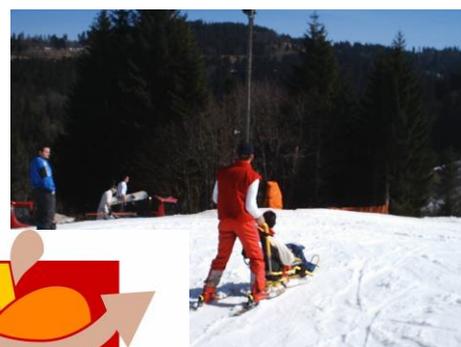


Projet d'établissement

Association Lorraine d'Aide aux personnes Gravement Handicapées

**Foyer
d'Accueil
Médicalisé
de Jour**

2013-2017



ALAGH



Foyer d'Accueil Médicalisé de Jour ALAGH
1661, avenue Raymond Pinchard
54 000 NANCY

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

SOMMAIRE

Avant-propos	4		
I - CADRE DE REFERENCE	5		
1.1 Textes législatifs et réglementaires régissant le fonctionnement de l'établissement	5		
1.2 Autres textes de référence importants pour le fonctionnement de l'établissement	7		
II - LA POPULATION ACCOMPAGNEE	9		
2.1. Agrément et critères d'admission de la population accueillie	9		
2.2. Caractéristiques des personnes accueillies	9		
2.3. Une évolution du public accueilli marquée par une dépendance croissante	11		
2.3.1. Le vieillissement des personnes accueillies et ses conséquences	11		
2.3.2. Les besoins spécifiques des personnes atteintes de troubles cognitifs sévères	11		
III - PHILOSOPHIE ET FINALITES DE L'INSTITUTION	12		
3.1. Les valeurs	12		
3.2. Les objectifs	12		
3.3. Appuis théoriques et éthiques	13		
IV - LES DISPOSITIONS INSTITUTIONNELLES MISES EN ŒUVRE	17		
4.1. L'admission	17		
4.2 L'accueil	18		
4.2.1. Le sens de l'accueil	18		
4.2.2. Les informations transmises à l'accueil à l'utilisateur	18		
4.2.3. Les différents types d'accueils	18		
4.3. Le contrat de séjour	19		
4.4. Le projet personnalisé	19		
4.4.1. La personnalisation et les différents niveaux de projet	19		
4.4.2. L'évaluation des besoins de l'utilisateur	20		
4.4.3. L'élaboration, la mise en œuvre et le suivi du projet personnalisé	20		
4.4.4. Le référent du projet personnalisé	21		
4.5. Droits et devoirs de l'utilisateur	22		
4.6. La confidentialité	23		
4.7. Les domaines d'intervention	23		
4.7.1. Les besoins fondamentaux	23		
4.7.2. Les soins	24		
4.7.3. La vie sociale : ouverture à l'environnement	26		
4.7.4. L'accompagnement à la fin de vie	27		
4.8. La vie affective et sexuelle	27		
4.9. Les réseaux et les partenariats	27		
4.10. La prévention et traitement des faits de maltraitances	28		
4.10.1 Actions de préventions	28		
4.10.2 Procédures de signalement	28		
4.11. Lieu d'expression des usagers et familles	29		
4.12. Les relations avec la famille	30		
4.13. Les limites de l'accueil	30		
V - L'ORGANISATION DE L'INSTITUTION	31		
5.1 Organisation générale (organigramme)	31		
5.2 Les moyens humains	31		
5.2.1 Les professionnels	31		
5.2.2 Les personnes en formation	34		
5.2.3 Les bénévoles	34		
5.3 Les activités et animations diverses	35		
5.4 Les temps forts de la vie institutionnelle	36		
5.5 Les moyens institués	36		
5.5.1 Les réunions	36		
5.5.2 Les dossiers des usagers	38		
5.5.3 La formation continue	38		
5.5.4 Les modalités d'information et de communication entre professionnels	38		
5.5.5 Les outils d'évaluation et la démarche qualité	39		
5.6 Les moyens matériels	39		
5.6.1 Les locaux	39		
5.6.2 Les équipements spécifiques	40		
5.6.3 Les transports	40		
5.7 Les moyens financiers	41		
VI - LES PERSPECTIVES D'EVOLUTION	42		
6.1. 2013-2015 : Les questions en cours / à traiter à court terme	42		
6.2. 2015-2017 : Les questions à traiter à moyen et long terme	43		
VII - LES MODALITES ET MISE EN ŒUVRE DU PROJET	45		
7.1. Rôle de références du projet et articulation avec les autres documents institutionnels	45		
7.2. Suivi et évaluation	45		
7.3. Diffusion/exploitation	45		
GLOSSAIRE DES SIGLES	46		
VIII - DOCUMENTS ANNEXES	48		
			26

AVANT-PROPOS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Cette nouvelle approche suppose que l'équipe institutionnelle :

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

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

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

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

Loi du 4 mars 2002 relative aux droits du patient

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

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

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

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

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

Plusieurs grands principes dans la loi :

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

Loi du 21 juillet 2009 Hôpital Patients Santé Territoires

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

Principales dispositions :

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

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

- Précise les besoins des personnes accueillies : entretien personnel, mobilité, communication, relation avec autrui, prise de décision, soins de santé, accompagnement psychologique
- Précise les missions de l'établissement (art. D344-5-3 du CASF) : « pour les personnes qu'ils accompagnent, les établissements
 - o favorisent, quelle que soit la restriction de leur autonomie, leur relation aux autres et l'expression de leurs choix et de leur consentement en développant toutes leurs possibilités de communication verbale, motrice ou sensorielle, avec le recours à une aide humaine et, si besoin, à une aide technique
 - o développent leurs potentialités par une stimulation adaptée tout au long de leur existence, maintiennent leurs acquis et favorisent leur apprentissage et leur autonomie par des actions socio-éducatives adaptées en les accompagnant dans l'accomplissement de tous les actes de la vie quotidienne
 - o favorisent leur participation à une vie sociale, culturelle et sportive par des activités adaptées
 - o portent une attention permanente à toute expression d'une souffrance physique ou psychique

- veillent au développement de leur vie affective et au maintien du lien avec leur famille ou leurs proches
- garantissent l'intimité en leur préservant un espace de vie privatif
- assurent un accompagnement médical coordonné garantissant la qualité des soins
- privilégient l'accueil des personnes par petits groupes au sein d'« unités de vie » »
- Précise l'organisation de la réalisation de ces missions, et notamment
 - la composition de l'équipe pluridisciplinaire
 - l'existence et le rôle d'un référent pour chaque personne accompagnée.

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

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

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

Points essentiels :

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

Différents degrés de protection juridique :

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

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

On distingue deux types de curatelle :

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

La Curatelle est un régime d'ASSISTANCE.

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

Contrairement à la curatelle, la tutelle est un régime de REPRESENTATION.

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

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

Recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM

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

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

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

Recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS)

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

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

LA POPULATION ACCOMPAGNÉE



2.1 AGRÉMENT ET CRITÈRES D'ADMISSION DE LA POPULATION ACCUEILLIE

Le Foyer d'Accueil Médicalisé de Jour dispose d'un agrément de 15 places, et s'adresse prioritairement à des personnes vivant en Meurthe-et-Moselle, et dont l'éloignement géographique reste compatible avec des trajets quotidiens, soit aux alentours de 35 km (un temps de transport trop important pouvant s'avérer néfaste pour la personne).

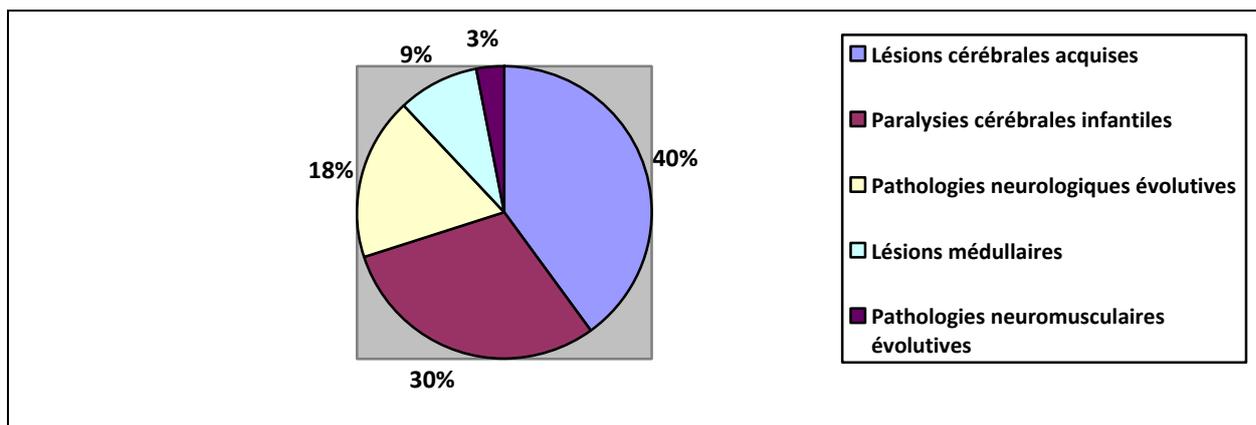
Le profil du public visé par chacune des structures de l'ALAGH Nancy est identique : le FAMJ accueille, sur décision d'orientation prise par la CDAPH, des personnes adultes handicapées qui n'ont pu acquérir un minimum d'autonomie et dont l'état requiert une surveillance médicale régulière et des soins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

- 1) **Présenter une (ou plusieurs) déficience(s) sévère(s)** : L'établissement accueillera des personnes atteintes d'une ou plusieurs déficiences motrices ou somatiques graves, sensorielles ou intellectuelles dès lors que ces personnes ne présentent pas de troubles psychiatriques ou de déficiences intellectuelles dominantes.
- 2) **Avoir l'âge adulte** : l'accueil est possible dès 18 ans. Cependant, des mineurs âgés de 16 ans au moins peuvent être accueillis le cas échéant. (Art. R.821-1 du Code de la Sécurité Sociale).
En ce qui concerne l'âge supérieur d'admission, seront accueillies des personnes dont le handicap aura été constaté par la CDAPH avant l'âge de 60 ans, ce qui exclut les pertes d'autonomie liées au vieillissement.
- 3) **Présenter une dépendance importante dans les actes de la vie quotidienne** : il s'agit de l'incapacité pour la personne handicapée à se suffire à elle-même dans les actes essentiels de l'existence. Cette définition met en relief la nécessité d'avoir recours à une tierce personne pour les actes de la vie courante.
- 4) **Avoir besoin d'une surveillance médicale et de soins constants** : il ne peut s'agir de soins intensifs. Ils se traduisent par :
 - Une surveillance médicale régulière, permettant la poursuite des traitements et des rééducations d'entretien
 - Des soins de nursing afin de prévenir toute complication
 - Des mesures thérapeutiques et des soins préventifs afin de limiter l'aggravation de l'état de santé et la perte de l'autonomie

2.2 CARACTERISTIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES

Répartition du public par pathologie : (données 2012 sur un total de 33 bénéficiaires)

- 40% de personnes atteintes de lésions cérébrales acquises (traumatismes crâniens, AVC...)
- 30% de personnes atteintes de paralysies cérébrales infantiles
- 18% de personnes atteintes de pathologies neurologiques évolutives (sclérose en plaques, hérérododégénérescence...)
- 9% personnes atteintes de lésions médullaires (traumatique, spina bifida...)
- 3% de personnes atteintes de pathologies neuromusculaires évolutives (myopathies,...)



Besoins médicaux et paramédicaux :

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

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

Les personnes nécessitent un accompagnement dans la vie quotidienne, et en particulier, pour les actes liés à l'habillage et à la toilette (aide totale pour 1/3 des personnes en accueil de jour). La majorité des actes d'hygiène sont réalisés à domicile.

D'une manière générale, les personnes présentes en accueil de jour nécessitent moins d'accompagnement dans les actes de la vie quotidienne et la vie courante que les personnes admises en MAS.

Accompagnement psycho-social :

Les personnes ont besoin d'un accompagnement psycho-social, lié à la présence de troubles, à l'environnement et à leur histoire personnelle. Elles nécessitent, par exemple, une adaptation de leur environnement (repères spatio-temporels...), un soutien psychologique, une aide au maintien de leur réseau relationnel et au maintien d'une vie sociale...

Nous observons que la présence de troubles cognitifs et/ou l'absence de réseau relationnel impactent fortement l'accueil en institution (plus que des troubles physiques).

Au plan psychologique, des usagers disposent de ressources et capacités qui permettent de réguler leurs humeurs, leurs émotions, d'exprimer leurs ressentis, faire face aux événements, utiliser leur potentiel adaptatif...

Certaines personnes disposent d'une capacité d'initiatives, d'affirmation, de participation et font preuve d'intérêt pour des activités, des préférences... Elles peuvent organiser leur temps libre, et leur vie personnelle à l'extérieur de l'établissement. D'autres conservent une capacité d'échange relationnel et de communication. D'autres encore préservent une relative indépendance et une liberté d'agir en conscience des risques (accrus par leur handicap), lors d'activités à l'extérieur notamment.

Proportion des personnes sous protection juridique :

La part des personnes sous protection juridique est également significative.

Nous constatons que 21 % des usagers du FAMJ sont sous protection juridique (tutelle, curatelle renforcée, curatelle simple). Sur les 79 % restants, 21 % réalisent seuls leur gestion budgétaire. Pour les autres, ce sont

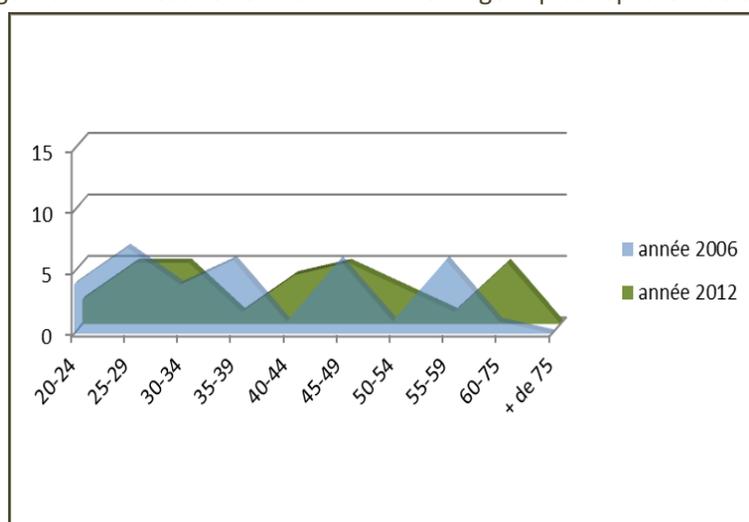
les membres de leur famille qui effectuent cette gestion, sans qu'une mesure de protection juridique n'ait été officialisée pour le moment.

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

2.3. UNE EVOLUTION DU PUBLIC ACCUEILLI MARQUEE PAR UNE DEPENDANCE CROISSANTE

2.3.1. Le vieillissement des personnes accueillies et ses conséquences

L'âge moyen des usagers du FAMJ est de 43 ans. La tranche d'âge la plus représentée est entre 30 et 40 ans.



Répartition des usagers en accueil de jour par âge
Evolution 2006-2012

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

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

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

PHILOSOPHIE ET FINALITES DE L'INSTITUTION



3.1 LES VALEURS

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

Valeurs :

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

Principes :

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

3.2 LES OBJECTIFS

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

- **Développer une expertise** dans l'accueil de publics aux besoins spécifiques : personnes atteintes de troubles cognitifs associés à une déficience motrice
- **Accompagner les parcours de vie**
 - o **Accompagner la personne tout au long de la vie**, en prenant en compte l'évolution des besoins (sanitaires, sociaux...) et attentes de la personne à chaque étape de sa vie.
 - o **Permettre une modularité de l'accueil**, répondant aux attentes (diverses et évolutives) de chacun.

Le passage d'une structure à l'autre :

Sous réserve d'une notification de la CDAPH, les personnes handicapées reçues au FAMJ peuvent demander à être accueillies en séjour temporaire à la MAS. Elles peuvent aussi être admises en séjour durable. De même, un résident de la MAS reprenant un domicile personnel peut être admis à l'accueil de jour. Il existe des passerelles entre ces dispositifs pour permettre aux personnes handicapées de recourir à la structure la plus adaptée à leurs besoins.

En 2012, les deux établissements sont concernés en permanence par une file active de bénéficiaires de 109 personnes sur les trois modes d'accueil (durable, temporaire, de jour).

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

Objectifs de l'accueil de jour (FAM)

La raison d'être du Foyer est de contribuer à apporter aux usagers des moments de bien-être, plaisir, bonheur :

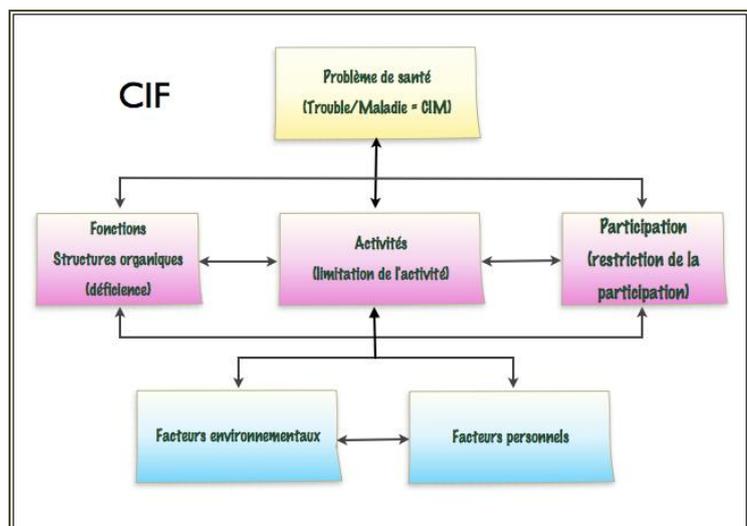
- En proposant une alternative en matière d'accueil et de vie quotidienne,
- En contribuant à l'équilibre psychologique des personnes accueillies,
- En permettant de rompre avec la solitude,
- En aidant à faire aboutir des projets soutenus par la personne accueillie, en valorisant les initiatives personnelles,
- En facilitant le maintien à domicile en prenant le relais des aidants naturels,
- En veillant au bien-être du bénéficiaire, à son confort, à sa sécurité physique et psychologique
- En permettant l'accès à des prestations spécialisées (paramédicales, psychologue)

3.3. APPUIS THÉORIQUES ET ÉTHIQUES

HANDICAP ET ENVIRONNEMENT

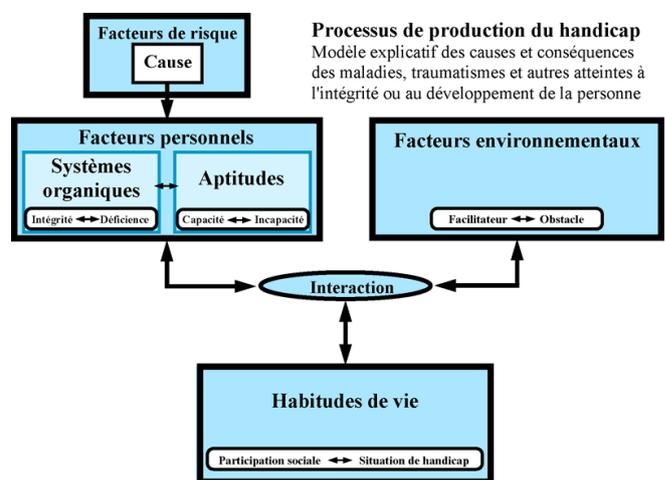
CIF (classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé)

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



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

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



Modèle bio-psycho-social

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

Compensation / inclusion (mêmes droits communs pour tous)

Le terme « **inclusion** » désigne l'affirmation des droits de toute personne à accéder aux diverses institutions communes et destinées à tous, quelles que soient leurs éventuelles particularités.

Michel CHAUVIERE, Eric PLAISANCE, « Inclusion », Dictionnaire Encyclopédique de l'éducation et de la formation – 2005.

Une société inclusive est une société qui se module pour permettre aux diversités humaines de prendre place. C'est l'idée d'un ensemble commun. Une société inclusive, c'est une société sans privilèges, exclusivités, exclusions.

Charles GARDOU – Biennale du Handicap – IRTS 2012.

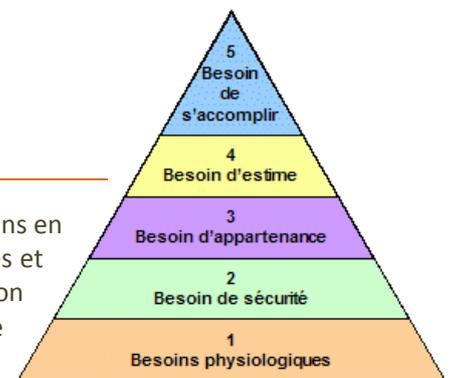
REPÉRAGE DES BESOINS ET CAPACITÉS DE LA PERSONNE

Virginia Henderson : les 14 besoins fondamentaux

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

Maslow : pyramide des besoins

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



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

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

NOTIONS D'INDÉPENDANCE ET D'AUTONOMIE

Indépendance

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

Autonomie

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

POSTURES PROFESSIONNELLES / RELATION D'AIDE

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

Capacité La proximité entre professionnels et usagers est nécessaire : à minima physique du fait de la situation de dépendance des personnes accueillies, elle doit également être relationnelle pour que l'usager se sente reconnu, estimé.

Cependant, du fait de la quotidienneté de leurs relations, le lien devient spécifique et peut amener à des phénomènes subjectifs, souvent de façon inconsciente et qui peuvent être positifs comme négatifs. Par exemple, on attribue à l'autre des intentions, des sentiments en fonction de ce que cela renvoie de notre propre histoire (transfert), de ce que l'on méconnaît ou refuse de voir en soi (projection) ou encore on souhaiterait que l'autre réagisse comme on aurait réagi (identification). Le risque dans ces réponses est qu'elles peuvent être inadaptées, et surtout qu'elles ne laissent pas la place à l'usager.

Aussi, la proximité favorise les relations d'intimité, le professionnel peut malgré lui venir parler de sa vie privée, voir même se confier. L'apparition récente des réseaux sociaux accentue ces phénomènes et la frontière entre relation professionnelle et privée devient floue.

Cependant, là encore, le risque est que l'usager ne s'autorise pas ou plus à exprimer ses besoins et ses sentiments. On ne peut demander de l'aide à l'autre, partager ses joies et ses peines, que si on est sûr que cela ne va pas l'affecter, le déranger.

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

Valorisation des rôles sociaux

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

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

Carl Rogers (Rogers C. Le développement de la personne, Dunod, 2005) propose une approche centrée sur la personne où la relation consiste à mobiliser les ressources de la personne accompagnée. L'attitude du professionnel repose sur trois qualités : l'empathie (capacité à comprendre les sentiments et émotions d'autrui),

la congruence (authenticité, cohérence entre ce qui est ressenti et exprimé) et le non-jugement (attention positive inconditionnelle qui permet d'instaurer la relation de confiance).

Théorie de l'humanité (J. Pelissier)

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

LES DISPOSITIONS INSTITUTIONNELLES MISES EN OEUVRE

IV

4.1 L'ADMISSION

1- Traitement d'une demande d'admission

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

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

L'accord définitif pour l'entrée au foyer est soumis à la bonne accessibilité du domicile (une visite est faite par le coordinateur pour vérifier qu'il n'y a pas d'obstacles au transport).

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

Dès réception du dossier d'admission complet, un rendez-vous sera proposé, auprès du médecin pour vérifier les critères médicaux, et auprès du cadre social pour les critères administratifs. Une visite de l'établissement sera également réalisée.

A l'issue de ce rendez-vous, le médecin et le cadre social décident d'inscrire, ou non, l'utilisateur sur la liste d'attente (avec éventuellement des journées d'essai au FAMJ).

2 – Commission d'admission FAMJ

Se référer à la procédure correspondante (documents annexes).

Il existe deux types de commissions :

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

Objectif : examen des demandes d'admission, suivis et réponses, mise à jour des listes d'attente

Lorsqu'une place est disponible, le choix est fait en commission d'admission, sur la liste d'attente, en tenant compte :

- o Des critères d'ancienneté (ancienneté de la demande et/ou passage d'une structure à l'autre),
- o De l'urgence de la demande, en particulier sur le plan social (absence de réseau social et familial, lieu de vie inadapté, épuisement des aidants, prises de risque...),

Une priorité est donnée aux demandes départementales et régionales.

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

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

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

3 – Modalités d'admission

Une fois la décision d'admission prononcée, une organisation est mise en place.

Se référer à la procédure disponible sur le site intranet et le site internet de l'Association (www.alagh.fr).

4.2 L'ACCUEIL

4.2.1 Le sens de l'accueil

L'accueil permet de favoriser « LA RENCONTRE ». C'est un phénomène tissé de hasard, d'imprévisible, de nouveauté et de réel (Lacan).

Il doit permettre à la personne de se sentir attendue. L'accueil concerne tous les professionnels, partout et à tout moment.

L'entrée de l'établissement a été aménagée afin de permettre un accueil plus ouvert et agréable.

Une permanence physique et téléphonique est assurée lors de l'ouverture de l'accueil de jour, de 8h30 à 17h30 du lundi au vendredi. Elle permet de répondre aux besoins des personnes venant de l'extérieur (visiteurs, familles, fournisseurs...), mais également de l'intérieur (professionnels, usagers).

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

4.2.2 Les informations transmises à l'accueil de l'utilisateur

Le livret d'accueil

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

Le règlement de fonctionnement

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

Le contenu du règlement de fonctionnement se construit autour de quatre axes :

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

4.2.3 Les différents types d'accueils

Le FAMJ est ouvert du lundi au vendredi de 9h à 17h hors jours fériés et période de fermeture (3 semaines en été ; 1 semaine entre Noël et Nouvel an).

Le premier accueil

L'accueil est un « premier pas » dans l'accompagnement. C'est un moment privilégié d'écoute et d'information pour l'utilisateur et son entourage.

Ce moment d'accueil permet d'établir un climat de confiance entre l'utilisateur, la famille et l'équipe. Il permet l'intégration et comprend la présentation du service et des personnels, la découverte des lieux...

De la même façon, l'accueil permet aux équipes de recueillir des informations sur la personne et ses habitudes de vie pour faciliter un accompagnement adapté.

Objectifs et moyens d'un bon accueil :

- accueillir l'utilisateur par une formule de politesse et un sourire
- se présenter en donnant son nom et sa fonction
- être à l'écoute de l'utilisateur et/ou de ses proches et apporter des réponses selon ses compétences
- rassurer et reconforter l'utilisateur et/ou sa famille en fonction de son état d'anxiété afin de créer une relation de confiance
- informer l'utilisateur et sa famille sur la disponibilité de l'équipe pluridisciplinaire et du fonctionnement de l'établissement.
- recueillir les informations nécessaires à un accompagnement adapté

L'accueil au quotidien :

Une attention particulière est apportée à la première rencontre de la journée (arrivée après le transport).

L'accueil est à la fois individuel et collectif (accueil à l'arrivée, accompagnement vers le lieu dédié, discussion et présentation du programme de la journée autour d'un café).

4.3. LE CONTRAT DE SÉJOUR

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

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

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

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

4.4. LE PROJET PERSONNALISÉ

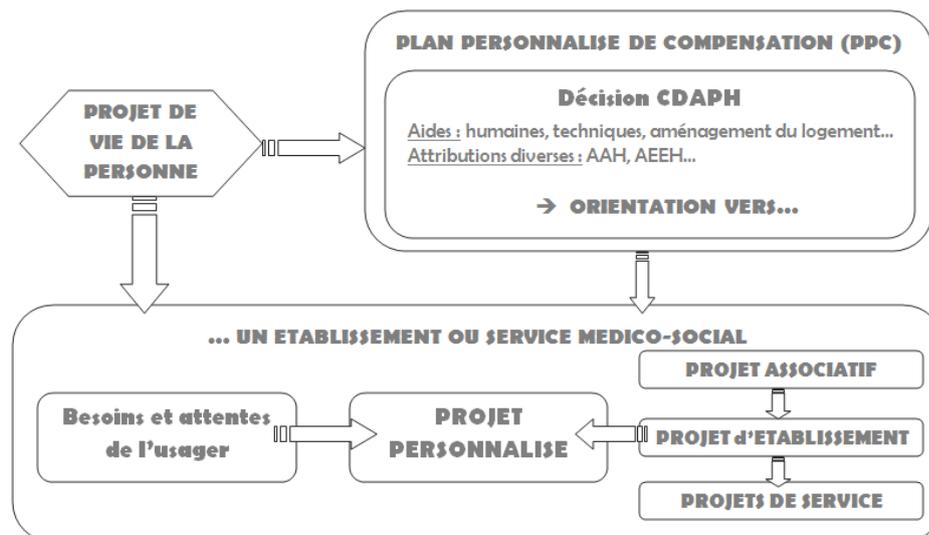
4.4.1. La personnalisation et les différents niveaux de projet

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

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

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

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



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

4.4.2. L'évaluation des besoins de l'utilisateur

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

Outils existants (dossier informatisé)

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

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

ELABORATION

Le projet personnalisé constitue un document de référence pour chaque intervenant auprès de la personne.

Le projet personnalisé est constitué (selon RBPP ANESM) :

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

Celle-ci s'effectue au travers des différents temps quotidiens entre la personne et les professionnels, mais également en amont de la réunion de projet, par la coordinatrice de projet, et, en aval, lors de la rencontre de

validation. L'utilisateur, ou son représentant légal peut, s'il le souhaite, être accompagné des personnes de son choix.

- du recueil d'informations concernant la personne

Il doit permettre aux professionnels de disposer des informations strictement nécessaires et pertinentes à l'accompagnement. Il doit se réaliser dans le respect de l'intimité, du droit de réserve des personnes, et laisser la possibilité de repartir sur de nouvelles bases.

Des outils existent : dossier d'observations des activités et des temps collectifs (SAVSA, FAMJ), évaluations paramédicales, bilans et évaluations professionnelles, etc.

Le recueil passe par le repérage des habitudes de vie et quand cela est possible en sollicitant l'entourage.

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

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

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

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

MISE EN ŒUVRE ET SUIVI DU PROJET

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

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

La pertinence du projet, les objectifs de travail des professionnels ainsi que la cohérence de l'accompagnement et des prestations doivent être régulièrement interrogés, au regard de l'évolution de la situation et des attentes de la personne.

Si besoin, des ajustements du quotidien sont réalisés en accord avec la personne.

Pour les nouvelles admissions et les séjours d'essai, un bilan à 6 mois est réalisé puis périodiquement.

Une réunion de « validation » vient entériner le projet mais cela n'exclut pas par ailleurs des rencontres ou réunions avec la personne, ses proches quand l'évolution de la situation le nécessite.

L'actualisation donne lieu à un avenant au contrat de séjour.

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

4.4.4. Le référent du projet personnalisé

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

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

Les bénéficiaires du FAMJ ont pour référent un accompagnant du Foyer.

Les référents sont les interlocuteurs repérés, mais pas privilégiés, de l'utilisateur et de sa famille. Ils sont les collecteurs d'informations utiles au suivi de l'accompagnement et de la mise en œuvre de leur projet personnalisé.

4.5. DROITS ET DEVOIRS DE L'USAGER

L'ensemble des droits des usagers est rédigé dans « la charte des droits et libertés de la personne accueillie dans un établissement ou un service social ou médico-social » qui est fixée par un arrêté du 8 septembre 2003.²

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

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

L'ALAGH demande aux usagers de :

- respecter l'application des dispositions prévues au règlement de fonctionnement,
- respecter les consignes de sécurité,
- porter assistance dans les situations d'urgence en fonction de leurs capacités personnelles,
- collaborer aux programmes de soins qui ont recueilli leur approbation,
- respecter l'organisation du travail prévue dans un souci d'équité,
- faciliter son fonctionnement en prévenant de leurs absences dans les délais impartis,
- maintenir des rapports courtois et respectueux avec les usagers, les personnels et les visiteurs,
- ne pas exercer de prosélytisme dans l'établissement,
- respecter les opinions des autres et de ne pas empiéter sur la liberté des autres.

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

4.6. LA CONFIDENTIALITE

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

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

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

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

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

Au-delà du cadre légal et réglementaire, le partage d'information doit respecter le droit à la confidentialité et à la dignité de la personne. La situation de grande dépendance accentue le sentiment des personnes à voir leur existence dévoilée.

Or, les bénéficiaires ont droit à un « jardin secret », à l'intimité, à une vie privée.

Cette obligation de confidentialité est parfois difficile à respecter, étant donnée la relation de proximité et les temps d'échanges du quotidien (repas, activités, réseaux sociaux, etc.). Une vigilance accrue s'impose dans ces moments pour préserver cette confidentialité^{3/4}.

4.7. LES DOMAINES D'INTERVENTION

4.7.1. Les besoins fondamentaux

L'hygiène / l'élimination : sauf situation particulière (logement inadapté...), la quasi-totalité des toilettes des usagers est réalisée à leur domicile. De ce fait, les accompagnants interviennent peu pour cet acte. Une salle de bains avec baignoire adaptée est utilisée lorsqu'un bain d'hygiène est nécessaire.

Dans le respect des habitudes de chacun, les AS /AMP interviennent auprès des usagers pour la mise aux toilettes (aide aux transferts, change, surveillance sondage...).

Le repas du midi est pris sur place, collectivement en salle à manger.

Lors d'activités particulières (ateliers cuisine...) ou de sorties exceptionnelles, les repas peuvent être pris en petit groupe au FAMJ ou à l'extérieur de l'établissement.

Il s'agit d'une cuisine traditionnelle, les repas sont fabriqués sur place. Les régimes et textures sont pris en compte (prescription médicale, diététique) et s'adaptent aux menus.

Les habitudes alimentaires sont, dans la mesure du possible, prises en compte : choix du menu à midi (y compris pour les personnes ayant des troubles de la déglutition), pratiques culturelles, respect de certains goûts. Les usagers participent à la construction de certains menus (repas de fêtes, « semaine des résidents », repas à thème).

Les AS / AMP et l'éducateur spécialisé participent à l'aide aux repas en fonction des besoins de chacun.

³ Voir site intranet diaporama « le secret professionnel »

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

Les déplacements : la plupart des usagers se déplace en fauteuil roulant manuel ou électrique à l'intérieur comme à l'extérieur de l'établissement. Pour certains, l'aide d'une tierce personne est nécessaire pour se déplacer.

Selon la situation, des adaptations spécifiques peuvent être prévues (choix fauteuil manuel ou électrique, contentions / maintiens, réglage de vitesse...).

Au FAMJ, une minorité d'usagers marche avec ou sans aide technique. Si besoin, ils sont accompagnés dans leurs déplacements.

Les usagers peuvent circuler librement dans l'enceinte de l'établissement ainsi que dans le jardin.

Pour des raisons de sécurité, les personnes accueillies à l'accueil de jour doivent signaler tout départ anticipé.

Temps de repos : dans le respect du rythme de chacun (fatigabilité), les usagers ont la possibilité, s'ils le souhaitent, d'avoir un temps de repos dans la journée. Pour cela, une salle de repos est à disposition (avec fauteuil confort) à côté de la salle d'activité du FAMJ.

4.7.2 Les soins

Prendre soin de la personne renvoie à⁵: « la soigner, la réconforter, la stimuler et maintenir son autonomie, la protéger, la rassurer, soulager ses souffrances, la sortir de l'isolement, l'aider à garder sa place dans le groupe ou la société, en lui montrant des marques d'attention, en la responsabilisant dans sa prise en charge, en respectant ses choix, son intimité, ses libertés ». C'est donc le projet personnalisé qui enclenche les prestations correspondantes, dans les limites du temps de présence au foyer.

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

Les outils sont : le plan de soin, les transmissions et les réunions de service

La coordination est assurée par les médecins de l'établissement (sans que ceux-ci n'assurent le rôle de médecin traitant) dans le cadre du projet personnalisé. Le recours à un centre de soins infirmiers externe permet de prodiguer les soins programmés ou réguliers. Néanmoins, les infirmières de la MAS peuvent intervenir en cas de besoin auprès des usagers du FAMJ (urgence ou indisponibilité des prestataires).

Les différents types de soins proposés

- ✓ **Les consultations et prescriptions :** Les consultations restent exceptionnelles et concernent le suivi de réadaptation.
- ✓ **La rééducation** est assurée à partir des bilans spécialisés médicaux et paramédicaux. Elle prend également en compte les souhaits de la personne, exprimés dans son projet personnalisé. Les ressources internes reposent sur les kinésithérapeutes, ergothérapeutes et diététiciennes.

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

- ✓ **Les appareillages et aides techniques.** Comme les interventions de rééducation, les appareillages et aides techniques sont mis en place à partir des besoins objectivés, et également à partir des attentes et demandes de la personne, tant pour une utilisation dans l'établissement qu'à domicile.
 - **Fauteuils, corsets, appareils de maintien.** Ils désignent tous les équipements personnalisés d'installation, de maintien, obtenus sur prescription médicale. La collaboration entre médecin MPR, kiné, ergo et orthoprothésistes extérieurs est un atout pour une prescription de qualité en particulier vis-à-vis des fauteuils électriques. Une collaboration avec des structures d'essai tel le CERAH et la liaison régulière avec les services d'appareillage de la CPAM permet d'améliorer ou faciliter les prescriptions.
Le suivi et le renouvellement est proposé en interne aux personnes accueillies.
 - **Les aides techniques et adaptations** désignent les équipements de compensation des incapacités des bénéficiaires. Elles concernent tous les domaines de la vie quotidienne, de la communication, etc. : repas, déplacement, transfert, toilette, préhension, perception sensorielle, adaptation à l'environnement...
 - **Les autres appareillages** tels prothèses auditives, dentaires, lunettes, etc. sont prescrites par les spécialistes correspondants
- ✓ **Le soutien psychologique :** des entretiens sont proposés aux personnes accueillies avec possibilité de suivi par la psychologue de l'établissement, ou un libéral.

La prise en compte de la douleur

Chacun, à son niveau d'intervention, est tenu de prendre en compte la douleur de la personne, en essayant de la repérer, de la signaler aux personnels compétents (infirmiers, psychologue, médecins, etc.) afin de l'objectiver et de la traiter.

Le repérage est une affaire du quotidien : il s'affine avec la connaissance de la personne, de ses habitudes de vie, de ses manières d'être, de ses comportements. Un changement de comportement, une anomalie somatique peut indiquer la présence d'un foyer douloureux.

Les informations transmises doivent être analysées par les personnels compétents, qui tentent d'identifier la cause de la douleur, d'en mesurer l'intensité et d'évaluer son impact. A la suite de quoi des mesures sont prises pour la traiter : les moyens thérapeutiques mis en œuvre peuvent être médicamenteux ou non : techniques de rééducation, appareillage, accompagnement psychologique, installations de confort, relaxation...

Chaque mesure de traitement de la douleur fait l'objet d'un suivi et d'une évaluation, afin de vérifier si les résultats attendus sont réels. Le cas échéant, un réajustement est opéré. Une attention particulière est portée aux effets contre-productifs (ex. appareillage douloureux, effets secondaires des traitements médicamenteux...). Le traitement de la douleur passe également par l'attention particulière donnée à la personne, au temps pris avec elle, à la posture d'écoute. Cette posture doit être partagée par l'ensemble des personnels de l'établissement.

Le consentement aux soins

Les actes de soins sont toujours proposés, et non imposés, aux personnes. Ils sont expliqués aux personnes dans leurs causes (diagnostic et les besoins thérapeutiques qu'ils engendrent), la procédure, les effets bénéfiques attendus et les effets indésirables possibles. Cette démarche vise à permettre à la personne de donner (ou non) son consentement éclairé.

La personne a la possibilité de désigner une personne de confiance et de rédiger des directives anticipées en concertation avec son médecin traitant.

En cas de refus de soins, une négociation est faite avec lui. Au final, c'est toujours son avis qui prévaut – sauf en cas de péril imminent.

Consentement éclairé et protection juridique

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

Les limites de l'accompagnement au soin

Une suspension de l'accueil peut être nécessaire en cas de soins techniques dépassant les champs de compétences présents.

4.7.3. La vie sociale : ouverture à l'environnement

La vie sociale correspond aux relations qui lient la personne à son environnement :

- Les liens qu'elle tisse avec les personnes, les interactions, sa place au sein du groupe
- Son rôle dans la société, sa participation citoyenne

L'accompagnement des personnes dans leur vie sociale passe par la prise en compte de leur « inclusion » dans la société.

Ainsi, chaque action est questionnée au regard du désir de la personne, de son choix, de ses capacités de participation ou non, mais aussi des recours aux « services de droit commun ».

Cet accompagnement, basé sur le désir de la personne (et/ou sur sa stimulation), la prise en compte de ses potentialités, de son environnement (habitudes de vie, intérêts, réseaux...) doit permettre à la personne d'occuper la place qu'elle souhaite, de rester acteur (sujet socio-désirant).

L'accompagnement à la vie sociale ne consiste pas seulement à « faire avec » (accompagner physiquement), mais aussi à « faire faire » ou « laisser faire » (accompagner moralement). Il s'agit de permettre aux personnes de mettre en œuvre leur choix en les confortant dans leur capacité à faire seul⁶.

Il s'agit d'aider la personne à trouver ou conserver des rôles qui la valorisent, dans lesquels elle s'épanouit, de maintenir des centres d'intérêts qui lui permettent de prendre du plaisir, de s'évader, tout en alimentant son sentiment d'appartenance et d'utilité sociale.

Des activités culturelles, sportives, de loisirs sont proposées au foyer. Ces prestations constituent un des principaux points d'intérêt des bénéficiaires à fréquenter l'accueil de jour : elles leur permettent de rompre l'isolement, d'échanger avec d'autres personnes (bénéficiaires et professionnels, mais aussi commerçants...). Elles permettent également aux personnes d'avoir des liens à l'extérieur de l'établissement.

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

Lors des périodes de longue absence (hospitalisation, problèmes de santé...), l'équipe du FAMJ et les usagers veillent à maintenir les liens avec la personne absente et sa famille (visites à domicile ou à l'hôpital, liens téléphoniques, envoi de cartes ou de mails).

En fonction du projet personnalisé (évolution de l'état de santé, retour d'hospitalisation, avancée en âge...) l'établissement propose une adaptation de l'accueil en fonction des besoins de chacun (ex : diminution du nombre de journées par semaine en fonction de la fatigue).

4.7.4. L'accompagnement à la fin de vie

Un accompagnement à la fin de vie est peu probable au FAMJ. Les besoins des usagers en fin de vie évoluent et nécessitent des adaptations d'accueil. Sur le long terme, la réponse adaptée à un accompagnement de fin de vie de qualité sera assurée en dehors du Foyer (soins, prise en charge de la douleur...).

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

L'accompagnement à la fin de vie passe aussi par une préparation au deuil, ou plus largement à la prise de conscience de la finitude de l'existence, de l'absence des proches... Par exemple, on veillera à l'annonce du décès d'un usager de l'ALAGH et à la possibilité de lui rendre hommage (fleurs, carte, participer aux obsèques...).

Les professionnels veillent à organiser un espace de parole pour que chacun évoque son ressenti, ses souvenirs, son émotion suite au décès d'un usager ou d'un proche.

Un soutien psychologique est possible auprès de notre psychologue.

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

4.8. LA VIE AFFECTIVE ET SEXUELLE

Conformément à la loi, les usagers ont droit à une vie privée, et le cadre d'accueil doit garantir les conditions du respect de l'intimité.⁷

La sexualité et l'affectivité relèvent du domaine personnel, et dépassent la question de la dépendance. Elles sont propres à l'usager. L'expression des sentiments et de la sexualité doivent cependant intégrer les normes légales et sociales.

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

La psychologue pourra être un interlocuteur à des fins de prévention, d'information et de passage de relais à un autre membre de l'équipe ou un spécialiste si besoin.

Différentes actions collectives sont menées auprès des professionnels et des usagers : participation à des conférences, formations, projection de documentaires, intervention d'un juriste, d'une sage-femme du planning familial...

4.9. LES RÉSEAUX ET LES PARTENARIATS

En conformité avec les orientations associatives, l'établissement se positionne fortement en faveur du partenariat d'action et du travail en réseau. Il aspire à favoriser en permanence les échanges d'expérience et le

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

transfert de savoirs appliqué à l'accompagnement des personnes handicapées, en assurant une mission d'information et de formation.

Les établissements de Nancy s'inscrivent ainsi dans une **filière de soins** avec, entre autres, le CHU de Nancy (dont le pôle odontologie), l'HADAN, l'IRR, l'OHS...

De plus, nous apportons notre vision d'**expert de la personne handicapée physique** auprès de la MDPH 54 en participant à l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation des besoins de compensation et en siégeant à la CDAPH.

Dans cette optique de partenariat, l'ALAGH mutualise :

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

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

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

4.10. LA PRÉVENTION ET TRAITEMENT DES FAITS DE MALTRAITANCES

4.10.1 Actions de préventions

Des formations et séminaires ont permis de sensibiliser et/ou former des professionnels aux différentes formes de maltraitance et à leurs préventions.

Les rôles de chacun sont définis dans les fiches de mission, de manière à ce que les intervenants n'aillent pas plus loin que leurs prérogatives.

L'association des personnels aux travaux institutionnels collectifs (évaluation, projet d'établissement, conférence de consensus...) permet de rappeler les missions et leur sens.

Les libertés fondamentales des usagers sont garanties par le règlement de fonctionnement.

Une analyse des pratiques est proposée mensuellement, et animée par un psychanalyste extérieur à l'établissement.

Enfin, un effort est porté pour aménager le cadre de vie : chambres personnalisées, décoration des espaces collectifs aménagée selon les évènements saisonniers...

4.10.2 Procédures de signalement

Une fiche de signalement des évènements indésirables existe, et permet de renseigner les problèmes relationnels, de santé, de logistique, ou tout autre problème.

Elle permet d'obtenir les informations utiles précisées par la réglementation relative à la prévention de la maltraitance.⁸

Elle ne se substitue pas à la transmission immédiate de l'information en cas de situation indésirable (problème matériel, urgence sanitaire, constat de fait de maltraitance...), mais elle sert à rendre compte précisément des faits survenus et de leur contexte, une fois le problème traité.

Un travail en commun est actuellement en cours au niveau associatif pour homogénéiser les documents support.

4.11. LIEU D'EXPRESSION DES USAGERS ET FAMILLES

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

Des lieux formels d'expression sont organisés⁹ :

- **Le Conseil de la Vie Sociale** : Conformément au décret du 25 mars 2004, l'ordre du jour est effectué par le Président du CVS, issu du collège des usagers et le Directeur d'établissement. Le CVS se réunit 4 fois par an, un compte-rendu écrit est validé et diffusé.
L'établissement cherche à accompagner les usagers dans leur rôle d'élu (rappel des échéances, préparation des réunions...).
- **L'Assemblée des résidents** : il s'agit d'un temps d'échanges et d'informations entre les professionnels et les usagers, autour de toute question relative à la vie collective et à l'organisation. Elle a lieu environ 6 fois par an.
- **Le Comité FLAME** – Fêtes Loisirs Animation Musique Evasion – Il s'agit d'un comité d'organisation des événements festifs de la maison, composé de familles, d'usagers et de salariés. Le Président est un représentant des familles. Le Comité FLAME a pour but de dynamiser l'établissement en proposant à celles et à ceux qui le désirent d'apporter leur concours pour la programmation et l'organisation de fêtes, journées à thème, conférences...
- **La participation des usagers à l'organisation** : Elle s'effectue autour d'outils de communication et de réunions sur des sujets précis. Les usagers participent à une communication, à visée interne, par des « écrans infos semaine ». Ils présentent ainsi aux autres usagers les activités ou les informations internes ou externes (concerts, infos sport...).

De plus, leur participation est régulièrement sollicitée sur des choix de menus, d'activités estivales...

- **La participation des usagers et des familles aux instances de réflexion** : dans le cadre de la démarche qualité, les représentants des familles et des usagers sont associés aux groupes de réflexion sur les sujets qui les concernent : évaluation interne, comité de suivi et de vigilance...
- **La personne qualifiée** : conformément au décret du 14 novembre 2003, la liste des « personnes qualifiées » nommées par arrêté préfectoral est jointe au livret d'accueil des résidents.
- **Fiche suggestion** : d'une manière plus générale, une fiche de suggestions est également jointe au livret d'accueil des résidents, leur permettant ainsi qu'à leurs familles, d'effectuer des remarques, de façon nominative ou non.

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

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

- **La réunion annuelle des familles du FAMJ** : c'est un lieu d'échange et de synthèse de l'année écoulée au Foyer d'accueil de jour. Tous les bénéficiaires et leurs familles y sont conviés.

4.12. LES RELATIONS AVEC LA FAMILLE

L'établissement est vigilant au respect de la place de l'utilisateur au sein de sa famille.

L'environnement de la personne est mobilisé dans les accompagnements qui lui reviennent, dans le respect des valeurs et des choix de l'utilisateur.

Tout en laissant à la famille une place significative, l'interlocuteur privilégié reste l'utilisateur.

Les attentes des familles sont recueillies au travers des temps du quotidien et d'instances institutionnelles (représentants élus au sein du CVS, du Comité FLAME).

Une fois par an, une réunion « des usagers et des familles » est organisée. Son objectif est de dresser le bilan de fonctionnement de l'année écoulée, de présenter les activités de l'été et de faire un zoom sur une activité en particulier (relaxation, arts plastiques...). Cette réunion est aussi pour les familles un moment important d'échanges avec la direction, le médecin et l'équipe du FAMJ, ainsi que ses partenaires (GIHP).

4.13. LES LIMITES DE L'ACCUEIL

Globalement, toute demande de sortie définitive de la personne fait l'objet d'une considération et d'une recherche de solution ou d'un accompagnement à la recherche effectuée par la personne elle-même.

Les possibilités d'accueil et de l'accompagnement à l'accueil de jour peuvent être limitées par différentes situations :

- **l'offre de service** de l'établissement est en inadéquation avec les attentes de la personne, avec son projet de vie.
- **techniques** : lorsque l'état de santé de la personne nécessite des soins spécifiques qui ne peuvent être prodigués en interne
- relatives à la **sécurité** de l'utilisateur lui-même, des autres usagers, et des professionnels : mise en danger de soi ou des autres
- relatives au **bien-être** de la personne : en cas de constat de problèmes pour rester à domicile, demande d'orientation en MAS.

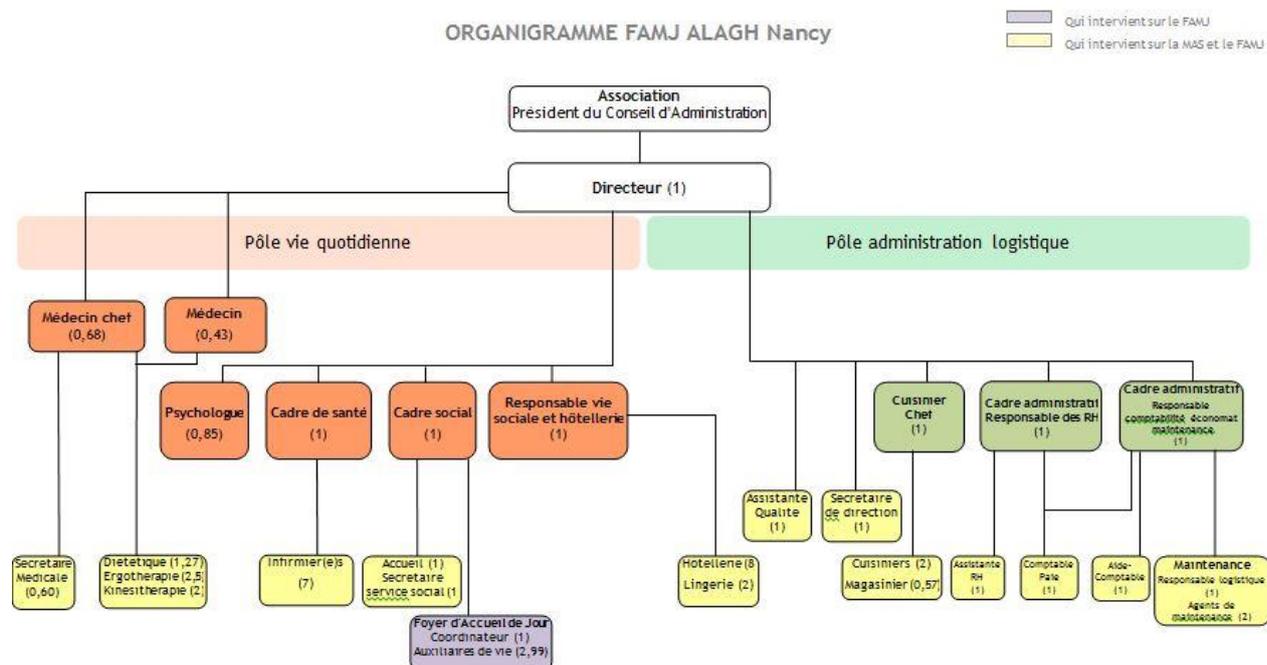
Dans tous les cas, chaque fois que possible, un projet de sortie définitive est construit.

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

L'ORGANISATION DE L'INSTITUTION



5.1 ORGANISATION GÉNÉRALE (ORGANIGRAMME)



5.2 LES MOYENS HUMAINS

5.2.1 Les professionnels

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

Deux pôles principaux :

- pôle administration / logistique
- pôle vie quotidienne

Le **directeur** est le garant privilégié de la qualité du service rendu et de l'adaptation des prestations à chacune des situations individuelles et collectives. Il garantit les droits fondamentaux des personnes et la mise en œuvre des moyens de leur expression et de leur participation.

Il organise l'établissement et les services afin de permettre l'accompagnement global des personnes accueillies ; il veille à améliorer en permanence la qualité de la prestation fournie en recherchant l'optimisation des moyens alloués à l'établissement.

Pôle administration / logistique

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

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

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

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

Le service ressources humaines

Le **responsable Ressources Humaines** applique et gère l'ensemble des processus de gestion des ressources humaines de l'Association : gestion administrative, organisation du temps de travail, formation, suivi des effectifs, recrutements, paie, veille juridique, négociations obligatoires...

L'**assistant RH** traite l'ensemble des éléments administratifs afférents à la gestion des ressources humaines : suivi des dossiers individuels du personnel, contrats de travail, gestion des arrêts de travail, suivi des plannings, etc. sous la responsabilité du RRH.

Le **comptable-paie** assure, sous la responsabilité du RRH, l'élaboration des paies selon les données qui lui sont transmises, contribue à l'élaboration des budgets et des comptes administratifs.

Le service comptabilité-économat-maintenance

Le **responsable Administratif comptabilité-économat-maintenance** garantit l'opérationnalité permanente des locaux et des équipements ; il est en charge de la gestion financière des établissements de l'ALAGH (comptabilité, économat, budgets...).

L'**aide-comptable** participe aux tâches relatives à la comptabilité (factures fournisseurs) et à l'économat (commandes, stocks) des établissements de l'ALAGH et la trésorerie des résidents (mini-banque).

Le **comptable-paie** assure, sous la responsabilité du responsable de service comptabilité, la trésorerie et les rapprochements bancaires, contribue à l'élaboration des budgets et des comptes administratifs.

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

Le service restauration

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

Un **magasinier** soutient la logistique de l'équipe restauration, en assurant, sous la responsabilité du chef-cuisinier, l'approvisionnement et la gestion des stocks alimentaires.

Le service hôtellerie-lingerie

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

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

Pôle vie quotidienne

Les personnels du FAMJ travaillent avec l'ensemble des services de la MAS et fait appel à des services extérieurs (transport, soins infirmiers).

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

Un **coordinateur** est chargé d'assurer le suivi de la présence des usagers et leur planning individuel, l'organisation globale des activités. Il assure la réalisation de certaines activités et soutient la mise en œuvre d'ateliers. Il contribue au suivi et à la coordination de la mise en œuvre des projets personnalisés. Il assure un rôle de veille et de relai d'information sur le bien-être des usagers, auprès du cadre social.

Des **aides médico-psychologiques et aides-soignantes** assurent l'aide aux actes de la vie quotidienne et l'animation d'activités sociales, culturelles et sportives, en tenant compte des habitudes de vie à domicile des personnes accueillies.

Le service médical

Le **médecin chef**, médecin spécialiste en médecine physique et de réadaptation, attaché aux établissements de l'ALAGH, veille à la coordination de la prise en charge sanitaire des usagers. Une présence médicale quotidienne est assurée et des consultations spécialisées sont organisées si nécessaire. Le **médecin généraliste** de la MAS peut être sollicité en cas d'urgence.

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

Le service rééducation

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

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

Les **diététiciens** contribuent à la qualité gustative et nutritionnelle des repas, et favorisent le plaisir de manger, en lien avec le service restauration. Ils créent les menus et adaptent les repas de façon individuelle, afin de

répondre aux besoins et aux choix alimentaires (texture, régime adapté, nutrition par voie entérale, régime culturel, goût). Ils ont également un rôle de conseil auprès des usagers et de leur famille. Ils participent à l'évaluation des capacités de déglutition.

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

Le service soins

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

Les **infirmiers** de la MAS prodiguent des soins ponctuels selon les besoins des personnes, en portant une attention particulière à l'état de santé et au bien-être. Ils sont présents lors des horaires d'ouverture du Foyer et peuvent intervenir en cas d'urgence.

Le service social

Le **cadre social** et le **secrétaire social** organisent les entrées dans l'établissement, de leur préparation à l'accueil. Ils favorisent l'intégration de la personne dans son nouveau lieu d'accueil en garantissant si nécessaire les médiations avec l'établissement, sa famille, son environnement élargi. Ils assurent le suivi du dossier social des usagers : accès aux droits, démarches administratives, coordination avec les services mandataires à la protection juridique des majeurs, etc.

Le **secrétaire d'accueil** est chargé, sous la responsabilité du cadre social, de l'accueil physique et téléphonique. Il est responsable de la saisie des mouvements des usagers (entrées, sorties) et de la facturation des frais de séjours (suivi CPAM, Mutuelles, règlements cliniques,...).

5.2.2 Les personnes en formation

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

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

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

5.2.3 Les bénévoles

La personne bénévole a une fonction de soutien et d'accompagnement auprès de l'utilisateur dans le cadre d'activités de loisirs ponctuelles et exceptionnelles et/ou d'ateliers dirigés.

Son intervention se réalise dans la continuité et la régularité afin de donner des repères aux personnes accueillies et de permettre une continuité des actions. Elle s'engage dans le temps par la signature d'une convention. Ainsi, les actions des bénévoles peuvent permettre aux usagers d'avoir accès à d'autres activités avec d'autres personnes.

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

5.3 LES ACTIVITÉS ET ANIMATIONS DIVERSES

Toutes les activités sont guidées par le projet personnalisé des usagers, leurs intérêts. Le programme des activités est revu annuellement en fonction de l'évolution des besoins et des demandes.

Par souci d'une prestation de qualité, la plupart des ateliers est encadrée par des intervenants professionnels. L'équipe du FAMJ accompagne les usagers dans la prise en compte de leurs intérêts et des objectifs individualisés.

La répartition des activités MAS et FAMJ dépendent de plusieurs critères : historique, missions, planification, organisation, spontanéité, objectifs...

Activités propres au FAMJ

Activités sportives :

- ✓ **Tir à la Carabine, laser et sarbacane** : Entretenir sa capacité d'attention, s'exercer à la précision. Pour la sarbacane, entretenir son souffle.

Activités culturelles :

- ✓ **Contes** : Développer son imaginaire, cultiver sa capacité d'émerveillement, de ressenti, ses émotions.
- ✓ **Cinéma** : Etre en lien avec l'extérieur et l'actualité cinématographique, faire des choix, cultiver ses émotions.
- ✓ **Médiathèque** : Entretenir ses connaissances, découvrir, explorer...

Activités découverte :

- ✓ **Discussion à thèmes** : Alimenter ses connaissances et développer ses capacités d'échange et de débat.

Activités manuelles et créatives :

- ✓ **Déco, Couture, Menuiserie** : Valoriser ses capacités créatives, développer son estime de soi, apprendre une technique.
- ✓ **Cuisine** : Apprendre des recettes que l'on peut mettre en œuvre à la maison, se repérer dans le temps et utiliser ses sens.
- ✓ **Vidéo** : Se repérer dans le temps, faire des choix, apprendre une technique.

Activités bien-être :

- ✓ **Atelier bien-être** : Se détendre, mettre en œuvre ses sens.

Activités communes à la MAS et au FAMJ :

Activités sportives :

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

Activités artistiques et manuelles :

- ✓ **Sculpture**, activité de détente et de dextérité, autour de la terre et du toucher

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

Activités bien-être :

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

Activités culturelles et technologiques :

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

5.4 LES TEMPS FORTS DE LA VIE INSTITUTIONNELLE

Le Comité FLAME (cf. 4.11 lieu d'expression des usagers et familles) participe à la proposition et l'organisation des événements festifs.

Les événements ont pour objet de marquer le temps, les saisons, les traditions et de les partager entre usagers, familles et salariés.

Ainsi, l'ALAGH fête :

- La **galette des rois**, pour fêter la nouvelle année avec les familles ;
- Les **lotos** réunissent les usagers, les familles et les partenaires ;
- La **fête de la musique** réunit usagers, familles et salariés ;
- Tous les 2 ans a lieu un **Marché de Noël** ou **de Printemps** qui permet de valoriser les productions des usagers et d'ouvrir l'établissement aux personnes extérieures (habitants du quartier) ;
- Un **barbecue** en fin d'été avec les usagers et leur famille ;
- Les **fêtes de fin d'année**, avec les usagers et les salariés présents.
- Les **fêtes du calendrier** sont marquées par des animations et/ou des repas particuliers (Pâques, Halloween, Beaujolais nouveau, Saint-Valentin, Semaine du goût, etc.) ;
- Des **animations collectives**, sans objet précis ou formalisation particulière, sont réalisées tout au long de l'année : petits déjeuners à thème, apéritifs, goûters, concerts ou spectacles en interne... ;

5.5 LES MOYENS INSTITUÉS

5.5.1 Les réunions

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

Les réunions fonctionnelles :

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

Réunions de service : animée par le cadre social, la réunion de service est un lieu d'échange autour de l'organisation du service, du fonctionnement, des pratiques professionnelles, d'assurer une cohésion des interventions, des situations des usagers, du suivi des projets personnalisés... sa fréquence est hebdomadaire. Y participe la psychologue, l'ergothérapeute du foyer et tout autre professionnel au besoin.

Réunion de coordination : animée par le cadre social, elle a lieu 3 fois par an en présence de l'équipe du foyer, du Directeur, du Médecin, des kinésithérapeutes et ergothérapeutes. C'est le lieu de transmission d'informations sur la vie du foyer et sur les usagers si besoin.

Réunion de programmation des activités : animée par le cadre social, elle définit le projet annuel d'activités.

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

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

Les réunions de vie institutionnelle (professionnels)

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

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

Les réunions de vie institutionnelle (usagers) :

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

- ✓ Le **Conseil de la Vie Sociale** (CVS) cf. 4.12
- ✓ La **réunion annuelle « des usagers et des familles » du foyer** cf. 4.12
- ✓ L'**assemblée des résidents** cf.4.12
- ✓ Chaque projet personnalisé est analysé en « **réunion de projet** » tous les 2 ans de façon interdisciplinaire : remise à jour des rubriques, définition des objectifs de suivi... en présence du référent de l'utilisateur.

5.5.2 Les dossiers des usagers

Le dossier informatisé de l'utilisateur est en cours de développement au sein des établissements de l'ALAGH par le biais d'un logiciel spécialisé.

Il permet une prise en charge globale et transverse des usagers :

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

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

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

5.5.3 La formation continue

L'accueil d'un public particulier nécessite une formation spécifique du personnel et une optimisation des connaissances. C'est la raison pour laquelle les établissements de Nancy souhaitent mettre l'accent sur la formation continue de leurs professionnels.

Une démarche globale d'amélioration de la gestion des Ressources Humaines est recherchée à travers :

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

Des orientations annuelles de formation sont définies par la Direction. Elles s'articulent autour de thématiques collectives qui visent à répondre aux besoins des professionnels dans l'accompagnement des usagers et à la mise en œuvre des projets de service. De plus, chaque salarié a la possibilité d'effectuer une demande de formation individuelle.

Afin d'accompagner leurs projets de carrière, les salariés ont la possibilité de programmer chaque année, avec leur responsable de service, un entretien professionnel de formation.

Enfin, la Direction met en œuvre l'obligation annuelle de DPC pour les salariés médicaux et paramédicaux conformément au cadre réglementaire.

5.5.4 Les modalités d'information et de communication entre professionnels

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

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

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

5.5.5 Les outils d'évaluation et la démarche qualité

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

Sur la base des recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM, l'ALAGH Nancy procède tous les 5 ans à une évaluation interne (2009 – outil PERICLES) dont l'objectif est de réaliser un diagnostic et bilan de la situation de la structure (au regard des procédures, références et recommandations validées). Un programme d'actions qualité (PAQ) est né de cette auto-évaluation. Il est en place sur plusieurs années et est suivi par le COPIL Qualité.

Une évaluation externe est prévue pour le 2ème semestre 2014 (tous les 7 ans). Réalisée par un organisme habilité extérieur, elle se fera au niveau associatif.

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

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

5.6 LES MOYENS MATERIELS

5.6.1 Les locaux

5.6.1.1 Entretien

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

L'entretien de « fond » des locaux est planifié (« décapages »). Les locaux sont totalement vidés pour un entretien complet et nécessitent un entretien de un à plusieurs jours selon la zone.

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

5.6.1.2 Sécurité

Une des finalités principales de l'ALAGH est d'assurer protection et sécurité aux personnes accueillies.

Tout en cherchant à garantir la liberté d'aller et venir aux usagers, l'accès aux bâtiments en dehors des heures d'ouverture est restreint. Une alarme anti-intrusion et un système de vidéo-surveillance sont en place. Les salariés disposent de badges personnels.

Des salariés sont formés chaque année à la sécurité incendie et à l'utilisation des extincteurs ; les plans et consignes en cas d'incendie sont affichés dans les circulations et dans chaque local professionnel. Les salariés sont formés « sauveteurs secouristes au travail ».

La sécurité des bâtiments est assurée par une alimentation continue en électricité et en oxygène.

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

5.6.1.3 Accessibilité des locaux

La MAS et le FAMJ sont des Etablissements Recevant du Public (ERP) de type U (établissement de soins) de 4^{ème} catégorie (moins de 300 personnes).

Comme le prévoit le Décret n° 2006-555 du 17 mai 2006 relatif à l'accessibilité des établissements recevant du public, l'ALAGH a réalisé un audit externe par un organisme habilité en janvier 2012. Celui-ci a mis en avant, dans son rapport, des solutions envisageables pour rendre accessibles à tout type de handicap nos locaux. Des travaux d'amélioration sont en cours.

En effet, les établissements de Nancy sont facilement accessibles aux personnes en fauteuil roulant mais pas forcément aux autres types de handicap (visuel...).

Les établissements de Nancy ont amélioré leur signalétique intérieure et extérieure.

5.6.2 Les équipements spécifiques

L'ALAGH dispose d'équipements, matériels et installations permettant de favoriser l'indépendance des usagers et facilitant le travail des professionnels au quotidien.

Le matériel fourni est adapté aux besoins et au potentiel de chacun, il permet de palier des incapacités. Par exemple, pour les usagers du foyer, prêt d'aides techniques pour les repas ou les déplacements dans le cadre de leur présence à l'ALAGH.

Le matériel utilisé pour les soins est adapté pour faciliter les interventions des professionnels et le confort de l'utilisateur : matériels de transfert (disque de transfert, guidon de transfert, lève-personne mobile...), matériels nécessaires pour effectuer la toilette (baignoire balnéo à hauteur variable...).

Les services de rééducation / réadaptation disposent de matériels spécifiques pour dispenser leurs soins (fauteuil roulant verticalisateur, table de verticalisation, barres parallèles...).

Enfin, l'ALAGH dispose de véhicules adaptés au transport de personnes à mobilité réduite.

5.6.3 Les transports

Les établissements disposent de véhicules pour le transport :

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

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

Les trajets des usagers de leur domicile à l'accueil de jour est à la charge de l'établissement et est confié à un service de transport spécialisé extérieur.

5.7 LES MOYENS FINANCIERS

Le Foyer bénéficie d'un double financement : par l'Assurance Maladie pour la partie soins (soit environ 40% du budget) et par le Conseil Général de Meurthe-et-Moselle pour la partie hébergement (soit environ 60% du budget).

Les bénéficiaires du foyer versent une participation à leurs frais de séjour, dont le montant est indexé sur le minimum garantie. La valeur actuelle de leur participation est de 8,72€ par jour de présence.

La part des charges de personnels représente environ 60% du budget alloué.

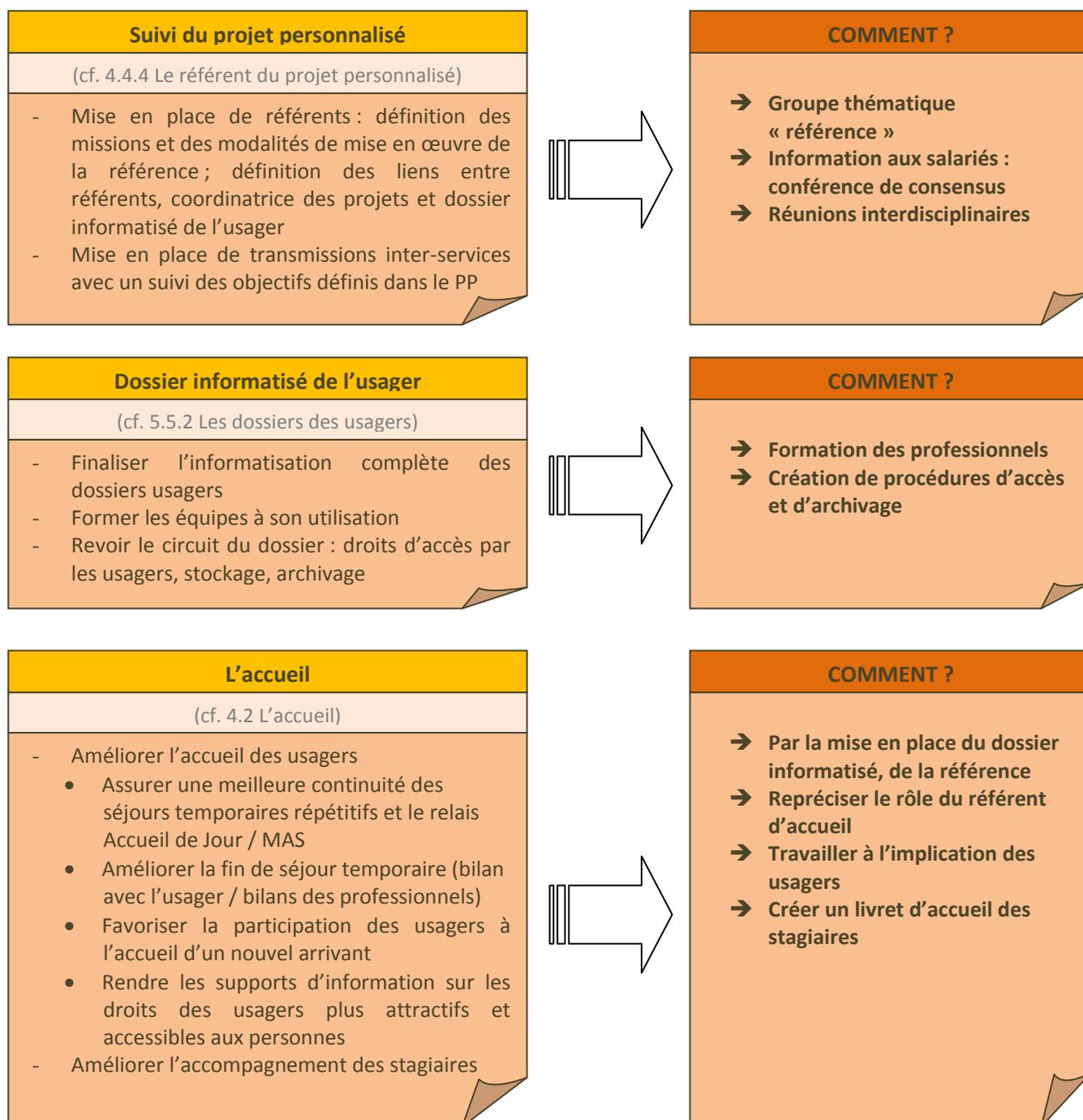
Le FAMJ a un taux d'occupation proche des 95%. Il accueille en moyenne sur l'année 14,2 personnes par jour d'ouverture, pour une autorisation de 15 personnes.

LES PERSPECTIVES D'ÉVOLUTION

VI

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

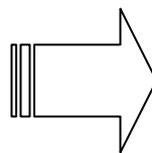
6.1 2013-2015 : LES QUESTIONS EN COURS / A TRAITER A COURT TERME



Bénévolat

(cf. 5.2.3 Les bénévoles)

- Relancer le bénévolat



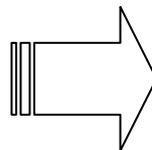
COMMENT ?

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

Prévention et traitement des faits de maltraitance

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

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



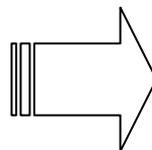
COMMENT ?

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

L'organisation des soins infirmiers

(cf. 4.7.2. Les soins)

- Préciser les interventions du centre de soins infirmiers extérieur (soins, outils, traçabilité)
- Revoir le rôle des infirmières de la MAS
- Revoir le circuit du médicament



COMMENT ?

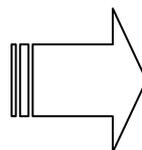
- Groupe de travail en interne
- Rencontre prestataire extérieur

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

L'accueil du public cérébro-lésé

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

- Réponse aux besoins spécifiques de ce public (handicap physique et troubles cognitifs)
- Conséquences importantes sur la vie sociale / impacts sur la vie des autres usagers



COMMENT ?

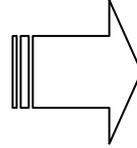
En adéquation avec la politique Associative :

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

L'adaptation aux besoins médicaux croissants

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

- Modification dans les profils des usagers admis ; évolution des pathologies des personnes déjà accueillies
- Vieillessement de nos usagers et de leur famille
 - adaptation des modalités d'accueil (accueil de jour, hébergement temporaire, accueil permanent...)
 - adaptation des connaissances et formations



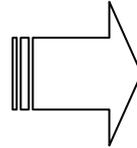
COMMENT ?

- Formations
- Investissement matériels

L'accompagnement fin de vie

(cf. 4.7.4 Accompagnement fin de vie)

- Améliorer / élargir nos connaissances
- Travail autour des directives anticipées
- Accompagnement les usagers dans la fin de vie de leurs proches
- Parler de la mort avec les usagers
- Accompagnement des équipes à la fin de vie et au décès d'un usager



COMMENT ?

- Formations
- Conventions / partenariats

MODALITÉS ET MISE EN OEUVRE DU PROJET

VII

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

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

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

Le projet d'établissement du FAMJ ALAGH reste en lien direct avec celui de la MAS et ses projets de service :

- Projet médical
- Animation et accompagnement à la vie sociale
- Service soins et accompagnement à la vie quotidienne
- Réadaptation
- Pôle logistique
- Pôle administration commune

7.2. SUIVI ET EVALUATION

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

7.3. DIFFUSION/EXPLOITATION

Le projet d'établissement est un document stratégique qui donne les grandes orientations « politiques » de la structure. Il est validé par le Conseil d'Administration qui, en retour, est informé régulièrement de sa mise en œuvre et de ses évolutions.

Au préalable, les avis du Conseil de la Vie Sociale et la Délégation Unique du Personnel sont sollicités.

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

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

GLOSSAIRE DES SIGLES

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

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

4.1 ADMISSION

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

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

- Livret d'accueil du résident
- Règlement de fonctionnement

4.4.2. L'EVALUATION DES BESOINS DE L'USAGER

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

4.8 VIE AFFECTIVE ET SEXUELLE

- Charte des professionnels ALAGH

5.2 LES MOYENS HUMAINS

Fiches de mission :

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

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

Projets de service :

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

7.2 OUTILS D'EVALUATION / DE SUIVI DU PROJET

- Grille de suivi des projets personnalisé