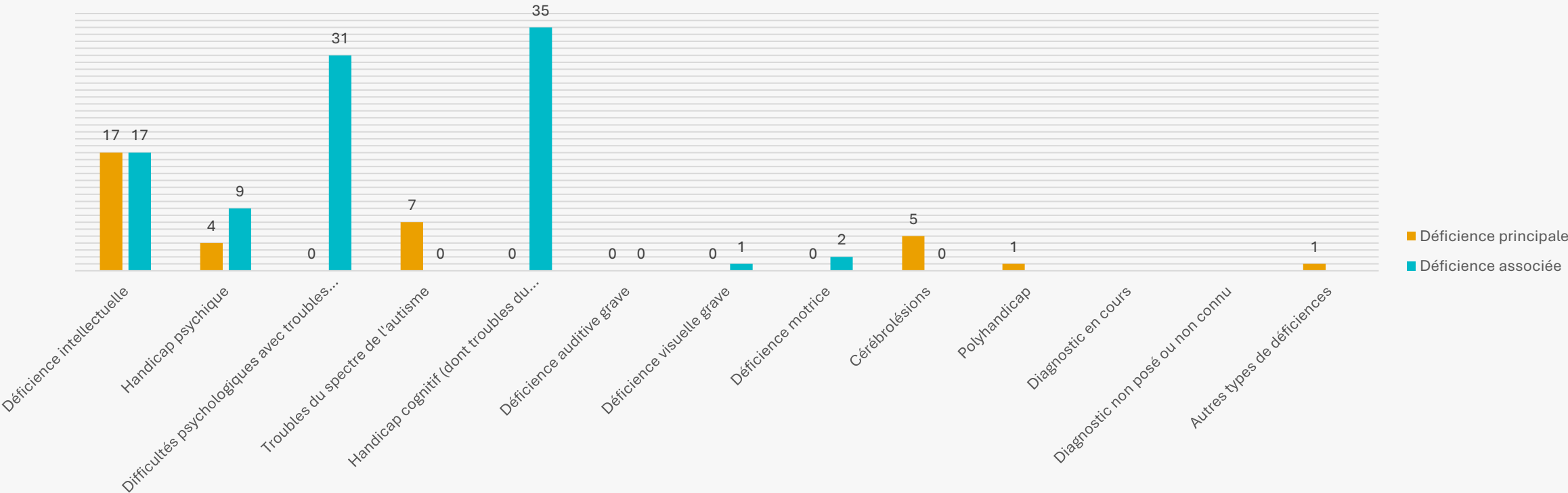
Durée moyenne du
parcours : 14 ans

Projets pour l'organisation du FAM au regard des caractéristiques des personnes:

- Réviser le format des unités (redéploiement d'une unité en habitat inclusif,
 - Encourager l'accueil séquentiel en accueil temporaire,
- Dédier une unité aux personnes avec TSA/TED avec un accompagnement structuré

Caractéristiques de la population accompagnée en FV

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



33,3 % de femmes
66,7 % d'hommes

Moyenne d'âge
43 ans

Durée moyenne du
parcours : 13 ans

Projets pour le parcours en Foyer de vie:
Développer la modalité d'accueil temporaire, soutenir les projets d'habitat inclusif, prendre en compte les besoins liés au vieillissement de la population.
Répartir les 36 places en 3 unités avec des profils aux besoins comparables (dont une unité qui se délocaliserait dans le cadre d'un projet d'habitat inclusif et qui s'appuierait sur les ressources de droit commun).
Profiter d'une révision d'autorisation en EANM pour répondre à des besoins d'hébergement de travailleurs d'ESAT non pourvus sur le territoire.

Caractéristiques de la population accompagnée: Quasiment 100% des adultes accueillis sont protégés à travers une mesure de tutelle

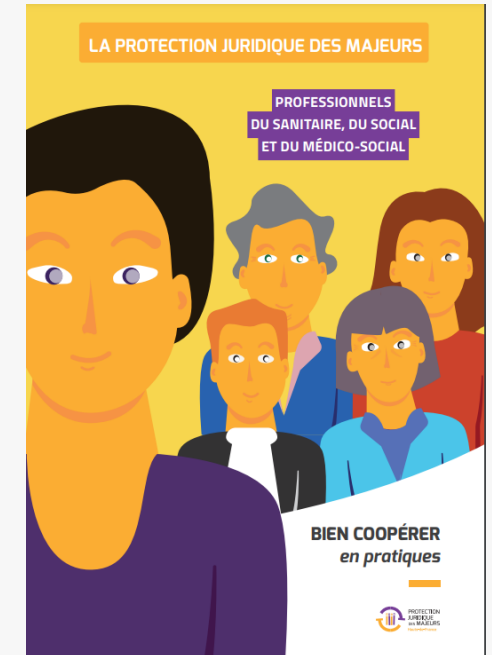
Nombre de personnes avec mesure de protection MAS GIBERTIN	
Habilitation familiale	1
Curatelle	2
Tutelle	63

Nombre de personnes avec mesure de protection FAM GIBERTIN	
Tutelle	42

Nombre de personnes avec mesure de protection FV GIBERTIN	
Curatelle	1
Tutelle	35

Le niveau de protection juridique des personnes accueillies engage 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

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.

Afin de poser des bases partagées concernant les besoins, le dispositif a mené plusieurs groupes d’expression avec les personnes accompagnées et des enquêtes auprès des proches et représentants légaux afin d’élaborer un projet de dispositif qui tient compte de deux axes:

- 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 .

LES BESOINS DES PERSONNES ACCOMPAGNEES PAR LE DISPOSITIF GIBERTIN SELON LEURS PROCHES	Très important	Plutôt important	Peu important	Non concerné
Besoin pour prendre soin de santé en général	80%	15%	1%	0%
Besoin pour effectuer sa toilette	71%	21%	1%	3%
Besoin pour maîtriser ses émotions et ses réactions, gérer son stress	58%	24%	8%	4%
Besoin lié à la communication et aux relations avec les autres	56%	26%	1%	11%
Besoin pour soulager, gérer la douleur	48%	27%	10%	10%
Besoin pour s'alimenter	47%	21%	4%	20%

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

- Avoir accès à un professionnel quand ils ont des questions
- Avoir accès à des professionnels très spécialisés sur les troubles de leur proche
- Être informé et conseillé sur les besoins et difficultés de leur proche, sur les services existants et les droits de leur proche, sur le futur de leur proche
- Prise en compte de leurs connaissances sur leur proche
- Maintenir et mener une vie familiale, une vie sociale
- Prise en compte des contraintes familiales dans l'accompagnement

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:

- La vie amicale, intime, affective et sexuelle
- L'accès et l'exercice de la citoyenneté
- L'autonomie, la prise de décision pour lui-même

Les enjeux de participation sociale, d'exercice des droits et d'encouragement à l'autonomie restent forts et les professionnels s'attachent aux principes déclinés dans le projet socle ALAHMI.

Dans cette perspective un volet de leur intervention est orienté vers les proches et les partenaires afin de soutenir les attentes des personnes accompagnées en matière de citoyenneté et de droits.

Nomenclature des besoins



1.1 - Besoins en matière de **santé somatique ou psychique**

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 pour se déplacer avec un moyen de transport

1.3.3 – Besoins pour l'insertion sociale et professionnelle 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 pair-aidant

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

De façon plus précise il s'agit de:

- Besoin d'une aide pour la plupart des activités relevant de l'entretien personnel et, le cas échéant, de la mobilité ; Besoin d'une aide à la communication et à l'expression des besoins et attentes ;
- Besoin d'une aide pour tout ou partie des tâches et exigences générales et pour la relation avec autrui, notamment pour la prise de décision ;
- Besoin d'un soutien au développement et au maintien des acquisitions cognitives ;
- Besoin de soins de santé réguliers et d'accompagnement psychologique.

Aucun domaine de besoin n'est négligé en termes d'évaluations. Cependant l'appui sur des partenaires extérieurs et notamment en matière d'expertise de santé sur certaines dimensions (sensoriels, gynécologie, neurologie, MPR, ...) 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 du public accompagné : Focus sur les besoins de soins

MAS GIBERTIN	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 avec l'aide répétée d'un tiers et/ou avec une surveillance importante et/ou avec une difficulté régulière	Besoin à combler intégralement
	OUI	NON	NON EVALUABLE			
Besoins en matière de santé somatique ou psychique				48	89	740
Besoins en matière de fonctions mentales, psychiques, cognitives et du système nerveux				8	13	111
Besoins en lien avec les fonctions du cerveau (fonctions mentales dont cognitives et psychiques)	66	0	0	3	10	53
Besoins quant aux structures du cerveau, de la moelle épinière et des nerfs	61	5	0	0	3	58
Besoins en matière de fonctions sensorielles				14	24	62
Besoins en lien avec les fonctions sensorielles et proprioceptives	27	21	18	0	8	19
Besoins quant aux structures de l'oeil et de l'oreille	48	15	3	5	4	39
Besoins en matière de sensation de douleur	31	22	13	9	12	4
Besoins relatifs à la voix, à la parole et à l'appareil buccodentaire				11	5	118
Besoins en lien avec les fonctions liées à la production des sons et de la parole	64	2	0	6	5	53
Besoins quant aux structures liées à la voix et à la parole	1	65	0	0	0	1
Besoins en lien avec les dents	64	0	0	5	0	59
Besoins en matière de fonctions cardiovasculaire, hématopoïétique, immunitaire et respiratoire				0	0	25
Besoins en lien avec les fonctions impliquées dans le système cardio-vasculaire, immunitaire et respiratoire	15	51	0	0	0	15
Besoins quant aux structures des systèmes cardio-vasculaire, immunitaire, et respiratoire	11	55	0	0	0	11
Besoins en matière de fonctions digestive, métabolique et endocrinienne				17	26	78
Besoins en lien avec les fonctions de digestion, du métabolisme et des glandes endocrines	66	0	0	3	5	58
Besoins quant aux structures liées aux systèmes digestif, métabolique et endocrinien	55	11	0	14	21	20
Besoins en matière de fonctions génito-urinaires et reproductives				9	8	69
Besoins en lien avec les fonctions urinaires et reproductives	66	0	0	3	6	57
Besoins quant aux structures liées à l'appareil génito-urinaire	14	52	0	0	2	12
Besoins en matière de fonctions locomotrices				0	8	106
Besoins en lien avec les fonctions motrices et de la mobilité	57	9	0	0	8	49
Besoins quant aux structures liées au mouvement	60	6	0	0	0	60
Besoins relatif à la peau et aux structures associées				0	5	40
Besoins en lien avec les fonctions de la peau, des ongles, des cheveux et des poils	25	41	0	0	5	20
Besoins quant aux structures de la peau	20	46	0	0	0	20
Besoins pour entretenir et prendre soin de sa santé				0	0	132
soins pour assurer ou exprimer des besoins quant à son confort physique, sa santé, son bien-être physique et mental	66	0	0	0	0	66
Besoins pour prendre soin de soi et en faisant ce qu'il faut pour prendre soin de sa santé	66	0	0	0	0	66

Les besoins du public accompagné : Focus sur les besoins de soins

FAM GIBERTIN	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 avec l'aide répétée d'un tiers et/ou avec une surveillance importante et/ou avec une difficulté régulière	Besoin à combler intégralement
	OUI	NON	NON EVALUABLE			
Besoins en matière de santé somatique ou psychique				32	179	163
Besoins en matière de fonctions mentales, psychiques, cognitives et du système nerveux				8	15	22
Besoins en lien avec les fonctions du cerveau (fonctions mentales dont cognitives et psychiques)	44	0	0	7	15	22
Besoins quant aux structures du cerveau, de la moelle épinière et des nerfs	1	37	5	1	0	0
Besoins en matière de fonctions sensorielles				4	16	9
Besoins en lien avec les fonctions sensorielles et proprioceptives	12	17	15	2	8	2
Besoins quant aux structures de l'oeil et de l'oreille	1	33	10	0	0	1
Besoins en matière de sensation de douleur	10	20	3	2	8	0
Besoins relatifs à la voix, à la parole et à l'appareil buccodentaire				0	3	86
Besoins en lien avec les fonctions liées à la production des sons et de la parole	44	0	0	0	3	41
Besoins quant aux structures liées à la voix et à la parole	1	43	0	0	0	1
Besoins en lien avec les dents	44	0	0	0	0	44
Besoins en matière de fonctions cardiovasculaire, hématopoïétique, immunitaire et respiratoire				6	2	0
Besoins en lien avec les fonctions impliquées dans le système cardio-vasculaire, immunitaire et respiratoire	3	41	0	2	1	0
Besoins quant aux structures des systèmes cardio-vasculaire, immunitaire, et respiratoire	5	39	0	4	1	0
Besoins en matière de fonctions digestive, métabolique et endocrinienne				0	45	0
Besoins en lien avec les fonctions de digestion, du métabolisme et des glandes endocrines	28	16	0	0	28	0
Besoins quant aux structures liées aux systèmes digestif, métabolique et endocrinien	17	27	0	0	17	0
Besoins en matière de fonctions génito-urinaires et reproductives				8	39	10
Besoins en lien avec les fonctions urinaires et reproductives	44	0	0	8	26	10
Besoins quant aux structures liées à l'appareil génito-urinaire	13	31	0	0	13	0
Besoins en matière de fonctions locomotrices				4	0	0
Besoins en lien avec les fonctions motrices et de la mobilité	0	44	0	0	0	0
Besoins quant aux structures liées au mouvement	4	40	0	4	0	0
Besoins relatif à la peau et aux structures associées				2	13	0
Besoins en lien avec les fonctions de la peau, des ongles, des cheveux et des poils	2	42	0	0	2	0
Besoins quant aux structures de la peau	13	31	0	2	11	0
Besoins pour entretenir et prendre soin de sa santé				0	46	43
soins pour assurer ou exprimer des besoins quant à son confort physique, sa santé, son bien-être physique et mental	44	0	0	0	23	21
Besoins pour prendre soin de soi et en faisant ce qu'il faut pour prendre soin de sa santé	44	0	0	0	23	21

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 (carnet de bord DUI - SI AXAPA).
- Evaluation du fonctionnement : Stimulation basale, EFI, CHESSEP, Vineland, Comvoor, spécificités sensorielles
- Bilans : médicaux, paramédicaux , psychologiques.
- Téléexpertise, supervision.
- Expérimentation, mise en situation écologique.
- Réunions cliniques et pluridisciplinaires en interne et avec des partenaires (FAHRES, CRA, PRIOR, CHU, CRF Les Capucins, médecine de ville, ...).

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.
- Les impacts du vieillissement.

La démarche fonctionnelle est très investie et soutenue à travers la formation des professionnels mais elle reste à généraliser et notamment pour les personnes accueillies du Foyer de Vie particulièrement impactés par le vieillissement. Par ailleurs elle doit se développer de façon transversale au sein du dispositif sur l'axe de la communication alternative et ce pour tous les profils afin de renforcer les chances de participation sociale et augmenter la qualité de vie.

Les évaluations doivent permettre de déterminer les adaptations de pratiques et de l'environnement qui sont nécessaires pour réduire les obstacles ou rechercher les facilitateurs à la participation et aux activités. Elles doivent aussi faciliter le recours vers les ressources de droit commun afin de décroquer l'accompagnement qui a fonctionné durant plusieurs décennies sous un format « hospitalier » mais aussi afin de compenser les besoins non couverts au sein du plateau technique compte tenu des tensions RH que le secteur traverse.

Axes d'amélioration:

- Renforcer l'évaluation des besoins de bilans sensoriels (auditif et visuel) et de bilans bucco dentaires.
- Renforcer les partenariats permettant de faciliter l'accès aux examens gynécologiques et leurs conditions de réalisation pour les femmes polyhandicapées.
- Renforcer l'appropriation des RBPP.
- En Foyer de vie: améliorer l'évaluation des besoins en matière de douleur pour mieux la prévenir et la gérer.
- Mieux identifier les besoins des proches et leurs capacités à s'engager dans le parcours de la personne accueillie.
- Mieux évaluer les comportements problèmes pour mieux le prévenir et les gérer
- Développer les partenariats internes et externes, les mutualisations pour soutenir l'évaluation des besoins.

VOIR FICHES ACTION 2 ET 3

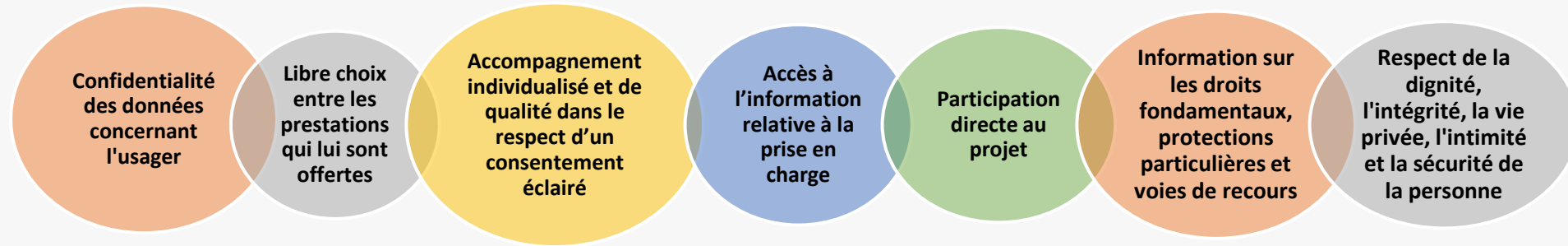
4

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'utilisateur, une approche par les droits.

Des outils obligatoires, issus de la loi 2002-2 sont remis et présentés aux jeunes et aux familles et viennent traduire les droits des personnes accompagnées et de leurs proches :



- **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 du SESSAD et/ou l'IME
- **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 projet personnalisé.

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

Le respect de la dignité	• Les professionnels tiennent compte des choix concernant le lieu où se déroulent les soins (chambre, infirmerie, ...). • 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 culturelle dans l'observance des lois et 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 bientraitante	• La démarche de bientraitance est reliée à la mise en œuvre de la réflexion et de l'espace éthique en cours de construction. • 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 de ses potentialités	• L'évaluation doit permettre la recherche des capacités en s'appuyant sur la connaissance des aidants, des professionnels et des partenaires. • 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, l'écocitoyen	• 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. • 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	• Nous soutenons les apprentissages des réseaux de communication: Skype, téléphone, photos, mails • Nous mettons en place des planning internes d'activités • Nous favorisons les échanges inter groupes, les regroupements dans les chambres selon les demandes le soir ou en journée • Nous organisons des temps conviviaux entre personnes accueillies (TV, moment tisane, ...) • Nous organisons des réunions hebdomadaires de personnes accueillies • Les personnes accueillies participent au comité des fêtes • Les personnes accueillies les plus anciennes participent à l'accueil de nouveaux • Nous encourageons la pair aide (cours, marches dans le parc, personnes accueillies du FV qui aident des celles de la MAS, ..)
Avec la famille (personne/famille et famille/pro)	• Nous réalisons des points régulièrement avec les familles (santé ou autre) • Nous favorisons et préparons les séjours Week end en famille • Nous soutenons les apprentissages des réseaux de communication: Skype, téléphone, photos, mails • Nous recueillons les attentes des familles et des tuteurs • Nous facilitons les échanges téléphoniques avec les familles • Nous organisons des réunions annuelles avec les familles et les personnes accueillies ainsi qu'une fête annuelle • Les familles sont représentées au CVS
Avec les professionnels (de l'établissement ou autre prof)	• Les personnes accueillies participent aux cellules de veille, au comité restauration • Les temps de dialogue et d'échanges informels entre personnes accueillies et professionnels sont encouragés • Les personnes accueillies sont accompagnés dans leurs liens avec d'autres professionnels extérieurs: séjours vacances, familles d'accueil, professionnels de santé • Nous travaillons l'habitation aux soins afin de favoriser les liens avec les professionnels de soin du Gibertin • 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 extérieures à l'établissement (loisirs, cité, culture, ..)	• Nous sommes dans une posture de médiation pour faciliter la mise en lien, traduire les besoins des personnes, rendre accessible les activités à l'extérieur dont le sport • Nous accompagnons dans le cadre d'activités inter établissements, • Nous organisons des sorties à l'extérieur dans le cadre d'activité de droit commun • Nous portons des partenariats permettant l'ouverture sur la cité: sport, REH, AVIE • Nous accompagnons les RDV extérieurs: médecin, centre social, médiathèque, médiation animale, culte, ... • Nous animons des ateliers relatifs aux habiletés sociales pour favoriser la participation des personnes • Nous soutenons les apprentissages des réseaux de communication: Skype, téléphone, photos, mails

■ 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 médico-sociaux 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 dispositif investit cette dimension notamment à travers la formation des professionnels et la mise en œuvre de modalités de communication alternative et de solutions logicielles. Cependant l'élaboration du projet de dispositif a permis de dégager des axes d'amélioration pour renforcer la place de la personne et son accès à une communication adaptée à ses particularités notamment à travers:

- la formalisation d'un axe « communication » dans le projet personnalisé,
- l'identification des ressources d'expertise sur le territoire et au-delà pour les personnes polyhandicapées et celles qui ne verbalisent pas
- le renforcement de la formation des professionnels et le déploiement de la co-formation entre professionnels mais aussi avec les familles,
 - la mise à disposition de supports, équipements et outils spécifiques.

5

L'offre d'accompagnement du Gibertin

L'organisation du dispositif

Le dispositif Gibertin 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 mais aussi de l'histoire et de la culture de l'établissement. Les enjeux de transition inclusive et d'accès aux droits des personnes les plus vulnérables 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 et des concertations multi acteurs:

1. Structurer l'équipe d'encadrement à partir d'un nouveau projet.
2. Réorganiser les unités de vie en prenant en compte les besoins spécifiques et les attentes des personnes accompagnées.
3. Favoriser la mobilisation et mobilité des compétences
4. Développer les réponses à partir de la plateforme de prestations de services (ATR) et le partenariat.

Pour faciliter la mise en œuvre de réponses adaptées aux besoins spécifiques et évolutifs des personnes accueillies le dispositif a développé des mutualisations internes entre établissements regroupés sur site (Monneraie) ou à proximité (Rogerie). Ces partenariats internes doivent se poursuivre au regard des différentes transitions à mener ainsi que le prévoit le projet socle de l'ALAHMI. Cette pratique partenariale sera néanmoins confortée par un fort axe de développement extérieur, tant, pour positionner le dispositif en qualité de « ressource et appui » pour l'environnement, que 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 Gibertin vise une étape de transformation à l'horizon 2026 avec un plan d'action traduit en 7 axes.

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: Les admissions restent limitées, hors file active de l'accueil temporaire, compte tenu d'une offre déclinée essentiellement dans le cadre d'un hébergement permanent.

Modalités d'accompagnement:

- Accueil permanent en internat
- Accueil temporaire FAM et MAS (230 jours* 6 places)
- Accueil de jour (basé à Vernantes)

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.

FAM Chemillé (5 unités d'hébergement permanent)

MAS Chemillé (7 unités d'hébergement permanent + unité externalisée de 3 places dans la commune de chemillé en cours d'ouverture fin 2022)

1 Unité d'hébergement temporaire MAS/FAM

MAS (5 places en accueil de jour site de Vernantes)

FV
(3 unités d'hébergement permanent)

Ateliers techniques de résidents (ATR)

Equipe ressource associative TND

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

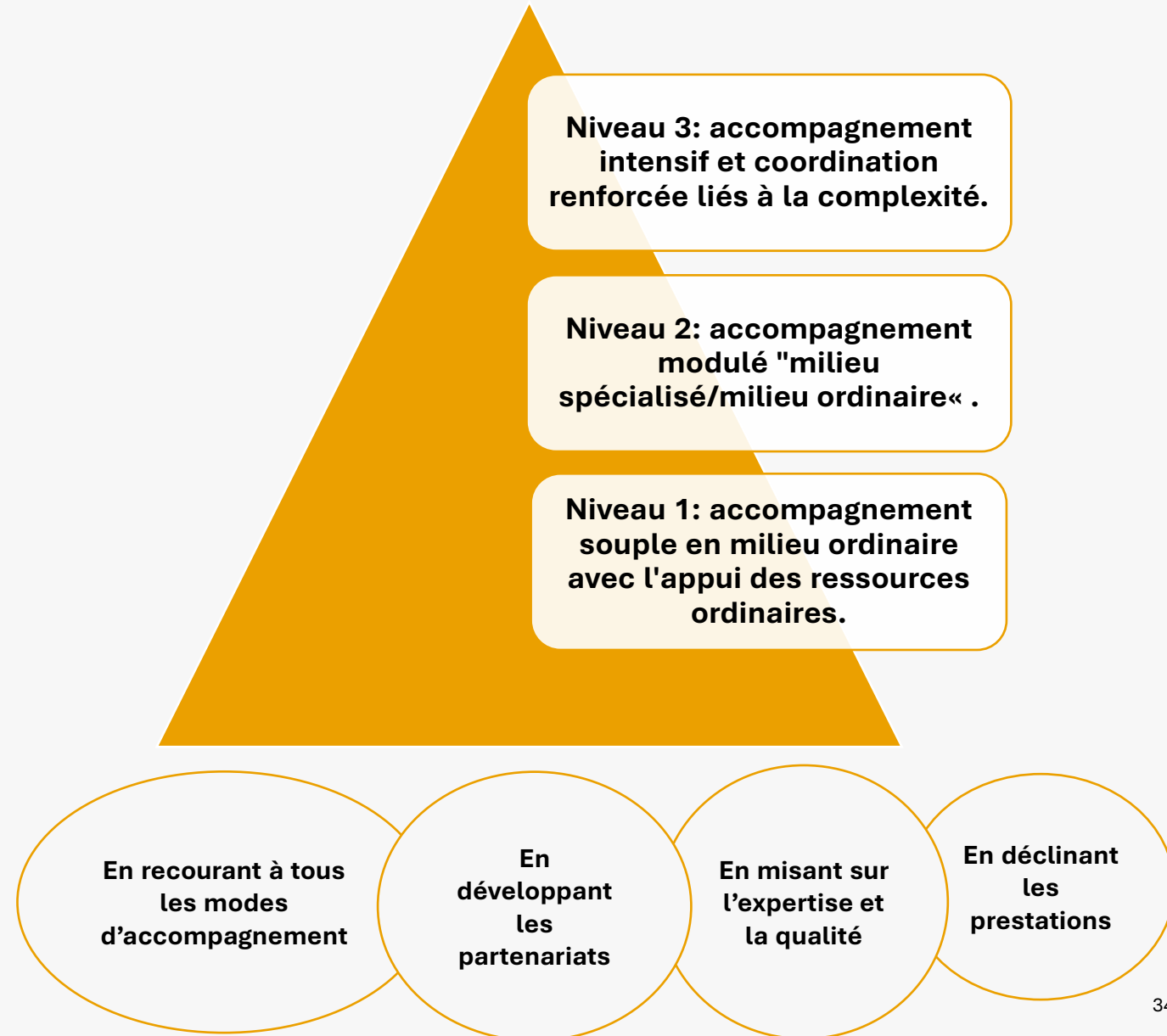
Fiches action 5

Modalités d'accompagnement à faire évoluer:

- En inclusion à travers un projet d'habitat inclusif
- En ambulatoire dans les espaces de vie et de participation sociale et pour soutenir les proches au domicile.
- En internat (permanent, séquentiel)
- En accueil de jour
- En accueil temporaire

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.
- **En développant les prestations vers les familles, proches et partenaires dans le cadre d'une fonction ressource.**
 - En augmentant l'activité d'accueil temporaire
- **En réorganisant les unités par spécificités de besoins (TSA/TED – vieillissement)**
- **En confortant la plateforme de prestations ATR pour le plus grand nombre.**
 - **En confortant la place des fonctions supports associatives au bénéfice du projet.**
 - En renforçant le management.



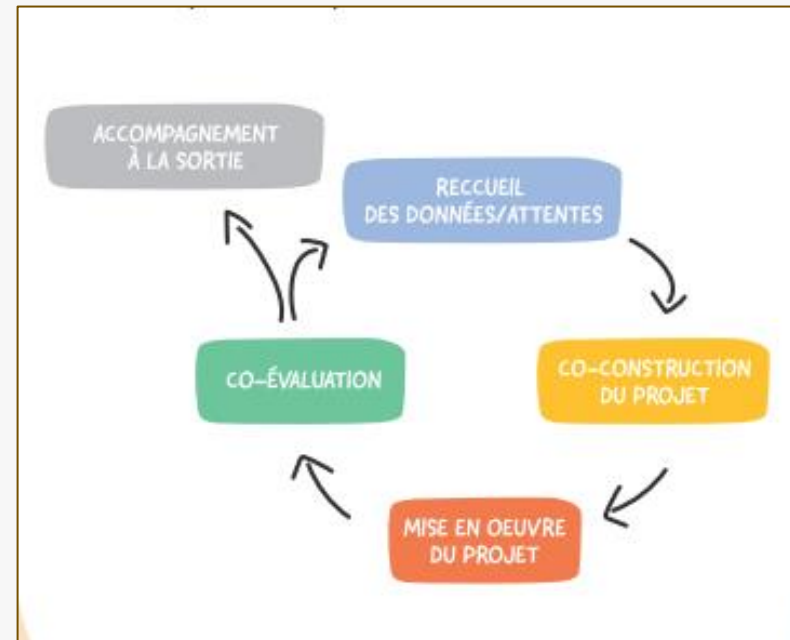
L'offre d'accompagnement du dispositif Gibertin

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'utilisateur (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 Gibertin

Le dispositif Gibertin répond notamment 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.

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 personnes 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 conséquent et sur un plateau technique à forte composante pluridisciplinaire pour délivrer l'ensemble des prestations et ce, quel que soit le mode d'accueil. Ainsi les prestations sont graduées fonction des attentes recueillies et des besoins évalués dans une organisation décroisonnée au sein du dispositif pour nombre de modalités (évaluation fonctionnelle, généralisation de la stimulation basale, utilisation des espaces Snoezelen et balnéothérapie pour tous, ateliers et activités mixtes, organisation de séjours et événements mixtes, ...). L'enjeu de ce décroisonnement réside dans l'intention de mobiliser la meilleure participation sociale des personnes accueillies et de favoriser les liens entre pairs et avec les professionnels et les partenaires.

L'offre d'accompagnement du dispositif Gibertin

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 individualisées 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: AMP/AES-Aide soignant- éducateurs spécialisés - moniteurs éducateurs – éducateur sportif - maitresse de maison- assistant de service social. Selon les projets et les besoins, des professionnels paramédicaux peuvent enrichir l'équipe pluridisciplinaire (ergothérapeute, psychologues, ...)
- 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 en matière d'autonomie	Des prestations pour les actes de la vie quotidienne	2.2.1.1	 Services et Établissements : Réforme pour une Adéquation des FINancements aux parcours des Personnes Handicapées
	Des prestations pour la communication et les relations avec autrui	2.2.1.2	
	Des prestations pour prendre des décisions adaptées à la situation et pour la sécurité	2.2.1.3	
Des prestations pour la participation sociale	Accompagnements pour l'exercice des droits	2.3.3.1 / 2.3.3.2	
	Accompagnements pour participer à la vie sociale	2.3.4.1 / 2.3.4.2 / 2.3.4.3	
	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	

Axes d'améliorations concernant les prestations en matière d'autonomie et pour la participation sociale

- Créer un groupe de travail dédié à une meilleure prise en compte de la Vie Intime Affective Sexuelle.
- Redistribuer les espaces pour créer des lieux favorisant les relations intimes et les liens.
- Consolider le questionnement éthique sur les dimensions de 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 problématiques.
- Favoriser les échanges spontanés entre unités et la liberté d'aller et venir dans une approche sécurisée mais respectueuse des droits.
- Développer des partenariats avec des associations extérieures pour mobiliser les personnes accueillies en qualité de bénévoles mais aussi inciter des bénévoles à intervenir auprès des personnes accueillies pour faciliter les sorties extérieures
- Généraliser la démarche et le recours à des modalités diversifiées en matière de communication adaptée.
- Accompagner les professionnels afin qu'ils soutiennent plus amplement la participation des familles en qualité de partenaires du parcours et/ou selon leurs besoins propres.
- Soulager la taille des effectifs des unités pour améliorer les interactions, diminuer les troubles liés aux spécificités sensorielles et de communication.
- Généraliser l'approche de la douleur pour les personnes accueillies du FV.
- Améliorer la communication vers les tuteurs et mandataires.
- Renforcer le partenariat avec les acteurs de droit commun et notamment la Commune.
- Renforcer l'appropriation des RBPP.
- Réviser l'organisation et les plannings.
- Niveau d'investissement dans les équipements et les matériels à relever pour augmenter l'accessibilité.

L'offre d'accompagnement du dispositif Gibertin:

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 . FICHE ACTION 3

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'accès aux bilans et diagnostics de qualité
- la sécurisation et continuité des soins
- La prise en compte des besoins liés aux spécificités (polyhandicap, santé des femmes, vieillissement, douleur somatique et souffrance psychique, ...)
- Le développement d'une culture de prévention et de promotion de la santé

Les prestations directes et indirectes délivrées par le dispositif se construisent comme de nombreuses réponses apportées à des besoins multiples **qu'il convient de mieux positionner dans le cadre de l'évaluation fonctionnelle et multidimensionnelle et dans un fonctionnement d'équipes décloisonnées entre un « pole éducatif » d'une part et un « pôle soin » d'autre part.** Dans cette approche globale visée, les prestations de soins restent 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.**

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 éléments suivants :

- Gestion de l'information et son partage.
- Implication de la famille et soutien aux aidants.
- Missions des professionnels dont les médecins et cadres de santé du dispositif.
- Partenariats avec la médecine de ville, les établissements de santé, les ressources spécialisées.
- Politique de prévention et de promotion de la santé, habitude aux soins.
- Types et lieux des prestations directes en matière de soin.
- La continuité des soins et les coopérations.

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

Des prestations de soins de maintien et de développement des capacités fonctionnelles	Des prestations de soins somatiques et/ou psychiques	2.1.1.1 / 2.1.1.2 / 2.1.1.3 / 2.1.1.4	 Services et Établissements : Réforme pour une Adéquation des FINancements aux parcours des Personnes Handicapées
	Des prestations de rééducation et de réadaptation	2.1.2.1	

LES DIMENSIONS DU SOIN AU GIBERTIN		ACTEURS ENGAGÉS	MODALITES ET SUPPORTS
La dimension éducative	Donner à la personne des moyens, des informations pour qu'elle puisse mieux vivre en harmonie avec son environnement et son handicap	Les personnes accueillies / les familles et tuteurs / éducateurs sportifs Intervenants internes : AS, ME, AES, AMP, ASI, ES, IDE, médecin, ergo, kiné, psychologue, directeur, CDS, secrétaire	Le livret d'accueil et la charte/ les évaluations / Le projet personnalisé / Les transmissions / les réunions d'équipe / Pictogrammes et supports visuels pour les personnes / Dans les AVQ / Habituation aux soins / Stimulation basale / Snoezelen / Compétences psychosociales (ateliers VAS, autodétermination / Sorties extérieures / adaptations et aménagements)
La dimension préventive	Empêcher la survenue et le développement de comorbidités par une action sur le comportement ou l'environnement	Personnes accueillies Intervenants internes : AS, ME, AES, AMP, ASI, ES, IDE, médecin, ergo, kiné, psychologue, cadres / RHSE et services techniques Intervenants externes : diététicienne, Familles	Fiches d'observations / Actions cibles de prévention / Bilans médicaux / Dépistages / Gestes barrières / Consultations spécialisées / Actes des ASI / Vaccinations / Régimes alimentaires / Evaluation de la douleur visite médicale annuelle / Protocoles (analyses, traitements préventifs et clinique) / Toucher/massages
La dimension maintenance	Maintien d'un état, entretien des fonctions vitales et réponse aux besoins fondamentaux (santé, com, bien-être...).	La personne accueillie / Le médecin traitant /Equipe de soins et rééducatives interne /Famille et tuteurs /éducateur sportif / pharmacien / Service technique interne	Lors de RDV médicaux/ Distribution du traitement / Dans le quotidien lors des repas, toilettes, .. / en réponses à des besoins spécifiques (gastrostomie par ex) / Conduites à tenir / Etats de base / Snoezelen / Massages / Activités physiques adaptées Dans les interactions et le lien social / Adaptations et aménagements / Régimes / Expertise extérieure (PRIOR, FAHRES, ...)
La dimension curative	Tout traitement et soin en vue d'une amélioration de l'état	La personne accueillie / Equipe de soins et rééducatives interne / CHU / CRF les Capucins / clinique St Léonard / CMP/ Handisanté / FAHRES / Nutritionniste / Familles/ tuteurs / médecin traitant/ pharmacien /Acsodent / SSIAD/ADMR/ HAD/équipe mobile psy	Traitements curatifs / Matériels adaptés / Bilans /Examens complémentaires /Evaluation de la douleur /Régimes adaptés /Soins de rééducation /Gestion des comportements problèmes
La dimension palliative	Prise en charge globale de la personne dans le cadre de l'évolution d'une maladie grave ou en fin de vie ainsi que son entourage.	La personne accueillie /Famille /tuteur Equipe éducative, IDE, Médecin, /Paramédicaux du Gibertin / Pharmacien / FAHRES / CH / HAD/ Equipe mobile de soins palliatifs / Urgences, Pompiers	Plans de soin adaptés • Pour la fin de vie • Pour le confort et l'accompagnement au quotidien Evaluation de la douleur

Axes d'améliorations pour les prestations en matière de soins



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 »

Approche éducative :

- Développer les contacts avec les familles, plus impliquer les familles, pour plus de cohérence et continuité. Le médecin de l'établissement peut recevoir ou échanger avec les familles pour travailler l'adhésion aux soins, être en alliance.

Approche préventive:

- Des éléments de dépistage à développer (démences précoces, gynécologie, fonctions sensorielles)
- Développer des évaluations de type ergothérapie en FV pour prévenir des aggravations
- Faciliter le meilleur accès aux spécialistes (médicaux ou paramédicaux)

Approche maintenance:

- Conforter le suivi ophtalmologique et ORL

Approche curative:

- Développer le recours à Handisoins.
- Améliorer la communication et la coordination interne.
- Systématiser l'évaluation de la douleur en Foyer de Vie

Approche palliative:

- Mieux définir et partager la démarche palliative,
- Améliorer le lien avec d'autres partenaires (EHPAD, ...)
- Consolider la dimension éthique et la place de la famille.

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

Le dispositif est reconnu pour son expertise de situations de handicap complexes. Les équipes pluridisciplinaires du Gibertin 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 vers les autres ESMS en difficulté avec les profils les plus complexes ou en faveur des professionnels de santé libéraux qui rencontrent des limites dans la prise en charge des personnes compte tenu du polyhandicap ou des troubles de la communication et des interactions.

La fonction ressource recouvre ainsi diverses activités et le dispositif peut intervenir de manière directe ou apporter son appui aux acteurs pour des actions de conseils ou de formation.

De manière concrète, les professionnels apportent leur concours pour les actions suivantes :

- Aide auprès des tuteurs et famille
- Conseils en matière de CAA
- Sensibilisation d'acteurs afin de favoriser l'accessibilité, faire évoluer les représentations, soutenir l'inclusion
- Contribution à des évaluations (MDPH, équipes de soins, ESMS, ...),
- Développement d'une plateforme de prestation (ATR) pour tout public

La fonction ressource-Comprendre et déployer ANAP- 2022

Les 4 objectifs de la fonction ressource

APPUI-RESSOURCE

Accompagner le milieu ordinaire à l'accueil de personnes en situation de handicap

- Développer les interactions entre le secteur médico-social et le milieu ordinaire (école, travail, loisirs, politique de la ville...);
- Faire évoluer le regard sur le handicap et surmonter les réticences à l'inclusion.

Construire des solutions concrètes en mobilisant les expertises disponibles

- Identifier et mobiliser les expertises sur un territoire : sur des situations, des méthodes, des secteurs d'intervention ;
- Alimenter la réflexion sur l'évolution de l'offre et la dynamique territoriale à partir de l'analyse des sollicitations.

Faciliter la gradation des réponses

- Rendre accessible l'expertise pour des « services généralistes » ;
- Préserver les capacités d'accueil des services spécialisés ;
- Favoriser des interventions plus préventives.

Renforcer la coopération territoriale

- « Tous indispensables mais tous insuffisants » : créer des dynamiques de réseau avec des interventions conjointes entre équipes portant des expertises complémentaires.



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 et spécifiquement au sein de la commune afin de décroisonner l'établissement.

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 : liens avec les ESMS « enfants » pour les jeunes relevant de l'Amendement Creton, gestion des listes d'attente et développement de l'accueil temporaire, appui aux aidants et familles, soutien aux SAAD et SSIAD, mise à disposition des plateaux techniques,

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:** Centre Hospitalier de Cholet, CHU d'Angers, PRIOR, ERHR, ACSODENT (bilan bucco dentaire in situ et suivi) CMP et HAD de Cholet, EMSP, FAHRES, Centre hospitalier de Niort et CRAA/ Cap Santé/ SSIAD
- **ESMS partenaires :** Foyer Odile Chalopin –AAHMA, AVIE (séjours adaptés mutualisés): Foyer perce Neige, Foyer La Chevalerie, ADAPEI 49, Ferme des Mauges
- **REH :** association inter ESMS en vue d'organiser des événements culturels
- **Commune:** équipements sportifs, Comité des fêtes

Des enjeux de développement ciblés en FICHE ACTION 1

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

- Structurer et renforcer l'équipe d'encadrement.
- Restructurer les unités de vie en prenant en compte les besoins et attentes des personnes accompagnées.
- Mobiliser les compétences selon les spécificités de besoins des personnes accompagnées.
- Développer la plateforme de prestations de service (ATR)
- Développer le partenariat

6 Les professionnels et les compétences mobilisées. Le pilotage du dispositif

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.

LES EFFECTIFS

LE PLATEAU TECHNIQUE AU BENEFICE DU DISPOSITIF

ETP DU DISPOSITIF: 155,25 ETP

MAS: 73,61 ETP

- Encadrement/administration/gestion: 4,42 ETP
- Socioéducatif (dont AMP et Aide Soignant): 54,50 ETP
- Services généraux: 9,25 ETP
- Paramédicaux: 5,14 ETP
- Médical: 0,30 ETP

FAM: 53,31 ETP

- Encadrement/administration/gestion: 1,82 ETP
- Socioéducatif (dont AMP et Aide Soignant): 42 ETP
- Services généraux: 6,03 ETP
- Paramédicaux: 3,07 ETP
- Médical: 0,29 ETP

FV: 28,33 ETP

- Encadrement/administration/gestion: 1,78 ETP
- Socioéducatif : 21,50 ETP
- Services généraux: 5,05 ETP

- **L'effectif socioéducatif (comprenant AMP et Aide soignant) représente 76 % de l'effectif total du dispositif**
- **L'effectif paramédical représente 5,30 % de l'effectif total du dispositif**
- **L'effectif médical représente 0,38 % de l'effectif total du dispositif**

Le plateau technique actuel est amené à évoluer progressivement afin de favoriser la transition en dispositif intégré abritant toutes les 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:

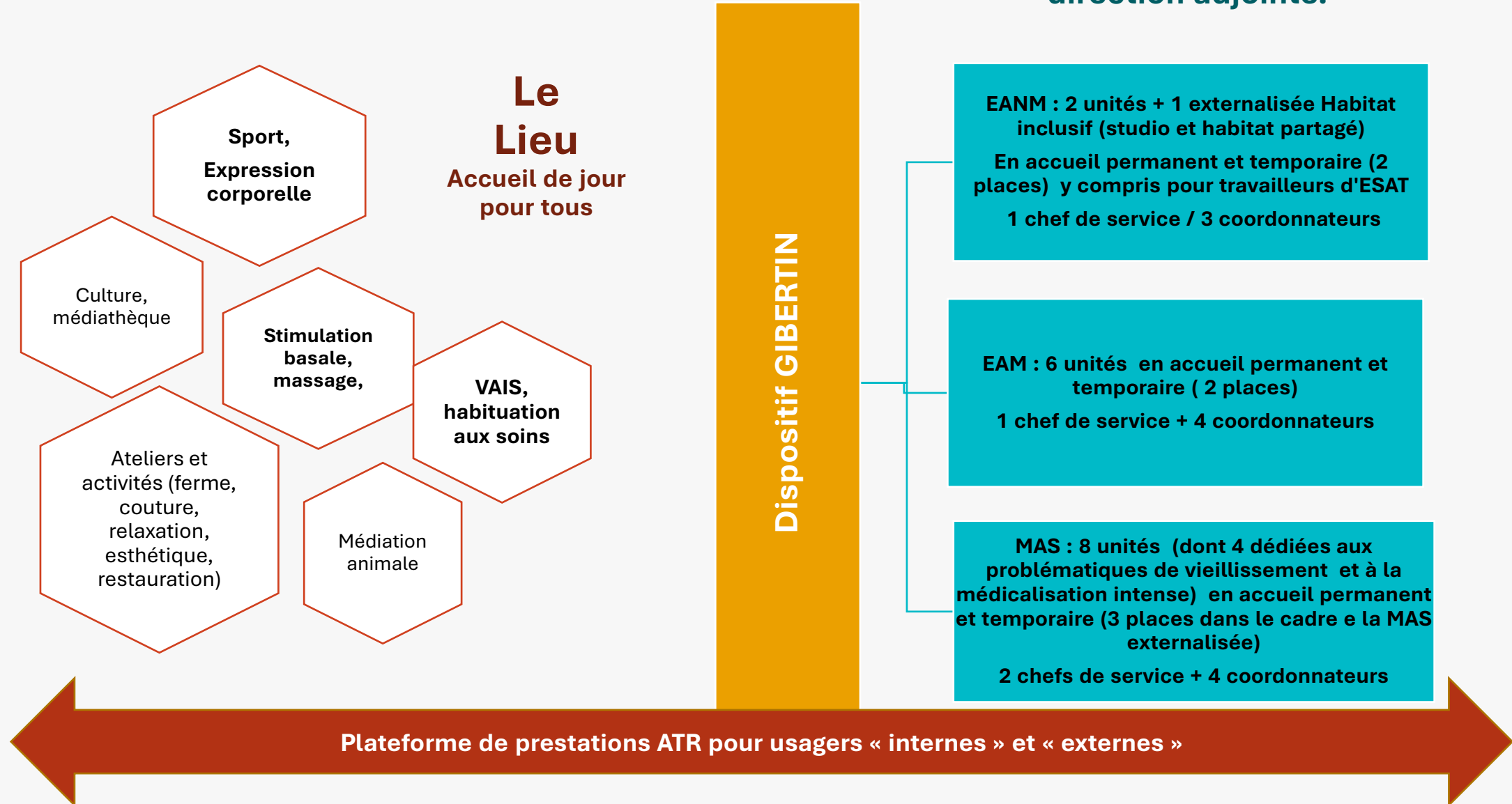
- une intervention experte au bénéfice des personnes, de leurs familles et des partenaires.
- répondre aux enjeux de transformation de l'offre pour des parcours gradués et sans rupture.
- développer les mutualisations sur site et avec les partenaires

De nouvelles fonctions, dont celle de coordinateur de parcours sont amenées à émerger pour soutenir: les parcours complexes, les évolutions et partenariats liées 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'œuvre.

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

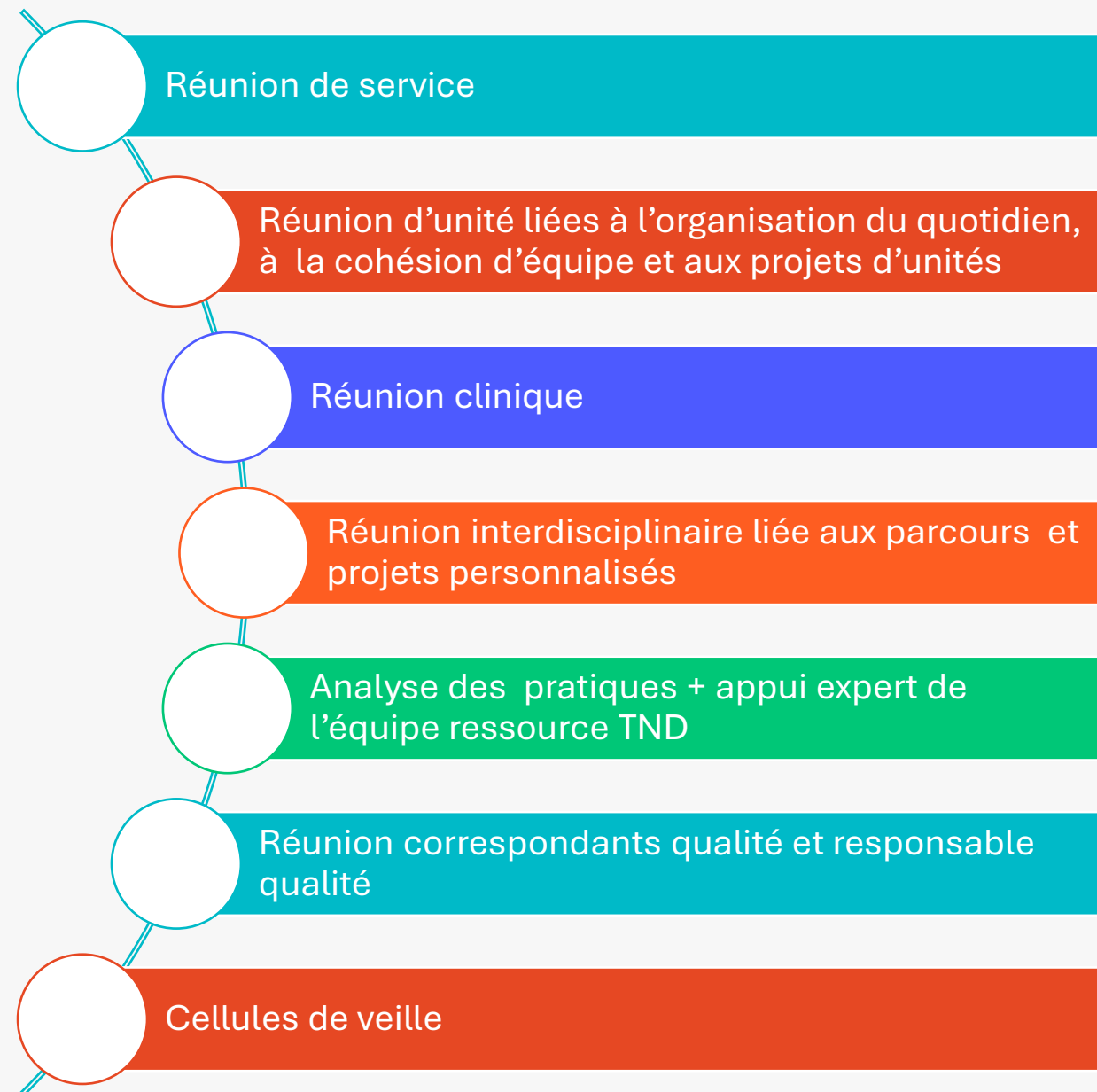
Axes d'évolutions: révision des fiches de postes et des délégations, consolidation de l'organigramme et de l'encadrement, révision des plannings et consolidation des astreintes médicales, définition des conditions de mobilité professionnelle et des priorités en matière de formation, répartitions des ETP par modalités d'accompagnement.

Organigramme cible pour le projet: un encadrement à renforcer à travers la mise en place d'une fonction de direction adjointe.



LES ESPACES DE REFLEXION ET DE REGULATION POUR LES PROFESSIONNELS

Lancement 2022
L' espace de réflexion éthique





7

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

Fiche action N°1 : Inclusion, citoyenneté et droit commun

Fiche action N°2 : Renforcer l'évaluation des besoins et du public en associant les famille

Fiche action N°3 : Renforcer la promotion de la santé

Fiche action N°4 : Améliorer l'accompagnement des personnes polyhandicapées

Fiche action N°5 : Transformation de l'offre.

Fiche action N°6 : Vie Affective Intime et Sexuelle

Fiche action N°7 : Vieillesse et qualité de l'accompagnement.

FICHE ACTION1 : Inclusion, citoyenneté et droit commun

Référence au projet associatif et au projet socle	Axes Stratégiques ciblés par l'action : Axe 1 : organiser la souplesse des prestations au bénéfice du parcours. Axe 2 : Accroître la qualité de l'accompagnement
Constats et enjeux du dispositif	<u>Constats :</u> Difficulté d'accès aux loisirs, transports, santé... En interne, peu de sollicitation des personnes accueillies au sein même de l'établissement / En externe, peu d'inclusion de manière générale. Risque de repli sur soi pour les personnes les plus lourdement handicapées. <u>Enjeux :</u> Changement de culture institutionnelle et professionnelle, ...etc...
Objectifs de l'action	Accès aux droits communs. Développer en interne la participation des personnes accompagnées. S'inclure dans la cité et créer des partenariats pérennes.
Pilote de l'action	Directeur et directeur-adjoint
Modalité de mise en œuvre	En interne, solliciter les personnes accompagnées autant que possible (pair-aidance...). Permettre à la personne accompagnée d'être actrice dans tous les moments de la vie d'établissement et de l'Association (visite établissement, instances comme le CVS, comité des fêtes...). Solliciter le savoir-faire des services transversaux de l'établissement et les associer à l'accompagnement des personnes accueillies dans leur activité/tâche afin de valoriser les personnes accueillies Généraliser le FALC. Créer des liens avec les partenaires et établir un réseau. Echanges de pratiques et de savoirs/savoir-faire avec les partenaires. Axe culturel : Porte d'entrée et de visibilité avec la bande à Gibus, ATR, REH...etc... Être un lieu accueillant pour les artistes (expositions, concerts...). Créer des liens multigénérationnels notamment avec les écoles (+ présentation/information de l'établissement, des personnes accueillies, du handicap), les EHPAD, le centre social... En interne : éducatrice sportive en lien avec les animateurs de la ville / développer les partenariats en sport adapté (actuellement judo, équitation...). Associer les personnes accueillies aux contacts extérieurs avec les partenaires par exemple. Mettre en place un groupe inclusion-communication qui puisse gérer toutes ces questions (Co-gestion par une personne accueillie et un professionnel facilitateur / journal, réseaux sociaux, site internet associatif). Développer le transport : Question de la mobilité des personnes accueillies vers l'extérieur (Navettes, transports à la demande, bénévoles... ? // Question à voir au niveau de la commune mais aussi en interne.) Faciliter l'éco-responsabilité au sein de l'établissement : tri des déchets, compostage...
Partenaires mobilisés	Ensemble des personnes accompagnées et des professionnels. Municipalité de Chemillé (question du transport, participation à des commissions...etc...) et conseil municipal des jeunes. CCAS-Centre social (projets jeunes par exemple pour des projets / ateliers ponctuels : fresques, rénovation peinture...) Partenariat avec LPO.
Échéances	5 ans
Modalités d'évaluation	Nombre de partenaires / Nombre d'adhésions dans la cité / Nombre de conventions signées. Démarches mises en place par le groupe inclusion-communication.

FICHE ACTION 2 : Renforcer l'évaluation des besoins et du public en associant les familles

Référence au projet associatif et au projet socle	Axes Stratégiques ciblés par l'action : Accroître la qualité de l'accompagnement Orientations stratégiques couvertes par l'action : -Renforcer l'évaluation des besoins des publics en associant les familles -Renforcer l'expertise sur l'accompagnement des besoins spécifiques. -Garantir au sein du dispositif un accompagnement global prenant en compte les besoins notamment en matière de santé. -Développer les partenariats avec les acteurs du soin.
Constats et enjeux du dispositif	<u>Constats et enjeux :</u> - Mettre en place une évaluation de base pour tous (la question qui se pose étant de savoir quels indicateurs nous y amènent et à quel moment ?). - Mettre en place des bilans systématiques afin de pouvoir suivre l'évolution (question de la temporalité). Actuellement: Visite médicale annuel FAM-MAS-FV A ajouter: Bilan GEVA (volet 6) tous les ans / Bilan ORL / Bilan de déglutition : Comment évaluer le besoin de la personne ? + Problème au niveau des spécialistes car peu d'orthophonistes pratiquent ce test. / Bilan ophtalmologique / Bilan gynécologique (tous les ans ou selon les antécédents familiaux?) / Bilan dentaire annuel : ACSODENT 2 fois par an pour MAS/FAM – A pour le FV / Bilan orthopédique : en lien avec GEVA concernant le vieillissement. Balance bénéfice-risque (Questions éthiques par rapport au consentement et au vécu/comportement lors de cet examen qui peut générer de la violence). L'accès aux services de gynécologie pour les adultes handicapés reste compliqué. La question du suivi gynécologique se pose davantage sur les FV notamment pour les personnes accueillies sous pilules (question de l'accompagnement éducatif dans la vie sexuelle). De manière générale, il existe une problématique importante concernant les examens pour les personnes handicapées car les professionnels sont peu formés et peu disponible. Par ailleurs, il est indispensable de procéder à une habitude systématique pour l'ensemble des personnes accueillies afin de faciliter les examens et le vécu de ces derniers. Cela serait assez facile à généraliser (Atelier d'habitude toutes les semaines / Recherche des supports proposés à réaliser comme pour les examens ophtalmologiques, dentaires...). Dans un document parallèle au PP, l'équipe pourrait définir qui a besoin d'habitude.
Objectifs de l'action	Avoir une meilleure appréhension de l'état de santé des personnes accueillies et de son évolution. Renforcer l'évaluation des besoins. En faveur des personnes accueillies et des équipes pour une meilleure prise en charge globale.
Modalité de mise en œuvre	Formation vieillissement. Groupe de travail de 6-7 personnes dans la recherche des spécialistes. Les familles sont associées lors du PP. (Recueil des données : Interroger les personnes accueillies et les familles/tuteurs concernant le consentement de ces derniers pour les examens médicaux, l'accompagnement aux rendez-vous, la transmission d'information...) Question de l'autodétermination en secteur adulte, l'objectif n'étant pas d'infantiliser les personnes accueillies.
Partenaires mobilisés	En interne, il faudrait avoir le personnel adéquat (manque d'effectif). En externe, il faut rechercher les partenaires adéquats (incitation au partenariat, se faire connaître – insister sur le fait que notre pôle soin ne peut pas tout faire et ne peut pas être expert dans tous les domaines) : un partenaire orthophoniste (Echanger avec l'hôpital local de Chemillé? Se rapprocher des écoles?) un partenaire ophtalmologiste
Échéances	en continu
Modalités d'évaluation	Indicateurs: point annuel sur la quantité de bilans réalisés Evaluation qualitative: actions mises en place, dépistages plus précoces...

FICHE ACTION 3 : renforcer la promotion de la santé

Référence au projet associatif et au projet socle	Axes Stratégiques ciblés par l'action : Axe 1 : organiser la souplesse des prestations au bénéfice du parcours. Axe 2 : Accroître la qualité de l'accompagnement Axe 3 : Répondre aux besoins des situations les plus complexes
Constats et enjeux du dispositif	<u>Constat :</u> Parcours morcelé de la personne accompagnée. <u>Enjeu :</u> Suivi global et accès aux soins selon le besoin de la personne accompagnée.
Objectifs de l'action	Répondre aux besoins de la personne accompagnée.
Pilote de l'action	La personne accompagnée, les familles, les soignants, les éducateurs et les encadrants.
Modalité de mise en œuvre	• Favoriser une meilleure collaboration entre soignants et éducateurs en décroissant les services médicaux, paramédicaux et éducatifs. • Développer le SI, IGC santé, le e-santé (système d'information hospitaliers, logiciels d'aide à la prescription, dossier médical patient, e-learning, big data, internet grand public) et la télé-santé (télémédecine : téléconsultation, télé-expertise, télésurveillance médicale, téléassistance médicale, régulation médicale / santé mobile ou m-santé : smartphone-tablette, applications, objets connectés) pour une meilleure circulation de l'information et communication. • Systématiser l'utilisation du GEVA.
Partenaires mobilisés	• Equipe pluridisciplinaire • ARS • Médecins généralistes et spécialistes. • Handisanté, CRA, CEAA, unités mobiles, hôpitaux, CHU, UMIGP...
Échéances	5 ans
Modalités d'évaluation	• Nombre de convention • Nombre d'évaluation, bilan de santé... • Nombre d'hospitalisation et de diagnostic • Questionnaire de satisfaction

FICHE ACTION 4: Améliorer l'accompagnement des personnes polyhandicapées

Référence au projet associatif et au projet socle	Axes Stratégiques ciblés par l'action : Axe 2 : Accroître la qualité de l'accompagnement
Constats et enjeux du dispositif	<u>Constats</u> : Dans le champ du polyhandicap, la structuration par activité n'est pas toujours la meilleure indication alors que le support de la vie quotidienne est parfois plus adapté. Nous avons besoin d'une approche plus corporelle également. <u>Enjeux</u> : Diversifier les prestations pour mieux répondre aux besoins des personnes accueillies.
Objectifs de l'action	• Développer un pôle ressource sur la stimulation basale. • Adapter et améliorer les accompagnements aux besoins des personnes accueillies / accompagner les changements de pratique.
Pilote de l'action	• Directeur et directeur-adjoint
Modalité de mise en œuvre	• RH : mettre en place les moyens correspondants (personnels dédiés). • Réaliser des bilans sensoriels pour toutes les personnes accueillies. • Former les professionnels sur la stimulation basale et autres axes d'interventions (utilisation de la salle snoezelen, stimulation douce, outils CHESSEP...etc...) • Le pôle ressource réalisera un bilan sur les besoins. Des professionnels sont déjà au travail sur cet axe d'intervention et pourraient mettre en œuvre ce pôle ressource (avoir des référents par unité et former les professionnels où il existe des besoins)... • Coordination entre les différents pôles (lien entre le pôle vieillissement, stimulation basale et TND et prioriser les interventions en fonction pour les personnes accueillies . • Mobilisation du pôle envisageable sur des cellules de veille. • A terme, la prestation pourra être ouverte vers l'extérieur.
Partenaires mobilisés	• Formation : L'Atelier des pratiques • Professionnels dédiés et formés
Échéances	• Constitution du pôle : 1er semestre 2023 • Ouvrir vers l'extérieur : 5 ans.
Modalités d'évaluation	• Nombre de bilan et de prise en charge (activités spécifiques proposées comme expression corporelle). • Nombre de formation et de professionnels formés

FICHE ACTION 5 : Transformation de l'offre.

Référence au projet associatif et au projet socle	Axes Stratégiques ciblés par l'action : Axe 1 : organiser la souplesse des prestations au bénéfice du parcours. Axe 2 : Accroître la qualité de l'accompagnement Axe 3 : Répondre aux besoins des situations les plus complexes
Constats et enjeux du dispositif	<u>Constat :</u> L'organisation actuelle ne permet pas de répondre totalement aux besoins et attentes du public sur le territoire. Sortir de l'entre-soi : s'ouvrir vers l'extérieur. Nombre de dossiers de demande d'admission en liste d'attente (AT). Comment répondre à ces derniers (à long terme, proposer une diversité de réponse telle qu'une évaluation, un atelier...) Affiner le diagnostic concernant les besoins en terme d'activité pour l'ensemble des personnes accueillies et des personnes en liste d'attente. Structurer les réponses apportées au sein du dispositif.
Objectifs de l'action	1 : Etoffer l'offre de l'accueil non-permanent (AT, accueil séquentiel, répit...). 2 : Structurer la plateforme d'offres de service. • Répondre aux besoins d'accueil non-permanent en diversifiant notre offre d'accueil en répit, séquentiel et évaluation. • Déterminer le profil des personnes accueillies. • Proposer des activités aux personnes accueillies en interne dans un premier temps. • Proposer des activités en externe dans un second temps.
Pilote de l'action	DA + CDS EANM DA + CDS EANM DA + CDS EANM
Modalité de mise en œuvre	Mise en place d'un groupe de travail (coordinateur de l'AT et de l'ATR, IDE, psy : comment répondre aux candidatures et sur quels critères) en lien avec la commission d'admission associative. Formaliser les modalités d'accueil, les procédures d'accueil (différentes étapes) et réviser le livret d'accueil. Augmenter le nombre de place ou nombre de jours ? Formation des professionnels Travail avec les familles et les établissements (rencontres extérieures). Coordination entre l'accueil non-permanent et la plateforme de prestations. Poser un diagnostic et comment organiser la mise en œuvre en libérant les professionnels concernés ? Prise de connaissance des différents partenaires sur le territoire et développer un partenariat pérenne.
Partenaires mobilisés	Equipe pluridisciplinaire en interne (partenariats entre les différents établissements de l'Association). En externe : les personnes accompagnées, les familles et les tuteurs, les partenaires extérieurs (établissements, MDA, organismes de tutelle, C 360, CCAS, centre social, associations, municipalités,) mise en place de conventions, intervention du directeur pour créer du lien.
Échéances	Mieux répondre aux besoins en interne dans un premier temps puis à plus long terme (5 ans) offrir une plateforme de services en externe. 2 ans : Répondre aux besoins en terme quantitatif et qualitatif (affiner les modalités et procédures d'accueil, livret d'accueil) 5 ans : offrir une plateforme de services en externe.
Evaluation	Nb de contrat de séjour / Nb de conventions signées. Bilan annuel d'activité (Nb d'activités, Nb de personnes accompagnées, enquête de satisfaction...)

FICHE ACTION 6: Vie Affective Intime et Sexuelle

Référence au projet associatif et au projet socle	Axes Stratégiques ciblés par l'action : Axe 2 : Accroître la qualité de l'accompagnement
Constats et enjeux du dispositif	<u>Constat</u> : l'existant est à développer. Peu de partenariat avec l'extérieur. <u>Enjeux</u> : Répondre aux besoins des personnes accueillies selon les RBPP. Faire évoluer les représentations et pratiques professionnelles.
Objectifs de l'action	• Mettre en place un pôle ressource VAIS avec des professionnels des 3 établissements. • Remettre en place / Poursuivre les groupes d'expression des personnes accueillies. • Proposer des entretiens individuels en fonction des besoins • Communiquer en interne et proposer en externe la prestation.
Pilote de l'action	Directeur et/ou directeur adj et/ou CDS
Modalité de mise en œuvre	• Intervention en individuel ou collectif • Formation VAIS (DU handicap et sexualité ?) Formation commune des encadrants • Supervision des encadrants • Lien avec les familles • Sensibilisation sur les thématiques et faire évoluer les représentations. • Intervention des professionnels dédiés auprès des équipes si besoin. • Rompre le tabou sur la thématique et faciliter les échanges sur ce sujet. • Rédiger une charte et questionnaire de satisfaction en FALC • Partenariat externe/notre savoir-faire : être ressource pour les partenaires extérieurs
Partenaires mobilisés	IREPS / Planning familial / Centre ressource régionale à la VAIS et soutien à la parentalité,
Échéances	<u>Automne 2022</u> : Installation et organisation du lieu dédié à la VAIS (pour les entretiens individuels et groupe de paroles) <u>Fin 2022</u> : écriture de la charte et du questionnaire de satisfaction en FALC + reconstruction des séances du groupe de parole <u>Janvier 2023</u> : reprise des groupes de paroles <u>Sept 2023</u> : Développer les entretiens individuels <u>2024</u> : formalisation du soutien aux équipes / Développer les prestations extérieures 5 ans : prestation en extérieur
Modalités d'évaluation	Nombre de séances, régularité. / Nombre de personnes participant aux groupes de parole ou étant en liste d'attente. Questionnaire de satisfaction en FALC à l'attention des personnes accueillies. Questionnaire pour les familles

FICHE ACTION 7: Vieillessement et qualité de l'accompagnement.

Référence au projet associatif et au projet socle	Axes Stratégiques ciblés par l'action : Axe 1 : organiser la souplesse des prestations au bénéfice du parcours. Axe 2 : Accroître la qualité de l'accompagnement Axe 3 : Répondre aux besoins des situations les plus complexes Axe 4 : Repenser la fonction management et les missions des fonctions supports
Constats et enjeux du dispositif	<u>Constat</u> : Difficulté à distinguer les manifestations liées au vieillissement ou au handicap. Evolution des pathologies et besoins en lien avec le vieillissement. La composition des unités ne prend pas en compte les spécificités liées au vieillissement (rythme de vie, activités, repères environnementaux...). Thématique du vieillissement peu évoquée et traitée avec les familles et les professionnels. <u>Enjeu</u> : Anticiper et répondre aux besoins des personnes accompagnées.
Objectifs de l'action	Prendre en compte la problématique du vieillissement dans l'accompagnement des personnes. Améliorer et adapter l'accompagnement et mieux répondre aux besoins y compris par rapport à la question de l'orientation. Accompagner la perte d'autonomie. Accompagner la fin de vie. Accompagner les familles confrontées au vieillissement de leurs proches. Accompagner les professionnels (connaissance du vieillissement, distinction avec les manifestations du handicap).
Pilote de l'action	DA et CDS (dédié au vieillissement)
Modalité de mise en œuvre	Groupe de travail ou pôle ressource vieillissement. Evaluation : identifier les besoins matériels, humains et financiers. Evaluation des manifestations liées au vieillissement : GEVA de toutes les personnes accompagnées à partir de 40 ans à compter de janvier 2023 puis tous les ans systématiquement pour une meilleure anticipation des troubles liés au vieillissement. Réévaluation du traitement coordonné par le médecin. Réorientation lorsque cela peut être envisagé. <u>Formations spécifiques</u> : vieillissement (simulateur), Alzheimer, Parkinson, fin de vie (question des directives anticipées). Mutualiser et échanger sur les savoirs et savoir-faire avec les différents partenaires (UPHA...) et établissements (Perce-Neige par exemple). Aborder avec les familles la question du vieillissement notamment de la réorientation lors de l'admission en établissement. Réorganiser les unités en fonction du vieillissement des personnes accueillies et/ou de leurs pathologies.
Partenaires mobilisés	Equipe pluridisciplinaire : médecin, Infirmier en Pratique Avancée et infirmier, paramédical (ergothérapeute, orthophoniste, kinésithérapeute...), éducatif, psychologue,.... Développer le partenariat : Equipes mobiles (UMIGP, Maison Rochas, soins palliatifs...), EHPAD, UCC (Unité Cognitivo-Comportementale)... Familles/tuteurs
Échéances	Mise en place des évaluations GEVA lors des prochains PP 2023. Mise en place du projet soin courant 2024. 2 ans : Réorganisation des unités. 5 ans : Mise en place du pôle ressource
Modalités d'évaluation	Nombre d'évaluation GEVA. Imago : indicateurs à extraire (GEVA) Quantifier le nombre de personnes formées.

Projet dispositif 2022-2026 LE GIBERTIN

N° EN .04. AA Version 1

Validé en CVS, CSE et CA.