handicapservices alister

PROJET DE SERVICE DU SAVA

2021-2025 V2

V2 du 14.08.2024

Modifiant :

- le 4.2.3 projet de soins
- le 6.3 La promotion et la garantie des droits des personnes, ajout du 6.3.2.La protection des informations et données à caractère personnelles
- le 8.3 Les outils de la démarche qualité, modifiant le 8.3.3 La cellule de crise COVID / risque épidémique ajoutant le 8.3.4 Plan bleu

Table des matières

1. PRESENTATION DU SAVA HANDICAP SERVICES ALISTER 5

1.1. HANDICAP SERVICES ALISTER 5

1.1.1. Description 5

1.1. Le Service d'accompagnement à la Vie Autonome 6

1.1.1. Son histoire 6

1.1.2. Cadre règlementaire et missions 7

1.1.2. La composition de l'équipe 9

1.1.3. La situation géographique 10

1.1.4. La population accompagnée 10

1.2. NOTRE AMBITION COLLECTIVE 16

1.3. NOS VALEURS 17

2. LE PROJET DE SERVICE 18

2.1. LE CONTEXTE 18

2.1.1. Associatif 18

2.1.2. Les politiques publiques 18

2.2. LA DEMARCHE 21

2.2.1. La méthodologie 21

2.2.2. Les acteurs 21

2.2.3. Déroulement 22

3. LE PARCOURS DE LA PERSONNE ACCOMPAGNEE 25

3.1. LE PROCESSUS D'ACCOMPAGNEMENT 25

3.1.1. L'admission 28

3.1.2. Le pré-accueil 28

3.1.3. L'accueil 28

3.1.4. La première étape de l'accompagnement 28

3.1.5. La deuxième étape, autre objectif, autre lieu : 29

4. LES PRESTATIONS PROPOSEES 31

4.1. PAR LE SERVICE 31

4.2. LES PRESTATIONS TRANSVERSALES 34

4.2.1. L'habitat inclusif 34

4.2.2. Le projet de vie sociale 36

4.2.3. Projet de soins 37

4.2.4. Coordination des parcours 45

5. COLLABORATIONS RESEAUX ET PARTENARIATS 46

5.1. Nos instances et tutelles : 46

5.2. Nos partenaires sanitaires : 47
5.3. Nos partenaires médico sociaux : 47
5.4. Les partenaires territoriaux : 48
5.5. Les partenaires socio-culturels : 48
5.6. Les associations d'usagers : 48
5.7. Les réseaux 48
6. LES PRINCIPES DE L'ACCOMPAGNEMENT 50
6.1. LE RESPECT DES VALEURS ASSOCIATIVES 50
6.2. DES PRINCIPES D'ACCOMPAGNEMENT PARTAGES 50
6.3. LA PROMOTION ET LA GARANTIE DES DROITS DES PERSONNES ACCOMPAGNEES 51
6.3.1. Le respect des droits des usagers : 51
6.3.2. La protection des informations et données à caractère personnelles 52
6.3.3. LE CONSEIL DE LA VIE SOCIALE 54
7. L'ORGANISATION DU SERVICE 55
7.1. UN FONCTIONNEMENT EN FILE ACTIVE 55
7.2. L'AMPLITUDE DU SERVICE 55
7.3. COMPETENCES ET QUALIFICATIONS : 56
7.4. Fonctions et délégations 57
7.5. LES REUNIONS 57
7.6. LA TRACABILITE 58
7.6.1. Des informations au sujet des personnes accompagnées 58
7.6.2. De l'activité 58
7.6.3. Vers une traçabilité harmonisée 58
8. LA DEMARCHE QUALITE 59
8.1. Notre vision de la démarche qualité 59
8.2. Textes et documents de référence : 59
8.3. Les outils de la démarche qualité 61
8.3.1. La Commission d'Actions de Progrès (CAP) : 61
8.3.2. La cellule de gestion des situations de maltraitance 61
8.3.3. La cellule de crise COVID / risque épidémique 61
8.3.4. Le plan bleu 62
8.3.5. Les procédures et protocoles 62
8.3.6. Les enquêtes de satisfaction 63
8.3.7. Les évaluations internes et externes 63
8.4. L'organisation de la démarche qualité : 63
8.4.1. Identifier les points forts et points faibles : 63
8.4.2. Centraliser les données 64
8.4.3. Analyser finement les événements déclarés 64

8.4.4. Améliorer les procédures 64
8.4.5. Suivre des décisions prises 64

9. LE PROJET SOCIAL ET LE DEVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES 64

9.1. La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences. 65
9.1.1. Le développement des compétences par la formation continue. 65
9.1.2. De l'accueil du salarié à l'octroi d'un rôle décisif. 66
9.1.3. Management participatif et mobilité. 66

9.2. Développer la qualité de vie au travail. 67
9.2.1. Conciliation de la vie professionnelle et privée. 67
9.2.2. Les Contrats Locaux d'Amélioration des Conditions de Travail (CLACT). 68
9.2.3. Les groupes d'analyse de pratique professionnelle 69

10. LES OBJECTIFS D'EVOLUTION DE PROGRESSION ET DE DEVELOPPEMENT 70

10.1. Les personnes accompagnées : 70
10.1.1. Améliorer la couverture des besoins 70
10.1.2. Améliorer nos pratiques professionnelles 71
10.1.3. Repenser l'organisation 71

10.2. Les professionnels 71
10.2.1. Organisation, fonctionnement 71

10.3. Handicap Services Alister 72

10.4. Les partenaires 72

10.5. Le suivi du projet de service 72

1. PRESENTATION DU SAVA HANDICAP SERVICES ALISTER

1.1. HANDICAP SERVICES ALISTER

1.1.1. Description

Histoire

Institut de formation continue pour les professionnels de santé, l'Association pour l'Information Scientifique et Technique En Rééducation (ALISTER) intervient dans le champ de la réadaptation et du handicap depuis 1984 date de création par le Dr Jean SENGLER alors chef du service de rééducation du Centre Hospitalier de Mulhouse, devenu depuis le Groupe Hospitalier de la Région de Mulhouse Sud Alsace (GHRMSA) .

Ayant constaté les difficultés du retour à domicile des personnes devenues handicapées après un accident de vie (traumatisme crânien, accident vasculaire cérébral, séquelles tumorales ou maladies neurodégénératives…), du fait de l'absence d'offre inclusive sur le territoire, l'association a fait évoluer ses statuts en 2005 pour porter des établissements et services dédiés aux personnes en situation de handicap victimes de séquelles motrices et cognitives : Handicap Services Alister.

Ces services seront progressivement créés entre 2006 et 2018 pour devenir une plateforme de services médico-sociaux favorisant le maintien et/ou le retour des personnes à domicile. L'objectif est de permettre un maintien de la personne en situation de handicap acquis dans le domicile familial s'il existe, ou à défaut dans un logement spécialement construit ou aménagé, afin d'offrir une alternative inclusive à la traditionnelle institutionnalisation.

Description de la plateforme

L'organisation est spécialisée dans l'accompagnement de personnes atteintes de troubles moteurs et/ou cognitifs qu'ils soient d'origine neurologique ou accidentelle. En plus de l'inclusion sociale, la spécificité de la plateforme repose sur l'intervention précoce en sortie d'hospitalisation ou au décours d'une rupture de parcours de vie (deuils, divorce, difficulté des aidants familiaux…).

La plateforme se positionne comme un « partenaire » des personnes en situation de Handicap. Ses principaux objectifs sont de :

- favoriser l'autonomie des personnes accompagnées du Haut-Rhin, en soutenant leur capacité à agir ;
- développer l'inclusion sociale des personnes en situation de handicap acquis accompagnées, en leur permettant de mieux « vivre chez elles » et d'être libres et auteures de leurs choix de vie.

Handicap Services Alister pose comme principe d'intervenir dans une logique de parcours, mettant en œuvre un accompagnement global et pluridisciplinaire des personnes en situation de handicap mais également de leur entourage. La plateforme de services s'appuie sur une double appartenance professionnelle à la fois médico-sociale et sanitaire.

Elle dispose de plusieurs services complémentaires qui délivrent tout ou partie de leurs prestations de façon souple et adaptée à l'évolution des besoins individuels de chaque de personne accompagnée :

1.1. Le Service d'accompagnement à la Vie Autonome

1.1.1. Son histoire

Une réponse à un axe prioritaire national

Le Service d'Accompagnement à la Vie Autonome (SAVA) s'inscrit dans l'axe 1 de la section V du budget de la Caisse Nationale de la Solidarité pour l'Autonomie, à savoir : « *Connaissance des besoins globaux d'accompagnement des personnes en perte et manque d'autonomie* » dans le cadre d'un soutien financier à des actions innovantes.

Nous avons retenu comme thématiques ouvertes à la remontée spontanée de projets : « *L'évolution des populations en perte d'autonomie* » et la « *Connaissance des besoins et des parcours des personnes concernées par les troubles des apprentissages* ».

En juillet 2013, la Caisse Nationale de la Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) a porté le SAVA sur les fonts baptismaux en subventionnant ce service au titre des projets novateurs nationaux.

Convention avec la CNSA le 1er octobre 2014 pour une expérimentation de 3 ans ; un arrêté du Département et de l'ARS à la même date donne autorisation de renforcer les équipes du SAVS et du SAMSAH des compétences nécessaires à la création du SAVA.

Ouvert en Juin 2015, le Service d'Accompagnement à la Vie Autonome a été conçu pour répondre aux nouveaux besoins d'accompagnement des personnes en perte (ou manque) d'autonomie et fluidifier les parcours des personnes concernées par les troubles des apprentissages.

L'expertise unique de Handicap Services Alister dans le champ du handicap, associée à son réseau de partenaires sur le territoire du Haut-Rhin, nous ont permis de construire un service unique en France portant une offre innovante pour faciliter les parcours de vie des personnes en situation de handicap : le Service d'Accompagnement à la Vie Autonome.

Ce dispositif, fonctionne comme un véritable « sas de transition » pour les personnes projetant de continuer leur parcours vers une vie en milieu ordinaire. Il repose sur un programme pédagogique personnalisée, basé sur une évaluation fine et continue des besoins de la personne.

Les enjeux sont de :

passer d'une logique institutionnelle à une logique de dispositif et de parcours avec divers modes d'accompagnement qui privilégient le projet personnalisé des personnes accompagnées ;
bâtir une organisation autour du projet individualisé ;
prendre en compte les capacités des personnes.
Le SAVA est placé sous l'autorité de contrôle conjointe de l'Etat et du Département du fait de ses missions : socio-éducative et médicale. Le financement du service est assuré pour la partie soins par l'Assurance Maladie, sous contrôle de l'A.R.S. (Agence Régionale de Santé), et pour la partie sociale par le Conseil Départemental, la C.E.A.

Les objectifs sont ambitieux :

rendre autonomes en 3 années maximum les bénéficiaires du service pour qu'ils soient en capacité de vivre seuls en milieu ordinaire
faciliter le parcours vers le milieu ordinaire afin d'éviter l'entrée non choisie en Etablissement Social et Médico-Social (ESMS,
fluidifier les flux de sorties des ESMS pour adultes et enfants pour libérer des places réservées aux personnes en ayant le plus besoin

Ce « Service d'Accompagnement à la Vie Autonome » était totalement novateur en 2015 et le reste à ce jour, dans la mesure où :

- il s'adresse à une population spécifique traditionnellement exclue des dispositifs du droit commun ;
- il prévoit une prise en charge en file active sur des territoires différents ;
- il s'appuie sur une approche pédagogique originale axée sur un accompagnement évolutif adapté aux besoins de la personne en situation de handicap ;
- il propose une forme innovante de prise en charge directement en milieu ouvert, en cela il permet d'expérimenter en situation réelle les spécificités de la vie autonome

1.1.2. Cadre règlementaire et missions

Suite à l'arrêté n°2014lu5 conjoint de l'ARS et du Conseil Départemental du Haut-Rhin aujourd'hui Collectivité Européenne d'Alsace C.E.A , le 26/09/2014 est autorisé à l'expérimentation d'un service d'accompagnement à la Vie autonome (SAVA) d'une capacité de 10 places au sein du service d'accompagnement

médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH), géré par l'association pour l'information scientifique et technique en rééducation (ALISTER), à Mulhouse

Le SAVA est placé sous l'autorité de contrôle conjointe de l'Etat et du Département du fait de ses missions : socio-éducative et médicale . Le financement du service est assuré pour la partie soins par l'Assurance Maladie, sous contrôle de l'A.R.S. (Agence Régionale de Santé), et pour la partie sociale par le Conseil Départemental, la C.E.A.
Le SAVA est une extension du SAMSAH, de ce fait il fait partie des services mentionnés au 7° de la section 1 de l'article L 312.1 du Code de l'Action Sociale et des Familles.

Les dispositions relatives aux SAMSAH sont prévues par le décret n° 2005-223 du 11 mars 2005, relatif aux conditions d'organisation et de fonctionnement de ces services.
Selon les missions conférées par décret, le SAMSAH a pour vocation d'accompagner et de soutenir à leur domicile et dans tous les lieux ou s'exercent les activités sociales, professionnelles les personnes en situation de handicap moteur et/ou cognitif âgées de 20 à 60 ans. Cet accompagnement nécessite un projet de vie qui intègre une dimension de soins.

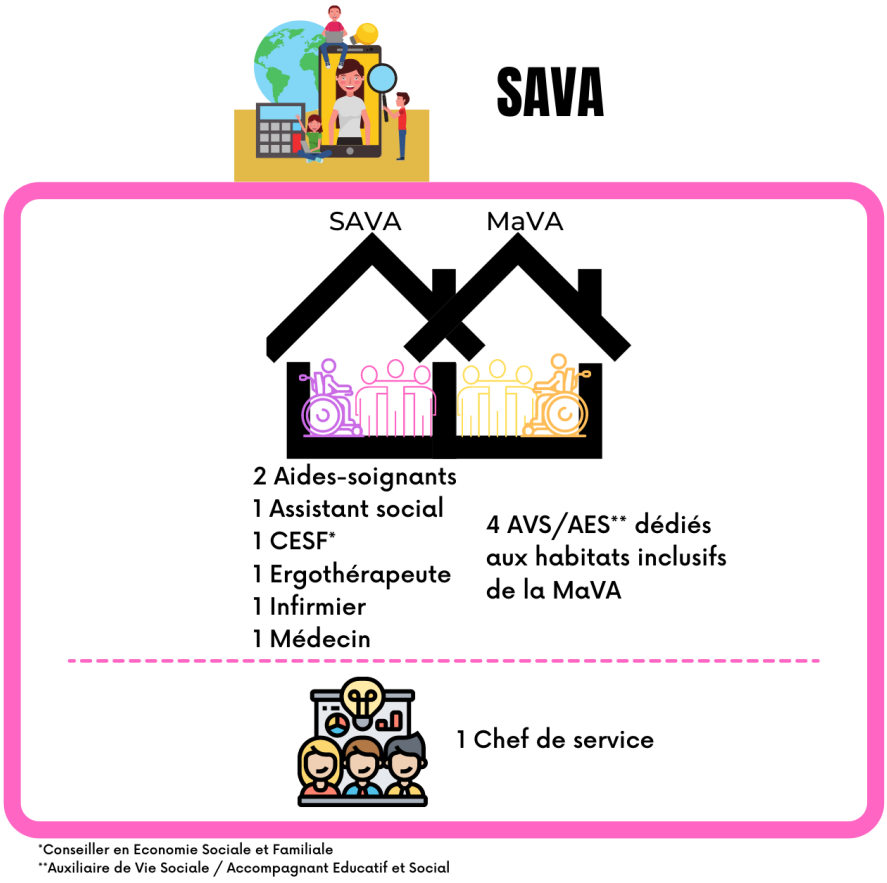
Art. D. 312-155-9. – « Les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés ont pour vocation, dans le cadre d'un accompagnement médico-social adapté comportant des prestations de soins, la réalisation des missions visées à l'article D. 312-155-5. »
Art. D. 312-155-10. – « Les services définis à l'article D. 312-155-9 prennent en charge des personnes adultes handicapées dont les déficiences et incapacités nécessitent, en sus des interventions mentionnées à l'article D. 312-155-6, et dans des proportions adaptées aux besoins de chaque usager
a) Des soins réguliers et coordonnés ;
b) Un accompagnement médical et paramédical en milieu ouvert. »

Il fonde également ses missions sur La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale avec notamment l'affirmation des finalités de tout accompagnement « accueil et protection, aide au développement de l'autonomie, insertion sociale, éventuellement intégration sociale et professionnelle ».

Le SAVA s'inscrit dans l'esprit de La loi du 12 février 2005, qui énonce le principe du droit à compensation du handicap et de l'obligation de solidarité de l'ensemble de la société à l'égard des personnes en situation de handicap. C'est autour du projet de vie formulé par chaque personne que la cité doit s'organiser pour le rendre possible, considérant l'environnement générateur de situations de handicap.

Sa mission principale est d'apprendre, de former et d'accompagner les personnes afin de leur permettre de vivre dans un logement en milieu ordinaire de leur choix.

1.1.2. La composition de l'équipe



Ces postes sont intégralement financés par nos deux tutelles : l'Agence Régionale de Santé et le Conseil Départemental du Haut-Rhin devenu au 1er janvier 2021 la Collectivité Européenne d'Alsace :

L'ARS finance :

- 0.1 ETP de médecin
- 0.5 ETP d'infirmier
- 1.5 ETP d'aide-soignant
- 0.5 ETP d'ergothérapeute
- 1 ETP de coordinateur

Le Conseil Départemental du Haut-Rhin finance quant à lui ;

- 0.5 ETP d'assistant de service social
- 1 ETP de conseiller en économie sociale et familiale

1.1.3. La situation géographique

Deux maisons accolées situées au 50 et 52, rue de la Potasse à PFASTATT (68120) permettent le déploiement de 10 studios adaptés (une pièce de vie avec une kitchenette, une salle d'eau adaptée) qui jouxtent les locaux pédagogiques du SAVA afin de constituer une « Maison pour la Vie Autonome ». Ces 2 maisons font partie d'un ensemble (69 maisons individuelles) favorisant la mixité sociale. Elles sont situées à proximité (300 m) des commerces d'un petit centre-ville et en bordure des grands axes des transports en commun pour développer le lien social

1.1.4. La population accompagnée

Le dispositif est ouvert à toute personne en perte d'autonomie et concernée par des troubles de l'apprentissage, notamment :

- les personnes avec un handicap moteur associé ou pas de troubles cognitifs ;
- les personnes souffrant de pathologies neurologiques (accidents vasculaires cérébraux (AVC), les traumatismes crâniens (TC), infirmes moteurs cérébraux (IMC) ;
- l'autisme sans déficience intellectuelle ;
- les personnes atteintes d'un handicap en sortie d'institution sanitaire (MCO et/ou SSR[1]) ;
- les personnes provenant d'instituts qui souhaitent sortir au regard d'un niveau de dépendance amélioré ou qui s'inscrivent dans l'« Amendement Creton » ;
- Les personnes en situation de handicap qui souhaitent soulager leurs parents vieillissants ou en désir de quitter les aidants familiaux.

Description

Les personnes accompagnées par le SAVA sont âgées de vingt à soixante ans en situation de handicap moteur et/ou cognitif d'origine neurologique.

Nous notons également une croissance des demandes de personnes avec des troubles du spectre autistique (TSA)

Toutes les personnes sont inscrites dans une dynamique de parcours de vie. La priorité est le « Vivre chez soi » que celui-ci soit mis en œuvre à travers un projet lié aux soins, au logement, à l'emploi et/ou la formation, aux activités culturelles, sportives, et de loisirs

Les personnes accompagnées par le SAVA disposent d'une notification MDPH d'orientation vers un accompagnement SAMSAH.

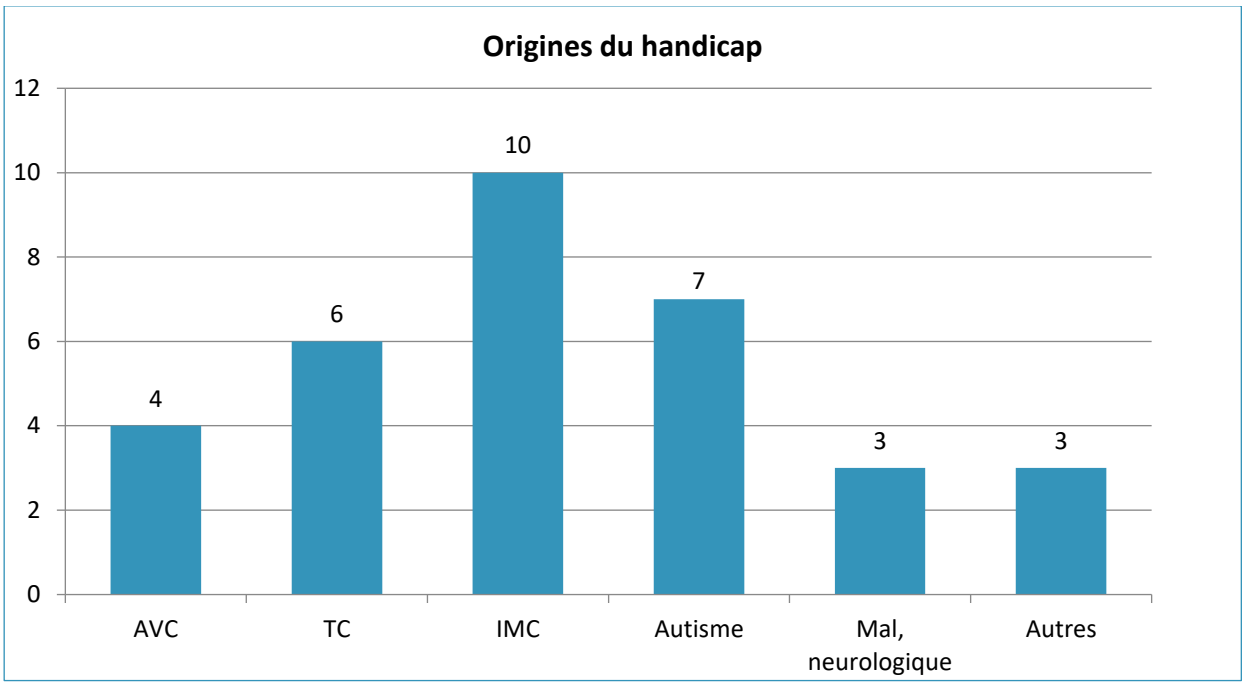
Le SAVA ayant pour mission de proposer un apprentissage ou réapprentissage des fondamentaux nécessaires a une vie en autonomie sur un cursus de trois ans maximum, la typologie des personnes accueillies est amenée à changer.

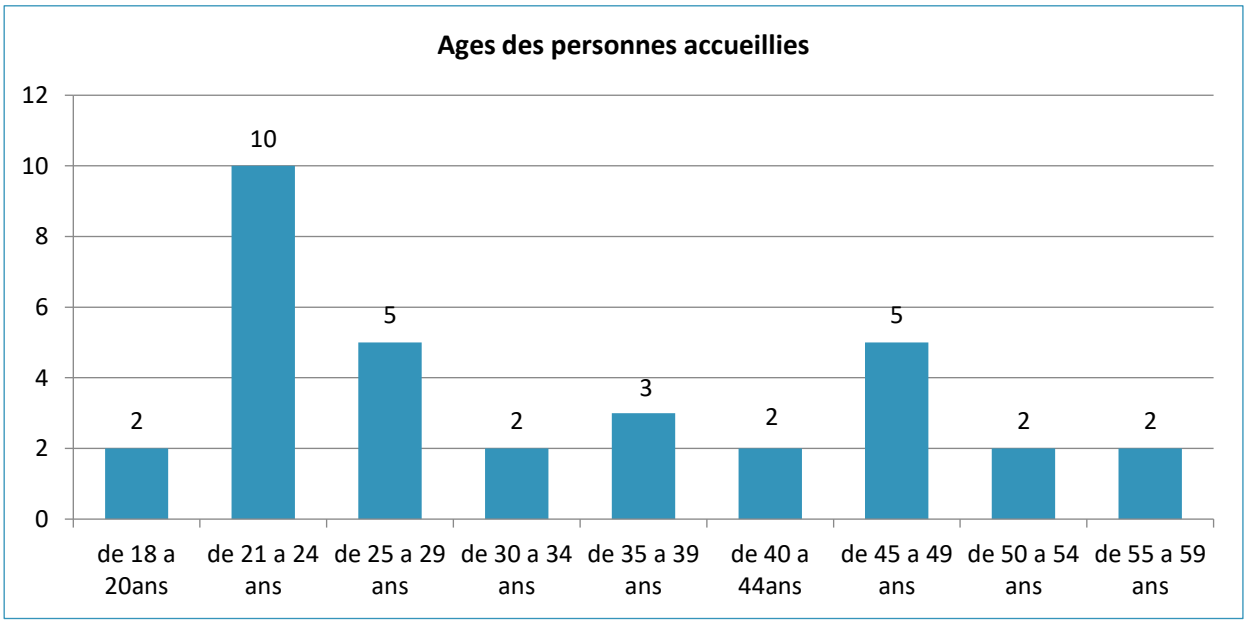
Sur les cinq années d'existence de la structure, trente-trois personnes ont bénéficié du service.

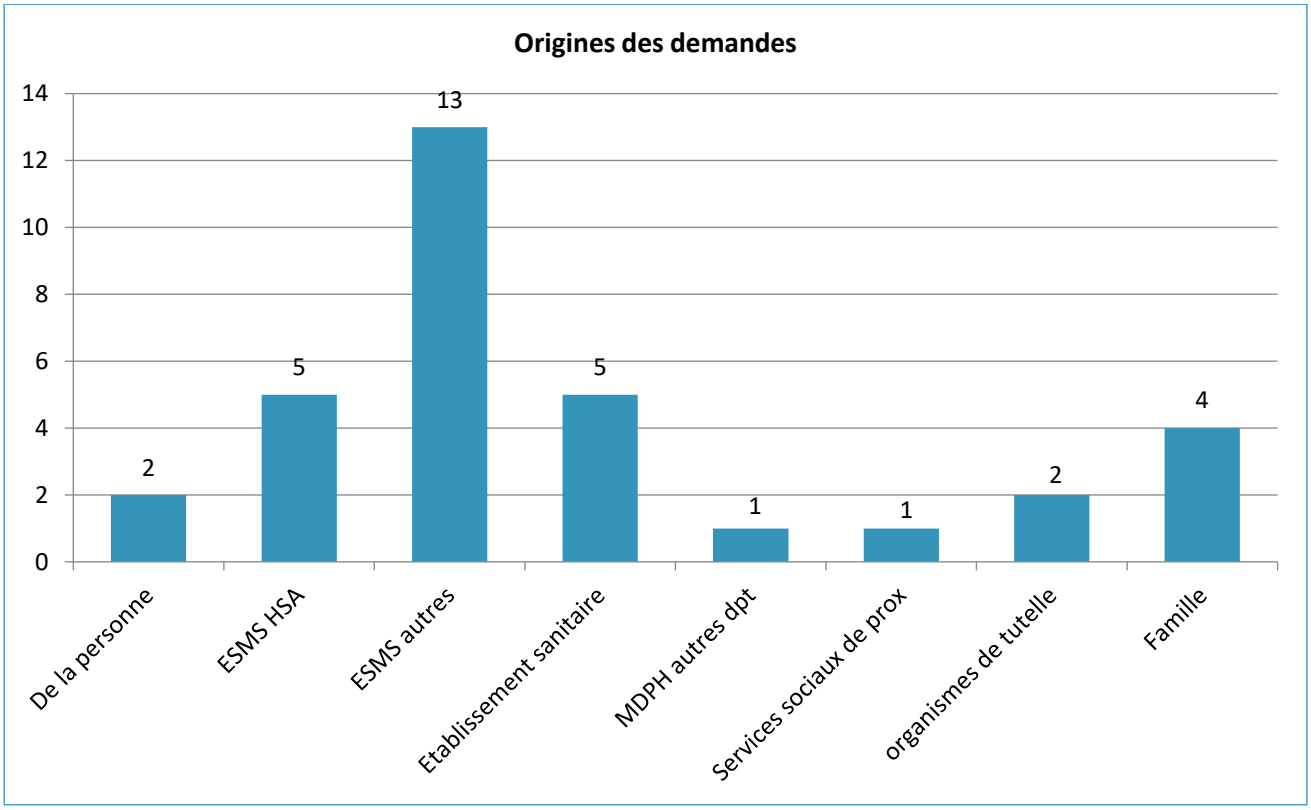
---

[1] Médecine, Chirurgie et Obstétrique et Soins de Suite en Rééducation.

Pathologie des personnes accueillies :







L'évolution des besoins des personnes accompagnées

A la MaVA le public accompagné est plus jeune. Des attentes plus importantes autour de la formation professionnelle sont exprimées. Les professionnels observent également des besoins en lien avec les évolutions sociétales tels que l'accompagnement à l'usage des réseaux sociaux.

1.3 Besoins pour la participation sociale

1.3.2.1 - Besoins pour vivre dans un logement

1.3.4.1 - Besoins pour participer à la vie sociale

1.3.3.2 - Besoins en lien avec la vie scolaire et étudiante

1.3.3.2 - Besoins en lien avec le travail et l'emploi

1.3.3.3 - Besoins transversaux en matière d'apprentissage

> Un axe de travail est identifié pour une prise en compte plus précoce des besoins liés à la formation professionnelle.
> Des modalités d'accompagnement à l'usage et aux dangers du numérique sont réfléchies.

Un tiers des personnes accompagnées, avant leur accueil a la MaVA, vivaient seules et ne disposaient que de très peu d'entourage aidant. Nous constatons une tendance à la hausse des situations d'isolement qui bien souvent cumulent des situations de précarité.

Le rapport Piveteau WOLFROM[2] évoque ces situations, p.9 « enfin, la montée massive des situations d'isolement et leur cortège de conséquences psychologiques, sociales et de santé. »

[2] https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/document/document/2020/06/rapport-habitat-inclusif.pdf

Ces tendances ont un impact sur les besoins de coordination des accompagnements dans les soins qui sont plus intenses et plus longs du fait de l'absence de relais au niveau de l'entourage des personnes. De la même façon, l'accompagnement social est déterminant pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes isolées.

1.1 et 1.1.1 Besoins en matière de santé :

1.1.1.10 - Besoins pour entretenir et prendre soin de sa santé

1.3 Besoins pour la participation sociale

1.3.4.1 - Besoins pour se déplacer avec un moyen de transport

1.3.5.1 - Besoins en matière de ressources et d'autosuffisance économique.

Les personnes accompagnées présentent d'importants besoins en soins. Les évolutions des politiques publiques dans le champ du handicap favorisent le maintien au domicile dans une volonté d'inclusion, de « désinstitutionalisation ». En parallèle le champ sanitaire tend à raccourcir les séjours d'hospitalisation et augmente la réalisation d'actes en ambulatoire. Ces évolutions contribuent au fait que le nombre de personnes ayant besoin de soins techniques au domicile augmente.

Nous constatons également une augmentation de personnes qui présentent des addictions et des troubles psychiatriques. Cette tendance s'est accélérée depuis la crise sanitaire.

1.1 et 1.1.1 - Besoins en matière de santé somatique ou psychique :

1.1.1.1 - Besoins en matière de fonctions mentales, psychiques, cognitives et du système nerveux

1.1.1.3 - Besoins en matière de douleur

1.1.1.8 - Besoins en matière de fonctions locomotrices

1.1.1.10 - Besoins pour entretenir et prendre soin de sa santé

Les besoins en soins sont importants et souvent en lien avec des problématiques multiples : ils nécessitent des actions soutenues dans la coordination du parcours de soins. Le partenariat avec les services de psychiatrie doit être renforcé.

Nous constatons un accès inégal aux soins qu'il s'agisse de soins courants, de soins ou d'examens de préventions. Accès aux soins des personnes en situation de handicap, Enquête 2020, J. Sengler, E. Cordier, A. Biechelin, L. Parisi, N. Buecher et coll, SOFMER 2021. Ce constat local est par ailleurs largement étayé et documenté, notamment dans le rapport de l'IRDS de 2015 sur « L'accès aux soins courants et préventifs des personnes en situation de handicap en France » [3] ainsi que par le Projet Régional de Santé[4] et la charte charte Romain Jacob[5].

Des difficultés d'accessibilité des transports sanitaires sont également constatées. Les progrès et le développement exponentiel de la télémédecine trouveront également d'importants usages à cet égard tout comme la mise en œuvre de consultations médicales centralisées et dédiées territorialement.

[3] https://www.irdes.fr/recherche/2015/rapports-560-561-l-acces-aux-soins-courants-et-preventifs-des-personnes-en-situation-de-handicap-en-france.htm

[4] https://www.grand-est.ars.sante.fr/parcours-personnes-en-situation-de-handicap

[5] https://www.handifaction.fr/

Notre plateforme étant spécialisée dans l'accompagnement des personnes qui présentent une cérébro-lésion, les troubles moteurs sont accompagnés par des troubles cognitifs importants. Ceux-ci peuvent se manifester par des troubles du comportement. 90% des locataires de nos sites d'habitats inclusifs en sont atteints.

1.1 et 1.1.1 - Besoins en matière de santé somatique ou psychique :

1.1.1.1 - Besoins en matière de fonctions mentales, psychiques, cognitives et du système nerveux

> L'accompagnement dans la vie quotidienne des personnes qui présentent des troubles cognitifs nécessite que les professionnels soient formés et informés des spécificités de chaque personne. Les interventions demandent du temps de stimulation, de négociation.
> L'équipe du SAVA constate que les locataires atteints de troubles cognitifs importants sont de plus en plus nombreux à la MaVA. Il en résulte un besoin d'accompagnement dans les apprentissages plus long et un besoin de compensation plus important dans la surveillance.

Nous observons une évolution des attentes des personnes qui expriment le souhait de vivre chez soi « habiter à l'égal de tous, au milieu de tous ». Elles souhaitent occuper une place au sein de notre société que ce soit au travers de la citoyenneté, la vie professionnelle, les loisirs que les personnes souhaitent tournées vers l'extérieur et plus personnalisées. Le souhait de participer au fonctionnement de notre association est également exprimé.
La place au sein de la famille est également questionnée par la notion de vie affective et sexuelle de plus en plus régulièrement abordée par les personnes accompagnées en partie en lien avec le rajeunissement du public.

1.3 Besoins pour la participation sociale :

1.3.1.1 - Besoins pour accéder aux droits et à la citoyenneté
1.3.2.1 - Besoins pour vivre dans un logement
1.3.4.1 - Besoins pour participer à la vie sociale
1.3.3.2 - Besoins en lien avec la vie scolaire et étudiante
1.3.3.2 - Besoins en lien avec le travail et l'emploi
1.3.3.4 - Besoins pour la vie familiale, la parentalité, la vie affective et sexuelle

> Les habitats inclusifs, dont la MaVA fait partie, permettent de répondre aux attentes des personnes en matière d'inclusion. Nous disposons de dispositifs d'habitats inclusifs variés et gradués. Il convient de développer cette offre afin de répondre aux importants besoins non-satisfaits et axer notre accompagnement sur l'inclusion et le positionnement de la personne accompagnée en tant que partenaire.
> Le rapport Piveteau 2014 précise : « …apporter des réponses plus modulaires et proches du milieu ordinaire de vie constituent, pour la personne et ses proches, des appels à être vraiment pilotes de leurs parcours. »

Nous identifions également des actions de soutien à mener vers les proches aidants. Comme le souligne la CNSA[6] mais également le Projet Régional de Santé et le Schéma Départemental de l'Autonomie, il convient de faciliter et créer des solutions de répit pour les proches aidants.

[6] https://www.cnsa.fr/outils-methodes-et-territoires/soutien-aux-proches-aidants

1.3 Besoins pour la participation sociale :

1.3.3.4 - Besoins pour la vie familiale, la parentalité, la vie affective et sexuelle

Des espaces d'échanges et de convivialités pour les aidants nommés « Stammtisch » ont été créés par Handicap Services Alister grâce à l'obtention d'un financement de la conférence des financeurs.
En attendant la fin de l'expérimentation prévue en 2024 sur le baluchonnage, une solution de relayage de courte durée est en cours de mise en place pour permettre aux aidants de prendre du temps pour eux de façon ponctuelle.

1.2. NOTRE AMBITION COLLECTIVE

Tous les axes de notre projet répondent à notre ambition collective.

Pour être approuvés et mis en œuvre, nos projets et nos actions doivent impérativement satisfaire un besoin, répondre à une attente ou simplement servir les intérêts :

- des personnes que nous accompagnons au quotidien ou de leurs aidants familiaux
- des professionnels, de leur compétences et de la qualité de vie au travail, sans qui le présent projet ne pourrait exister
- de nos partenaires tant institutionnels que professionnels ou associatifs qui donne à l'épithète « global » associé à nos accompagnements tout son sens.
- De notre association Handicap Services Alister, de son développement, son rayonnement et de sa pérennité à long terme.

1.3. NOS VALEURS

Les valeurs portées par notre association sont :

- Le respect
- L''esprit d'équipe
- L'exigence
- Le dynamisme

Leur déclinaison et leur traduction opérationnelle dans les pratiques professionnelles du SAVA est décrite au point 6 : Les Principes de l'accompagnement.

2. LE PROJET DE SERVICE

2.1. LE CONTEXTE

2.1.1. Associatif

Rassembler autour d'une mission et de valeurs partagées

Depuis 2006, Handicap Services Alister s'est développé par la création successive de services d'accompagnement et de dispositifs novateurs suivant l'évolution des besoins des personnes accompagnées et des politiques sociales en faveur des personnes en situation de handicap. Les différents services disposaient jusqu'à présent de projets de services élaborés sur des temporalités différentes et de façon indépendante des autres services.
La direction a souhaité au travers du projet d'établissement 2021-2025 renforcer les fondements de notre association en rassemblant l'ensemble des professionnels autour d'une mission, de valeurs et d'une ambition collective.
La démarche du Projet d'Etablissement de Handicap Services Alister 2021-2025 regroupe l'ensemble des projets de services révisés de façon coordonnée et articulée.

Formaliser une organisation en plateforme de services

La notion de « plateforme de services » nécessite de mener une réflexion commune sur la définition, le sens et le fonctionnement cette organisation. Ainsi, l'élaboration des projets de services est l'occasion pour chacun d'entre eux de réfléchir à la façon dont son organisation et ses prestations sont intégrées au sein de la plateforme dans l'objectif de proposer un accompagnement souple et modulable. L'accompagnement ainsi proposé doit être en accord avec la mission de Handicap Services Alister, en respecter les valeurs et être adapté aux besoins des personnes accompagnées.

Favoriser la transversalité

Si la démarche d'évaluation interne réalisée sur l'ensemble des services en 2018 a permis de mettre en évidence une volonté partagée de travailler la transversalité, Handicap Services Alister souhaite formaliser cette notion par la mise en place d'organisations fonctionnelles qui rassemblent les équipes autour d'objectifs d'accompagnement communs. Le but est d'harmoniser et d'enrichir les pratiques par des regards croisés. Ainsi, les axes d'accompagnement aux soins, la coordination des parcours et l'accompagnement à la vie sociale font l'objet de projets transversaux. La démarche qualité et la valorisation des prestations par une traçabilité homogénéisée et « SERAFIN-PH-compatible » des activités viendront soutenir la transversalité des pratiques professionnelles.
Le projet d'établissement 2020-2025 est construit de manière à porter la transversalité à chaque étape de son élaboration et durant toute sa mise en œuvre.

2.1.2. Les politiques publiques

Notre projet d'établissement s'inscrit dans le contexte des politiques publiques départementales, régionales, nationales et sur des recommandations internationales et orientations de l'Organisation Mondiale de la santé (OMS).

Au niveau départemental : la référence est le schéma départemental de l'autonomie 2018-2023 dont les axes stratégiques sont :

- favoriser et faciliter l'inclusion des personnes âgées et des personnes en situation de handicap dans la société ;
- contribuer à une politique active de prévention de la dépendance ;
- soutenir les proches aidants ;

- garantir une vie à domicile dans les meilleures conditions ;
- accompagner l'évolution des établissements ;
- conforter la logique de parcours et œuvrer à la fluidification.

Au niveau régional, la référence est le Projet Régional de Santé Grand Est 2018-2028 dont l'axe 5 porte sur l'amélioration de l'accès aux soins et à l'autonomie des personnes en situation de handicap, des personnes âgées et des personnes en situation fragile dans une logique inclusive.

Au niveau national, nos références sont :

- la « Réponse Accompagnée pour Tous » préconisée par le rapport PIVETEAU « Zéro sans solution » ;
- la notion d'inclusion par l'habitat décrite dans le rapport Piveteau – Wolfrom ;
- l'accès égal aux soins décrit par la charte Romain JACOB ;
- Les lois 2002-2 et de 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées ;
- les objectifs de la stratégie « Ma santé 2022 » visant à un meilleur accès aux soins pour tous et le développement du recours au numérique pour renforcer cet accès.

Le rapport Piveteau est déterminant dans la définition de la stratégie quinquennale d'évolution et de transformation de l'offre. Déclinée en plan d'action ministériel « ambition transformation 2019-2022, il décrit 26 objectifs à atteindre pour faire évoluer l'offre médico-sociale. « Cette transformation de l'offre médico-sociale vise à sécuriser les parcours des personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie, quel que soit le lieu de vie choisi. Elle vise à garantir à chaque personne un accompagnement souple, modulaire et construit au regard de ses attentes, un accompagnement qui favorise son accès aux apprentissages, à la formation et à l'emploi, à la santé, au logement et à sa pleine participation à la vie sociale. »[7]

La démarche de transformation de l'offre est également soutenue par la modification du système de financement des établissements médico sociaux par la réforme SERAFIN PH « Services et établissements : réforme pour une adéquation des financements aux parcours des personnes handicapées ». Cette réforme a pour objectif d'attribuer des budgets équitables en lien avec les caractéristiques des personnes et les modalités d'accompagnement pour répondre aux besoins des personnes accompagnées. Afin qu'elle soit lisible et comprise par tous, une nomenclature des besoins et des prestations a été réalisée dans le cadre de la réforme. Nous avons commencé un travail de traduction de nos prestations selon la nomenclature des prestations SERAFIN PH. De la même façon nous nous efforcerons de traduire les besoins des personnes accompagnées selon la nomenclature des besoins SERAFIN PH.

Notre projet d'établissement s'appuie sur la loi 2002-2 qui rend obligatoire la mise en œuvre de différents outils ayant pour finalité de rendre l'usager acteur de sa prise en charge et d'améliorer la qualité des accompagnements par les établissements médico-sociaux.
Nos missions sont également définies au regard de la loi de 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées qui définit les situations de handicap en fonction de

[7] https://www.cnsa.fr/grands-chantiers/strategie-quinquennale-devolution-et-de-transformation-de-loffre
circulaire N°DGCS/3B/2017/148 du 2 mai 2017 relative à la transformation de l'offre d'accompagnement,

l'inadaptation de l'environnement de la personne et met en œuvre le principe nouveau du droit à compensation des conséquences du handicap. Son objectif est d'abord de faciliter le maintien en milieu ordinaire.
Totalement mobilisée pour favoriser l'accès aux soins des personnes en situation de handicap, l'association porte un projet qui s'inscrit pleinement dans les objectifs de la stratégie « Ma santé 2022 » liés à un meilleur accès aux soins pour tous et au recours à l'utilisation du numérique pour renforcer cet accès.

Au niveau international, notre référence est la Charte des droits de l'homme et le programme des Nations Unies pour les personnes handicapées. Les orientations politiques nationales sont fondées par l'engagement de tous pour le respect des droits humains décliné au niveau européen par Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne.

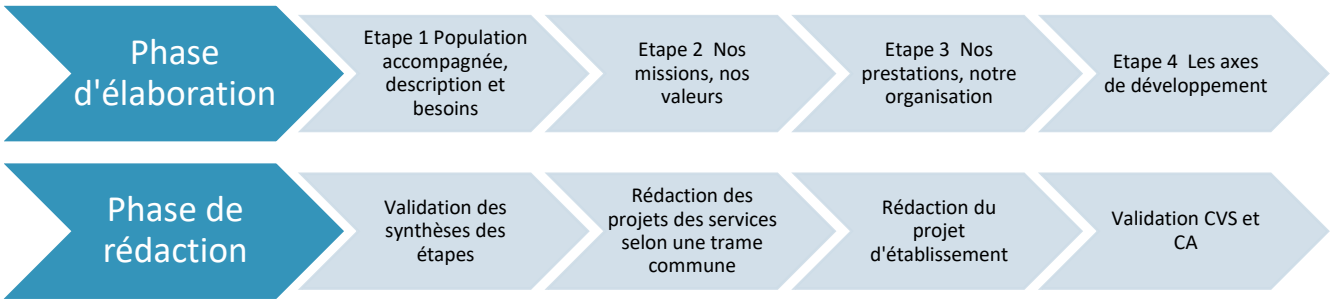
2.2. LA DEMARCHE

2.2.1. La méthodologie

Une démarche partenariale et participative et transversale

Conformément à la loi du 2 janvier 2002, le SAVA a procédé à la révision de son projet de service (CASF, art. L311-8) datant de 2016. Outil de référence pour les équipes, ce document présente le service, le public accueilli, les principes d'intervention, les axes et modes d'accompagnement. Il définit des objectifs d'évolution stratégiques pour 4 ans. Il constituera un véritable outil de communication, en interne, pour les personnes accompagnées et avec les différents partenaires du service.

La démarche est organisée en deux phases :



2.2.2. Les acteurs

Le COPIL

Composé du Directeur Général des membres du Comité de Direction (CODIR), du médecin coordonnateur, d'un salarié par service, d'un représentant du CSE, d'un représentant du CVS

Supervise la construction du projet d'établissement (PE) en validant les étapes successives de l'élaboration du projet.

Réajuste le projet.

Suit la mise en œuvre de la feuille de route.

Priorise les thématiques.

Est animé par la Directrice Qualité et Parcours.

Le groupe de travail « transversal »

Composé de professionnels de chaque service et des cadres responsables du projet de soins, de la coordination des parcours, du lien social.

Ce groupe de travail est chargé de réfléchir aux axes transversaux des étapes 1, 3 et 4 d'élaboration du projet.

Ils participent ensuite aux groupes de travail de leurs services respectifs de sortes à y diffuser les réflexions transversales.

Est animé par la Directrice Qualité et Parcours.

Les groupes de travail « pôles »

Animés par chaque chef de service au sein de son service

Constitution de 3 groupes de travail par service sur les étapes 2, 3 et 4.

Composés des professionnels du service membres du groupe transversal et de professionnels du service se portant volontaires.

Les personnes accompagnées et leur entourage

Sont concertées par le biais d'entretiens menés par les professionnels de chaque service.
Une trame d'entretien a été construite.
Le recueil des réponses est centralisé puis analysé lors de l'étape 1.
Deux groupes de proches aidants ont été réunis sur Mulhouse et sur Colmar afin d'échanger au sujet de leurs besoins et attentes.

Les partenaires

Ils ont été concertés par questionnaires
Le recueil des réponses est centralisé puis analysé lors de l'étape 1.

Le Conseil d'Administration de l'association

Il a participé à la journée de réflexion et de lancement du projet d'établissement.
Le projet d'établissement et les projets de services lui sont soumis pour avis avant validation et diffusion.

Le Conseil de la Vie Sociale

La démarche d'élaboration des projets de services et du projet d'établissement leur a été soumise.
Un membre du CVS fait partie du COPIL.
Les projets sont soumis au CVS avant diffusion officielle.

2.2.3. Déroulement

Quand	Quoi	Comment	Qui
18 juin 2021	Lancement du projet d'établissement	**Journée de réflexion**, définition de la mission, des valeurs associatives	La Direction, le CA, l'encadrement
06 juillet 2021	Lancement de la phase d'élaboration	**Réunion** présentation de la méthodologie d'élaboration du PS, identification des axes du PE	COPIL
29 juillet 2021	Elaboration étape 1 Population accompagnée, description et besoins	**Réunion groupe de travail** Échange, débat, analyse à partir des documents suivants : Questionnaire aux personnes accompagnées Questionnaire aux partenaires Rencontre des aidants Recherche documentaire	Groupe transversal
août 2021	Elaboration étape 2 Les missions, les valeurs	**Réunion groupe de travail** Échange, débat, analyse à partir des documents suivants : Recherche documentaire Echanges avec l'équipe Groupe de travail sur la traduction des valeurs associatives au SAVA. Echanges avec les professionnels de l'équipe membres du groupe transversal au sujet des besoins des personnes accompagnées.	Groupe pôle SAVA étape 2

14 septembre 2021	Validation des synthèses des étapes 1 et 2	**Réunion** présentation de la méthodologie d'élaboration des synthèses, présentation des synthèses, échanges, débats et réajustements.	COPIL
27 septembre 2021	Élaboration Étape 3 Les prestations, l'organisation, le fonctionnement	**Réunion groupe de travail** Identification des prestations et de l'organisation plateforme. Échange, débat, analyse à partir des éléments suivants : Recherches documentaires liés aux procédures à l'organisation Groupe de travail harmonisation de la traçabilité des activités, conversion nomenclatures des prestations SERAFIN PH	Groupe transversal
octobre 2021	Élaboration Étape 3 Les prestations, l'organisation, le fonctionnement	**Réunion groupe de travail** Échange, débat, analyse à partir des documents suivants : Recherches documentaires Groupe de travail harmonisation de la traçabilité des activités, conversion nomenclatures des prestations SERAFIN PH	Groupe pôle SAVA étape 3
9 novembre 2021	Elaboration Etape 4 Les axes de développement	**Réunion groupe de travail** Échange, débat, analyse à partir des documents suivants : Reprise des axes d'amélioration ou de développement identifiés au cours des 3 étapes précédentes au niveau plateforme. Reprise des axes d'amélioration issus des évaluations internes et externes.	Groupe transversal
novembre 2021	Élaboration Étape 4 les axes de développement	**Réunion groupe de travail** Échange, débat, analyse à partir des documents suivants : Reprise des axes d'amélioration ou de développement identifiés au cours des 3 étapes précédentes au niveau SAVA.	Groupe pôle SAVA
16 novembre 2021	Validation des synthèses des étapes 3 et 4	**Réunion** présentation de la méthodologie d'élaboration des synthèses, présentation des synthèses, échanges, débats et réajustements.	COPIL
Novembre et décembre 2021	Rédaction	Par chaque chef de service selon une trame commune communiquée par l'animatrice du projet.	Chefs de services
2 mars 2022	Validation	Présentation du projet d'établissement et des projets de service, validation des axes de développement	COPIL + CA

10 mars 2022	Présentation au CVS	Présentation du projet d'établissement et des projets de service,	Animatrice du COPIL : Directrice Qualité et parcours.
2022-2025	Suivi, révision du projet	Mise en œuvre des axes de développement et suivi des résultats attendus.	COPIL, supervision par directrice Qualité et parcours

3. LE PARCOURS DE LA PERSONNE ACCOMPAGNEE

3.1. LE PROCESSUS D'ACCOMPAGNEMENT

L'origine des demandes d'accompagnement

Les personnes accompagnées par le SAVA sont orientées par différentes structures avec ou sans convention de partenariat. Les principaux orienteurs sont les autres ESSMS de type IME , IEM , SAVS et SAMSAH. Viennent ensuite les demandes exprimées directement par les personnes elles-mêmes ou leur entourage qui ont entendu parler du service par leur réseau dont d'anciens locataires de la MaVA. Puis les structures sanitaires : le GHRMSA, centres de rééducation (Centre Albert Camus, Trois Epis…), le réseau CRA Centre Ressources Autisme. La MDPH est à l'origine de demandes. Elle génère les décisions d'orientations pour des accompagnements que nous réceptionnons sur le logiciel « VIA TRAJECTOIRE ».

Nos partenaires hors MDPH disposent d'un document unique, standardisé en 2021, de demande d'accompagnement par la plateforme qu'ils transmettent dûment complété par mail à l'adresse suivante : **plateforme@alister-autonomie.fr.**
Un dossier de renseignements médicaux est transmis en parallèle au partenaire ou à la personne. Ce dossier pourra être transmis directement au médecin coordinateur de la plateforme ou à l'équipe du SAVA sous plis confidentiel à son attention.

La réception de la demande

Un premier échange téléphonique est réalisé par le chef de service avec l'orienteur et/ou le candidat. A l'issue de cet entretien une date d'entretien de préadmission est planifiée.
L'entretien de préadmission est également l'occasion de réaliser une visite du service. Il est réalisé par le chef de service et/ou des professionnels de l'équipe.
Lors de cet entretien un dossier de préadmission est renseigné, accompagné d'un avis émanant de l'équipe pluridisciplinaire du SAVA. Ce dossier est un dossier unique pour la plateforme.

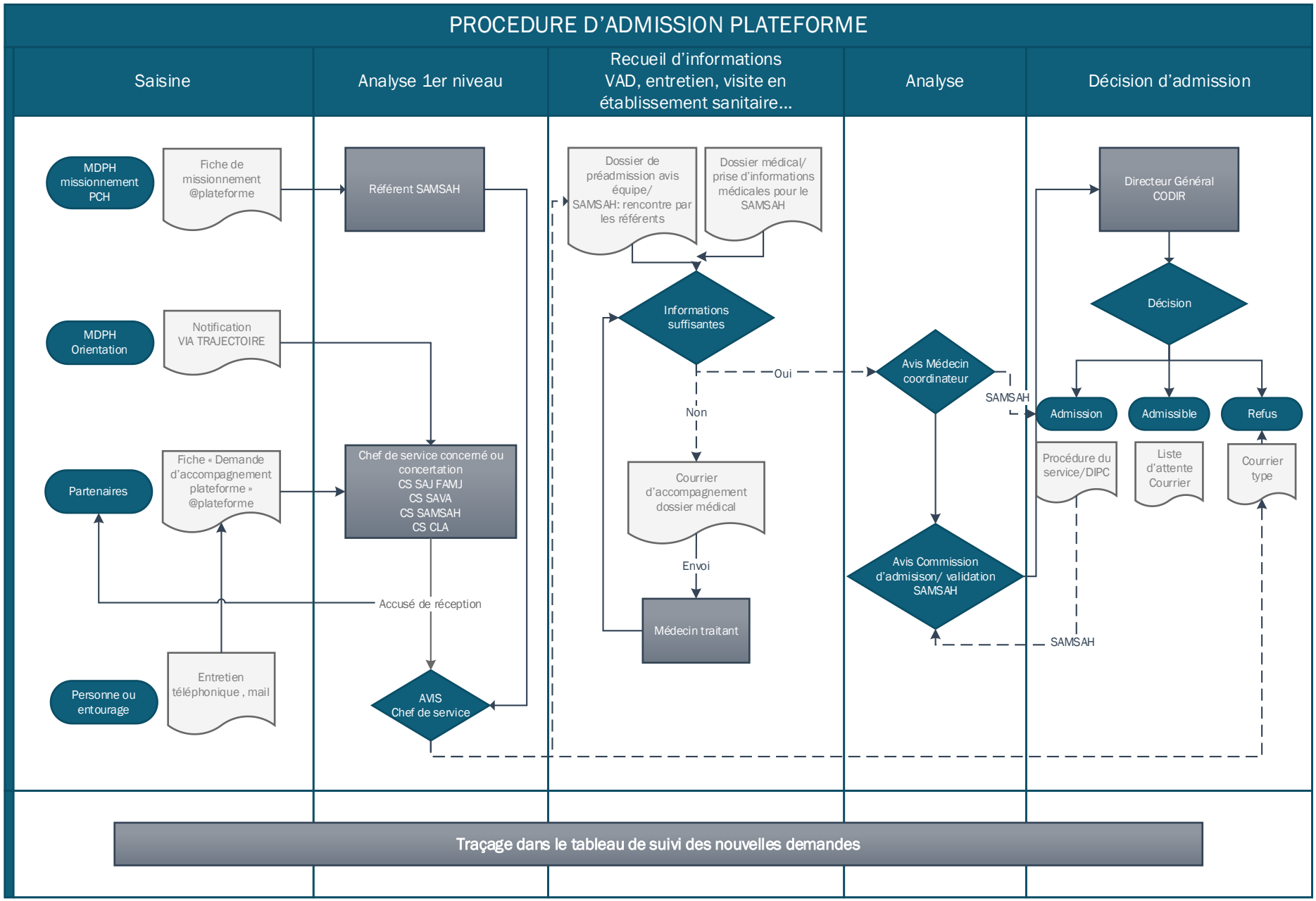
Les critères d'admission

- L'âge : les personnes de principe être âgés entre 20 et 60 ans
- Le projet de vie : avoir exprimé clairement le souhait de vivre « chez soi » et d'acquérir une autonomie pour vivre dans un logement inclusif ou de droit commun.
- Pathologie : troubles moteurs et/ou troubles cognitifs d'origine neurologique, personnes autistes sans déficiences intellectuelles. Ne pourront pas être concernées les personnes atteintes d'affections évolutives à court terme ou nécessitant un environnement sanitaire important ainsi que les troubles cognitifs sévères incompatibles avec une vie en milieu non protégé et enfin les personnes atteintes d'affections psychiatriques qui nécessitent un accompagnement spécifique.
- Capacité d'apprentissage : les personnes doivent posséder des capacités d'apprentissage. Un bilan neuropsychologique pourra être demandé en amont de l'entretien de préadmission au besoin.

Concernant les personnes accompagnées locataires de la MaVA des critères concernant les besoins d'accompagnement dans les actes de la vie quotidienne par le SAAD sont définis de sortes à garantir une présence du SAAD sur le site en journée 7 jours sur 7.

La commission d’admission

La commission d’admission d’Handicap Services Alister est composée du médecin coordonnateur et des chefs des services de la plateforme. Elle étudie toutes les demandes d’accompagnement formulées auprès de la plateforme de services selon la procédure suivante :


PROCEDURE D'ADMISSION PLATEFORME
Saisine
Analyse 1er niveau
Recueil d'informations VAD, entretien, visite en établissement sanitaire…
Analyse
Décision d'admission
MDPH missionnement PCH
Fiche de missionnement @plateforme
Référent SAMSAH
Dossier de préadmission avis équipe/ SAMSAH: rencontre par les référents
Dossier médical/ prise d'informations médicales pour le SAMSAH
Directeur Général CODIR
Décision
MDPH Orientation
Notification VIA TRAJECTOIRE
Informations suffisantes
Oui
Avis Médecin coordinateur
SAMSAH
Admission
Admissible
Refus
Non
Partenaires
Fiche « Demande d'accompagnement plateforme » @plateforme
Chef de service concerné ou concertation CS SAJ FAMJ CS SAVA CS SAMSAH CS CLA
Courrier d'accompagnement dossier médical
Procédure du service/DIPC
Liste d'attente Courrier
Courrier type
Envoi
Accusé de réception
Médecin traitant
Avis Commission d'admisison/ validation SAMSAH
SAMSAH
Personne ou entourage
Entretien téléphonique , mail
AVIS Chef de service
Traçage dans le tableau de suivi des nouvelles demandes

La commission d'admission permet une lecture transversale des nouvelles demandes et peut mettre en lumière des besoins pouvant mobiliser des prestations de la plateforme de services.
Si la personne est admise à la MaVA, suit la phase d'admission décrite ci-dessous.
Si la personne répond à l'ensemble des critères mais qu'aucune place n'est disponible elle « admissible » et donc placée en liste d'attente.

3.1.1. L'admission

Si la personne présente des besoins d'aide humaine dans les actes de la vie quotidienne, une demande de prestation de compensation est demandée à la MDPH en amont par l'orienteur ou par la personne elle-même accompagnée par les professionnels du SAVA ; les personnes des autres départements devront présenter une notification d'orientation de la CDAPH de leur département pour une prise en charge ultérieure.
La demande de logement sociale sera présentée par le SAVA à la Commission d'Attribution des Logements (CAL) de Mulhouse Habitat, propriétaire des locaux qui contractualise l'attribution du logement par un bail de location ;

3.1.2. Le pré-accueil

Suite a la décision d'admission, une rencontre de pré accueil a lieu (au minimum 15 jours avant l'accueil) . Cette rencontre a pour objectif de présenter l'équipe, le fonctionnement du service, et de définir les différents besoins pour l'accueil physique.
Le candidat signe un Document Individuel de Prise en Charge (DIPC) qui l'engage dans parcours d'apprentissage et contractualise l'admission. Il est conjointement signé. Ce document précise les modalités de l'accompagnement, les prestations du SAVA, sa durée ainsi que les conditions de fin d'accompagnement. Les objectifs de l'accompagnement seront précisés par le Projet d'Accompagnement Personnalisé.
Le livret d'accueil lui est alors remis. Conformément à la loi 2002 le livret d'accueil comporte la charte des droits et libertés des personnes accompagnées et le règlement de fonctionnement.
Il précise l'organisation et le fonctionnement du service, les modalités de communication, les prestations proposées.

3.1.3. L'accueil

Il s'agit de la première étape l'accompagnement par le SAVA :

- le locataire emménage dans l'un des 10 studios pédagogiques de la Maison pour la Vie Autonome ;
- le locataire est chez lui : il découvre le principe d'être seul dans « son logement » ;
- le locataire est assisté par le service d'aide à domicile d'Handicap Services Alister selon le plan d'attribution de sa PCH.
- Lors de son arrivée, et suivant son choix, une rencontre de présentation des voisins est organisée, soit en individuel, soit lors d'un café d'accueil collectif.
- Les informations et les plannings de rendez-vous lui est remis. (plannings de rdv avec l'équipe pluridisciplinaire, les numéros d'urgences et d'astreinte CLA, les numéros des professionnels du SAVA)

3.1.4. La première étape de l'accompagnement

Cette première étape du parcours comprend l'accueil dans les locaux pédagogiques et la première phase de l'accompagnement qui s'effectuera par l'apprentissage progressif :

- de l'autonomie dans le studio ;
- de l'estime de soi de la confiance en soi ;
- des aides humaines pour certains actes d'accompagnement ;

- des déplacements dans les environs du logement puis dans la ville et dans les transports en commun ;
- de la réalisation de repas (dans la mesure du possible) ;
- de la tenue d'un budget et des démarches administratives ;
- de la prise de rendez-vous médicaux ou paramédicaux avec le choix d'un médecin traitant ;
- des associations locales et des activités accessibles.
- de la gestion du temps, les repères temporelles.

L'équipe pédagogique intervient pour dispenser des exercices individuels et collectifs tant dans les locaux pédagogiques que dans le studio de la personne concernée ou dans des lieux extérieurs selon les besoins personnels de chaque locataire.

Un temps d'évaluation des besoins de la personne précède la mise en œuvre de l'accompagnement.
Au cours du premier semestre, le « Plan Personnalisé d'Accompagnement » (PPA), formalise les besoins et attentes du locataire. Ceux-ci sont définis, par sous objectifs accessibles à court terme. Les axes et la fréquence des interventions de l'équipe pédagogique sont organisés accord avec le locataire. Le PPA est révisé selon l'évolution du locataire et des objectifs atteints.
Le locataire est acteur à part entière dans l'élaboration et le suivi de son PPA.

> En lien avec la mission d'Handicap Services ALISTER, nous souhaitons repositionner notre accompagnement en plaçant la personne en tant que partenaire de la réalisation de son projet de vie.

La durée de cet apprentissage peut aller jusqu'à 3 ans.
Avant de passer à l'étape suivante, la personne devra avoir appris à connaître ses limites et ses capacités pour avancer dans son projet personnel et en fonction de l'évaluation de son parcours, choisir de continuer vers son autonomie ou de s'orienter vers un autre projet : habitat adapté accompagné voire une institutionnalisation.

3.1.5. La deuxième étape, autre objectif, autre lieu :

Le locataire quitte son studio pédagogique de la Maison pour la Vie Autonome pour s'installer soit dans un logement de son choix en milieu ouvert, soit dans un habitat intermédiaire accompagné par notre service d'aide à domicile ou si l'autonomie n'a pas été accessible une forme d'institutionnalisation.
Ces modalités sont contractualisées avec le bénéficiaire avant sa prise en charge par le SAVA.

> L'équipe identifie un axe d'amélioration : en effet il conviendrait d'introduire cette seconde étape plus précocement dans l'accompagnement. La personne pourra bénéficier d'un accompagnement par le SAVA (au cours de son cursus de) dans le domicile de son choix. Cela facilitera la transition parfois difficilement vécue de part la fin de l'accompagnement par la SAVA couplée de la prise en charge par notre SAAD. L'accompagnement aux déplacements sera ainsi effectué dans l'environnement pérenne de la personne.

Le SAVA poursuivra son accompagnement sur une durée adaptée aux besoins de la personne puis passera le relais à l'équipe la mieux adaptée aux besoins de la personne.

Le SAMSAH de notre plateforme est un relais privilégié pour la continuité de l'accompagnement des personnes.

L'information à la personne :

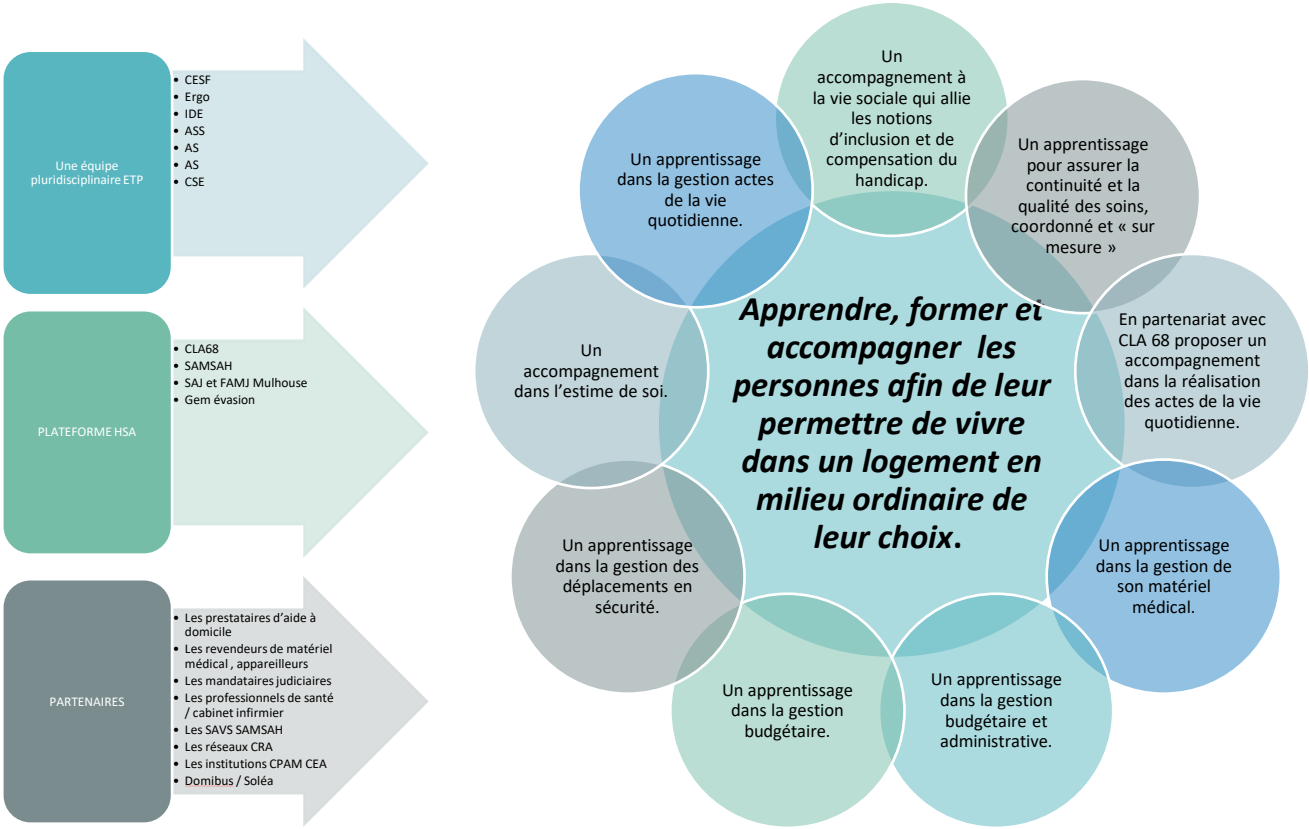
La personne accompagnée et/ou son représentant légal son systématiquement informés de la fin de l'accompagnement

L'information aux partenaires :

Une information est systématiquement transmise aux partenaires accompagnée d'un bilan de sortie du dispositif regroupant les points acquis, les points de vigilances, ainsi que les besoins de compensations.
La fin de l'accompagnement est également notifiée dans le logiciel Trajectoire.

4. LES PRESTATIONS PROPOSEES

4.1. PAR LE SERVICE



Suivant le parcours d'apprentissage l'objectif de l'accompagnement par les professionnels peut être : l'apprentissage, la stimulation, la supervision, la compensation, la réassurance, la mise en situation, la création d'outils, l'évaluation…

- **Un accompagnement à la vie sociale qui allie les notions d'inclusion et de compensation du handicap, coordonné et sur mesure**
  - Evaluation, organisation et accompagnement en binôme par la CESF et l' AS, mais aussi par l'ergothérapeute selon les besoins spécifiques.
    - Identifier les souhaits et besoins de la personne en termes d'activités individuelle, collectives.
    - accompagner à la découverte d'activités ludiques, loisirs et culturelles
    - Organisation des transports (réservations, cout, moyens..)
    - planifications des activités au domicile
    - gestion des ressources
    - La communication : verbale, informatique, réseaux sociaux, smartphone
    - découverte des associations et partenaires
    - apprentissage à l'organisation de manifestations collectives

- apprentissage et mise en situation des moyens de déplacements par l'ergothérapeute

- **Assurer la continuité et la qualité des soins, coordonné et « sur mesure »**

Dans le cadre du projet de soins détaillé au 4.2.3 du présent document, le binôme infirmière et aide-soignante favorise l'autonomie des personnes pour leur permettre d'être acteurs de leur santé dans la mesure de leurs capacités.

- Evaluer la situation
- Proposer un plan d'action en fonction des besoins de la personne
- Assurer une veille de l'état de santé de la personne
- Assurer un rôle de médiation
- Accompagner la personne à ses rendez-vous médicaux et assurer que tout soit en place (transport, accompagnement, rappel RDV)
- Repérer les risques pour la santé des personnes et agir en conséquence
- Coordonner et/ou accompagner dans la gestion des rendez-vous médicaux et paramédicaux si nécessaire
- Education à la santé
- Apprendre à repérer les acteurs de la santé et savoir les solliciter

- **En partenariat avec CLA 68 proposer un accompagnement dans la réalisation des actes de la vie quotidienne.**

CLA, partenaire associatif privilégié, fait partie intégrante du cursus d'apprentissage à l'autonomie. Les professionnels de CLA interviennent en étroite collaboration avec le SAVA.

L'aide-soignante du SAVA, intervient de façon ponctuelle les AVQ et est le relais pour :

- la supervision des AVQ, les listes des taches à effectuer,
- l'évaluation de l'évolution de la personne, des besoins complémentaires en lien avec l'ergothérapeute
- l'apprentissage au pilotage des intervenants

✓ L'ergothérapeute est un facilitateur et un support pour l'apprentissage des nouvelles techniques d'aides et de formation pour le personnel CLA

- **La gestion de son matériel médical.**

Evaluer le besoin, l'adéquation, l'achat et le suivi du matériel médical par l'ergothérapeute

- Evaluation du besoin en fonction du handicap
- recherche de solutions adaptés, revendeurs, couts et financement
- essai de fonctionnement avec la personne
- apprentissage au personnel d'interventions (CLA)
- apprentissage ou compensation du suivi de l'entretien du matériel technique

L'aide-soignante supervise le suivi des consommables en matière de produits d'hygiène corporelle

- Apprentissage à la tenue du « stock »
- Renouvellement de commandes

- **La gestion budgétaire et administrative, coordonné et « sur mesure ».**

Ces actes sont réalisés principalement par la CESF. Il s'agit des actions suivantes :

- L'utilisation des moyens de paiements
- La consultation de ses comptes en banques et contacter son conseiller bancaire

- Suivre et réaliser un budget mensuel réel et prévisionnel
- Comprendre et payer une facture
- Anticiper et planifier ses dépenses
- Connaitre les missions de son mandataire judiciaire, ses coordonnées et le contacter.

Ces actes sont réalisés principalement par l'assistante sociale. Il s'agit des actions suivantes :

- L'accès aux droits des personnes en situation de handicap et la constitution de dossiers de demande de financement (droits MDPH, revenus, couverture santé, transport, vie domestique…).
- La proposition d'accompagner la personne en vue d'une mise sous protection judiciaire si besoin.
- Des aides financières : Mairie, FSL, épicerie sociale…
- Des dossiers logements

- **La gestion du temps, coordonné et « sur mesure ».**

Assuré par l'équipe pluridisciplinaire suivant les domaines de besoins :

- Apprendre à se repérer dans le temps hors et dans le logement
- Apprendre les différents modes de lecture de l'heure
- Apprendre à calculer un horaire
- Apprendre à tenir et consulter son agenda
- Apprendre à prendre / être présent /déplacer /annuler des RDV hors et dans le logement

- **La gestion des déplacements en sécurité**.

Qu'ils soient en intérieur ou en extérieur, se déplacer en sécurité, respecter les règles de sécurité, savoir se repérer sont des capacités à acquérir nécessaire pour une vie autonome. Ces actes sont évalués et travaillés par l'ergothérapeute au travers de mises en situation virtuelles mais aussi et surtout en situation réelle. Les déplacements « seuls » sont validés par le professionnel.

- **L'accompagnement dans l'estime de soi**.

Des expériences positives peuvent favoriser un regard positif porté sur soi-même, et inversement
Les aides-soignantes évaluent les besoins et les situations des personnes et organisent des ateliers de bien-être, de gestion de stress.
Des ateliers « image de soi », des outils pour la gestion des émotions sont également utilisés pour favoriser le bien être des personnes accompagnés.

- **La gestion actes de la vie quotidienne**.

Les aides-soignantes interviennent dans la gestion du quotidien, les repas, l'hygiène, la sécurité de la personne.
Leurs actions, certaines en collaboration avec L'IDE et la CESF sont tournés vers :

- Le suivi de l'hygiène (personnel, vestimentaire, logement)
- La gestion de l'équilibre alimentaire, dates de péremptions.
- L'entretien du cadre de vie
- La planification des menus.
- La transmission d'informations aux IDEL ou IDE.
- L'observation de l'état général de la personne.
- L'organisation des repas, de la liste de courses, des courses
- La préparation des repas, l'apprentissage du matériel de cuisson à utiliser

- **Recherche de logement de droit commun ou HI**

Cette prestation est assurée par l'AS, la CESF , il s'agit de :

- La recherche de logements accessibles et/ou adaptés et, en lien avec l'**ergothérapeute** si nécessité d'aménagement du logement, la constitution de dossiers de demande de logement et le suivi des dossiers.
- Un accompagnement si besoin lors de la visite d'un nouveau logement.
- Un accompagnement dans la signature du contrat de location et/ou état des lieux si nécessaire.
- Un accompagnement pour financer une aide au déménagement.

La recherche d'une **alternative de la vie à domicile qui** consiste en l'orientation vers les établissements d'hébergement spécialisés et l'accompagnement physique dans les démarches

4.2. LES PRESTATIONS TRANSVERSALES

Les prestations délivrées par le SAVA sont soutenues par des axes d'accompagnement transversaux dans le domaine des soins, des parcours et de la vie sociale. Ces axes transversaux font l'objet de projets spécifiques qui concernent l'ensemble des services de la plateforme.

4.2.1. L'habitat inclusif

Nos dispositifs d'habitats inclusifs dont la MaVA fait partie reflètent parfaitement les notions de transversalité et de fonctionnement en plateforme de service puisque leur modèle repose sur l'articulation de l'ensemble des prestations proposées par les différents services de notre plateforme ainsi que de nos partenaires en fonction des besoins des locataires.

Notre vision de l'habitat inclusif s'inscrit dans l'objectif de favoriser le « vivre ensemble ». Celui-ci est décrit dans l'arrêté du 24 juin 2019 relatif au cahier des charges nationales du projet de vie sociale et partagée de l'habitat inclusif.

Il s'appuie sur 4 piliers : la sécurisation de la vie à domicile, le soutien à l'autonomie, le soutien à la convivialité et l'aide à la participation sociale.

L'habitat inclusif, tel que nous le concevons et le développons depuis 2009 permet à des personnes en situation de handicap, qui ont besoin d'un lieu de vie adapté et d'accompagnements humains quotidiens, de « vivre chez elles ».

Notre objectif est de dépasser les limites, contraintes et freins induits par la dépendance physique ou cognitive (suite à une maladie neurodégénérative ou un grave accident cérébral) pour offrir une possibilité de vie insérée dans la société, parfois en famille, toujours hors institution en milieu totalement ouvert.

Veille et sécurisation de la vie à domicile

Les équipes médico-sociales partenaires de la personne accompagnée de HSA comme le Service d'Aide à Domicile (SAAD), Cérébro-Lésion Assistance du Haut-Rhin (CLA68) agissent quotidiennement en proximité des locataires pour soutenir ou assister les personnes dans les activités de soin ou de vie sociale. Pour ce faire, elles peuvent compter sur le soutien et l'expertise des équipes du Service d'Accompagnement Médicosocial pour Adulte Handicapé (SAMSAH),du SAVA, du Foyer d'Accueil Médicalisé hors-les-murs et de l'accueil de Jour de Handicap Services Alister. Cet étroit partenariat est nécessaire pour adapter les activités aux particularités de chacun et définir un Projet d'Accompagnement Personnalisé évolutif.

Le SAAD CLA68 propose des accompagnements à la vie quotidienne (aide à la toilette, aide aux repas, aide au ménage) et à la vie sociale (effectuer des courses avec la personne accompagnée par exemple). Le passage régulier d'un Accompagnant Educatif et Social (AES) associé à une présence continue ou coordonnée garanti la sécurité de

la vie à domicile. Cette présence étendue de professionnels sur site, permet d'être réactif dans les réponses apportées aux besoins des locataires.
Le Service Accompagnement Médico-social pour Adultes Handicapés (SAMSAH), le Service d'accompagnement a la Vie Autonome (SAVA) intervient au domicile des locataires dans la réalisation de ses missions d'accompagnement à la réalisation du projet de vie de la personne. Un accompagnement psychologique est proposé aux locataires. La fonction psychologue est essentielle pour ces habitats, bien qu'à date, elle ne soit pas financée de manière pérenne.

La création d'un FAM Hors les murs en 2020 pérennise le financement expérimental octroyé par l'ARS Grand Est pour le renforcement des compétences de soins auprès des locataires de nos habitats inclusifs : médecin, infirmiers et aides-soignants.

Soutien à l'autonomie de la personne

HSA réunit des professionnels aux expériences et compétences diverses dans l'accompagnement des personnes cérébrolésées. La diversité des métiers et des professionnels (AES, infirmier, aide-soignant, ergothérapeute, médecin, assistante sociale) garantit une complémentarité des approches et une vision globale pour organiser le maintien de l'autonomie des personnes accompagnées.
Nos professionnels favorisent le partenariat avec la personne accompagnée. Ils cherchent à valoriser les capacités de la personne. Ils proposent des stratégies de compensation du handicap pour entretenir et encourager les activités de vie sociale. Sur le moyen et long terme leur connaissance fine des locataires leur permet de suivre l'évolution de leur santé et d'adapter leurs accompagnements à leurs souhaits. Dans notre vision de l'habitat inclusif, une personne accompagnée peut être très dépendante mais agir avec autonomie.

Soutien à la convivialité

Le projet de vie sociale est construit pour encourager les habitants à « faire ensemble ». Il est sujet à échanges réguliers avec les locataires. L'implication et la participation de tous est toujours recherchée afin que chacun se sente réellement « chez soi » malgré la présence parfois intensive du service d'aide à domicile ou d'autres professionnels de santé.
Le projet de vie sociale est donc construit avec les locataires. Il a pour objectif de réduire les situations d'isolement par la proposition de temps de vie partagée et la mise en place d'activités diverses de convivialité. Ces activités fonctionnent comme des temps de régulation optionnels favorisant la bonne entente entre locataires mais aussi les échanges autour du handicap et de son acceptation. Celles-ci peuvent être encadrées par un professionnel tout comme elles peuvent résulter de temps de rencontres informels entre locataires.
Ces échanges entre locataires permettent aussi de développer leurs réseaux, de favoriser leur réflexion et implications citoyennes et ainsi concourir à l'évolution du projet de vie de la personne.

Aide à la participation sociale et citoyenne

Le projet de vie sociale doit s'inscrire dans la vie de quartier et de la cité, en privilégiant les liens avec le voisinage et le tissu associatif local ; il doit également tenir compte du contexte familial et affectif des personnes domiciliées dans l'habitat inclusif ainsi que du souhait ou de la possibilité de se réaliser dans un loisir ou une activité professionnelle.
Au niveau de l'association, la représentation des locataires au sein du Conseil de la Vie Sociale est structurée.
Des activités pourront être proposées aux locataires (individuellement ou collectivement) . Certaines activités pourront également se tenir en lien avec l'accueil de jour Evasion.

4.2.2. Le projet de vie sociale

Il a pour objectif de rompre l'isolement, favoriser la convivialité et permettre à la personne de trouver une place dans la société en s'appuyant sur l'inclusion dans la cité.
Il revêt plusieurs dimensions :

4.2.2.1. Les activités de vie sociale :

- De façon ponctuelle, des activités événementielles s'adressent à l'ensemble des personnes accompagnées par la plateforme : parcs d'attraction, concerts, matchs de foot à la MEINAU, participation au Marathon de Colmar.
- Les activités au quotidien, sur des temps partagés ou en individuel

❖ Sur les sites d'habitats inclusifs :

Formalisé dans le projet de vie sociale de chaque site d'habitats inclusifs, elle est impulsée par le coordinateur de lien social.
Ces activités sont portées par notre SAAD.
A ce jour, plusieurs conventions avec de nombreux partenaires existent. Elles nous permettent de proposer des activités originales, variées et adaptées pour les locataires des habitats inclusifs. Celles-ci demeurent évolutives au gré des souhaits des personnes :

- Les sorties en ville, bowling, musées... sont planifiées avec les référents des sites en raison de l'emploi du temps des locataires. Des conventions de partenariat existent avec des associations sportives ou culturelles (ASPTT Mulhouse, FCM Basket, La Filature, l'Opéra National du Rhin…).
- La médiation animale : animation par un prestataire, Aima - Association Itinérante de Médiation Animale prévue sur site et dans leurs locaux, 2 fois 2h par mois.
- Des activités sportives adaptées ou de bien être mutualisées entre habitats inclusifs deux fois 1h30 par semaine avec la prestation de « Siel Bleu » et d'Handisport.
- Des activités en partenariat avec les services d'accueils de jour (SAJ Evasion d'Alister ou celui de l'APF France handicap) ou certains groupes d'entraide mutuelle (GEM) du territoire.
- Des soirées adaptées en boîte de nuit ou cinéma (« Ciné Ma différence ») organisées par l'Adapei Papillons Blancs d'Alsace.

Si notre SAAD dispose des ressources humaines pour accompagner les locataires dans les activités de vie sociale, il soulève un besoin d'aide pour structurer le projet de vie sociale : les professionnels du SAJ disposent des compétences requises et peuvent être mobilisés pour impulser et structurer des projets menés sur nos sites d'habitats. Le projet d'expérimentation d'un accueil de jour hors-les-murs des traditionnels accueils est également prévu pendant la durée du présent projet de service.
Nous souhaitons identifier un professionnel du SAAD référent du lien social sur chacun des sites d'habitats inclusifs.

❖ Au sein des services d'accueil de jour :

Les activités de vie sociale poursuivent des objectifs d'accompagnement à l'autonomie tout en soutenant l'estime de soi.

Elles sont réalisées de façon collective.

> Un souhait d'activités tournées sur l'extérieur et plus personnalisées est repéré par les professionnels et exprimé par les personnes accompagnées.

> Sur l'ensemble de nos services il convient de construire des partenariats avec des centres socio-culturels, ouvrir nos activités aux personnes extérieures et inversement.

4.2.2.2. L'exercice de rôles sociaux

Cela concerne la vie professionnelle, familiale et affective, la représentation des pairs, la citoyenneté.

Les modalités d'intervention peuvent être individuelles ou collectives.

Sur l'ensemble des services :

> Identification d'un axe de travail sur la vie affective et sexuelle en partenariat avec le Planning Familial qui pourra être ouvert à l'ensemble des PA

> La dimension d'accompagnement à la vie professionnelle est à reconsidérer. Les personnes accompagnées par notre plateforme expriment fortement ce souhait. Nous souhaitons développer des partenariats avec les structures spécialisées pour l'emploi des personnes en situation de handicap et développer les prestations des services d'accueil de jour pour soutenir ces projets professionnels.

La participation au Conseil de Vie Sociale de l'établissement est un moyen de soutenir l'exercice de rôles sociaux par la représentation des pairs. Il est aussi un moyen pour les personnes accompagnées de s'impliquer dans le fonctionnement de l'association.

4.2.3. Projet de soins

4.2.3.1. Périmètre du projet de soins

Le projet de soins structure et harmonise les pratiques de soin à l'échelle de la plateforme de service. Il décline des objectifs communs et partagés adaptés aux missions et spécificités de chacun des services.

Il respecte les obligations du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), entré en application le 25 mai 2018.

Notre accompagnement permet aux personnes qui présentent des problématiques de santé d'accéder à des activités de vie sociale et de vivre à leur domicile. En apportant des soins relationnels, techniques infirmiers et de coordination, nous sécurisons leur prise en charge au sein de leurs domiciles, lors des accueils de jours et lors des activités de vie sociale que nous encadrons.

Nos professionnels de soin assurent aussi une fonction de veille et de vigilance essentielle qui :

- permet d'éviter les ruptures dans les parcours de soins par des actions de coordination, de liaison entre les différents acteurs médicaux et paramédicaux à tous les niveaux de l'accompagnement par la plateforme Handicap Services Alister ;
- permet d'anticiper des problématiques ou d'éviter les aggravations de l'état de santé.

Par l'inscription dans une démarche de collaboration avec des réseaux ou filières de santé, nous développons nos connaissances en nous formant, en identifiant de nouvelles collaborations possibles pour mieux répondre aux besoins de notre public. Nous sommes également dans le partage en apportant notre expérience.
Le projet de soins est décliné transversalement au sein de Handicap Services Alister et est porté par le Médecin Coordonnateur et la Directrice des Soins. Les acteurs indispensables du projet de soins sont les professionnels de santé au sens large du terme : infirmiers, aides-soignants, ergothérapeutes, responsables de CLA 68 et les auxiliaires de vie.
Ces collaborations d'acteurs s'appuient sur :

- Le code de santé publique : l'article **R. 4311-4 du code de la santé** publique autorise l'infirmier ou l'infirmière à assurer les soins relevant de son rôle propre, au sein d'établissements ou de services à caractère sanitaire, social ou médico-social, avec la collaboration d'aides-soignants, d'auxiliaires de puériculture et d'aides médico-psychologiques, désormais désignés sous le nom d'accompagnants éducatifs et sociaux AES.
- **Le décret du 23 juillet 2021** qui introduit dans cet article la notion nouvelle de soins courants de la vie quotidienne, dont l'infirmier ou l'infirmière peut confier la réalisation à l'aide-soignant ou l'auxiliaire de puériculture, le cas échéant en dehors de sa présence. Ces actes sont définis comme des soins :
    - liés à un état de santé stabilisé ou à une pathologie chronique stabilisée
    - qui pourraient être réalisés par la personne elle-même si elle était autonome ou par un aidant.

Le projet de soins est partagé par l'ensemble des acteurs de la plateforme et s'inscrit dans une dynamique collective.

4.2.3.2. Les axes du projet de soins

Le projet de soins est construit autour de quatre grands axes :

- Prévention et accompagnement aux soins
- Développement de l'autonomie en santé.
- Travail d'équipe en dynamique institutionnelle.
- Travail en réseau.

Prévention et accompagnement aux soins

- Accueillir la personne et instaurer une relation de confiance.
- Evaluer la situation globale sur le plan de la santé puis proposer un plan d'action concerté avec la personne, en tenant compte de ses capacités, de son environnement et des moyens du service.
- Evaluer les problématiques et les risques de santé.
- Assurer une vigilance (SAMSAH, FAMJ/ FAM hors les murs) de l'état de santé des personnes accompagnées.
- Assurer un rôle de médiation en cas de refus de soin.
- Accompagner la personne aux rendez-vous médicaux ou lors d'une admission à l'hôpital qui nécessitent de transmettre, recueillir des informations médicales, et organiser les suites de la consultation, lorsque la personne n'est pas en capacité de le faire.

- S'assurer de la compréhension de la personne, recueillir ses souhaits puis transmettre les informations aux professionnels concernés.
- Réaliser des actions individuelles et collectives autour de la santé primaire et de prévention.
- Réaliser des actes sur prescription médicale et sur rôle propre et délégué.
- Gérer les situations d'urgences.

Plus spécifiquement dans l'accompagnement aux soins, trois axes sont développés :

- La gestion du risque médicamenteux à domicile
- La prévention et le traitement de la douleur
- La prévention et la maitrise du risque infectieux

Gestion du risque médicamenteux à domicile

La sécurisation du circuit du médicament s'inscrit dans notre démarche d'amélioration continue des soins.
Il nous parait donc indispensable de structurer et sécuriser le circuit du médicament selon le niveau de soins et les missions conférées à chacun de nos services tel que préconisé par la HAS[8].
Nous avons, mis en place des procédures dans lesquelles sont déclinés les rôles des professionnels du SAVA dans chacune des 4 étapes incontournables que comprend le circuit médicamenteux (selon l'arrêté du 6 avril 2011) :

- la prescription ;
- la dispensation ;
- l'administration ;
- le suivi et la réévaluation.

- La Prescription

Le SAVA intervient dans cette étape pour s'assurer de la continuité des prescriptions. Les professionnels soignants du SAVA collaborent étroitement avec les médecins prescripteurs et transmettent, en accord avec la personne accompagnée et lorsqu'elle ne peut le réaliser elle-même, des informations précises sur son état de santé, ses antécédents médicaux et ses capacités à suivre un traitement. Ces informations apportées au médecin contribuent à la vérification de la pertinence des traitements, leur posologie et la compatibilité avec d'autres traitements en cours.

- La Dispensation

La dispensation des médicaments implique leur préparation et leur fourniture à la personne accompagnée. Elle est assurée par les pharmacies. Le SAVA veille à ce que les médicaments soient délivrés correctement et en temps voulu. Les professionnels peuvent au besoin accompagner les personnes dans la compréhension des modalités de prise des médicaments, la lecture des ordonnances. Ils peuvent également organiser la livraison des traitements à domicile.

- L'Administration

L'administration des médicaments à domicile est une étape où le risque d'erreurs est élevé. Le SAVA intervient pour s'assurer que les modalités de préparation et d'administration des traitements sont bien adaptées à la situation et aux capacités des personnes accompagnées. Les professionnels peuvent coordonner le recours à un cabinet de soins

---

[8] Guide - Le risque médicamenteux au domicile - Mise à jour juillet 2020
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-07/diqasm_sr_guide_medicament_dom_publi.pdf

infirmiers si cela s'avère nécessaire. En mode nominal, le rôle des professionnels de santé du SAVA consiste à accompagner les bénéficiaires dans leur apprentissage en matière de préparation et de gestion de leurs traitements.

- Le Suivi et la Réévaluation

Enfin, le suivi et la réévaluation sont essentiels pour s'assurer de la sécurité du traitement à long terme. Le SAVA effectue un suivi régulier de l'état de santé de la personne. Les temps de réunions hebdomadaires permettent d'échanger sur l'évolution de santé de la personne et la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse. En collaboration avec les cabinets de soins infirmiers éventuellement en place, ils communiquent avec les médecins pour réévaluer les prescriptions en fonction de l'évolution de l'état de santé, des effets secondaires constatés ou des nouvelles pathologies. Ce suivi permet d'ajuster les traitements en temps réel, réduisant ainsi le risque médicamenteux.

L'intervention du SAVA à chaque étape du circuit du médicament permet d'assurer une prise en charge sécurisée, personnalisée et adaptée aux besoins des personnes accompagnées, minimisant ainsi les risques et optimisant les résultats thérapeutiques.

Nous avons également identifié des facteurs de risques afin d'anticiper la survenue d'événements indésirables en lien avec le circuit du médicament. Les axes prioritaires d'amélioration et de sécurisation sont regroupés en facteurs de protection. Ces différents facteurs (risques et protections) ont été déclinées en trois niveaux : au niveau de la personne accompagnée, au niveau du service (SAVA) et au niveau de la coordination.

Prévention et le traitement de la douleur

Les professionnels soignants du SAVA participent à la prévention et au traitement de la douleur.
Les entretiens soignants réalisés au domicile des personnes sont des moments privilégiés pour aborder la gestion de la douleur, dans la prévention, dans son évaluation ou son traitement.
L'évaluation de la douleur chez les personnes accompagnées est réalisée soit par la personne elle-même (auto évaluation), soit par l'aidant proche, l'IDEL ou par un professionnel d'Handicap Services Alister (hétéro évaluation). La douleur est évaluée et réévaluée régulièrement en fonction de l'état de santé de la personne. Elle nécessite une traçabilité pour observer l'évolution. Lors de visites à domicile, le soignant peut utiliser divers outils (entretien soignant, échelle de la douleur…). Le professionnel va prendre soin de différencier la douleur aiguë de la douleur chronique afin d'adapter son action et solliciter les partenaires les plus adaptés aux besoins de la personne.
L'échelle doit être adaptée à la personne, et une fois identifiée, elle est conservée tout au long de la prise en charge. Les professionnels du SAVA utilisent principalement l'Echelle Visuelle Analogique (EVA) qui permet l'auto-évaluation de la personne. D'autres échelles, permettant l'hétéroévaluation, pourront être mises en place à l'avenir.
Hormis le traitement médicamenteux et si la situation de santé de la personne le permet, les professionnels soignants peuvent mobiliser des techniques d'apaisement, de respiration et de communication.

Prévention et la maîtrise du risque infectieux

Handicap Services Alister a mis en place une cellule de gestion de la crise COVID en 2020 et qui a perduré pour se transformer en cellule d'hygiène. Cette cellule d'hygiène s'inscrit dans le projet d'établissement et est composée notamment de professionnels soignants de la plateforme et d'équipe de direction. Elle développe la stratégie de prévention et de maitrise du infectieux (cf. Plan bleu).

Depuis 2022, une convention existe avec l'équipe opérationnelle d'hygiène du GHRMSA (EOH) afin de faciliter le développement des projets pour notre structure en matière d'hygiène.
Ces orientations ont permis aux professionnels du SAVA de travailler sur leurs pratiques professionnelles, d'améliorer la gestion de leurs outils de travail tels que le port de la tenue professionnelle lors des soins ou l'usage de produits désinfection à portée de mains. Les professionnels du SAVA participent activement à la rédaction de protocoles concernant les précautions standards et utilisent leurs connaissances auprès des personnes accompagnées pour la réalisation d'actions éducatives en matière de santé et de gestion du risque infectieux.
Ainsi, des campagnes annuelles de sensibilisation à l'hygiène des mains en collaboration avec l'EOH et avec notre groupe de prévention et promotion en santé sont organisées avec et pour les professionnels du SAVA et les personnes accompagnées.

Développement de l'autonomie en santé

- Garantir à la personne sa position d'acteur de son projet de soins en favorisant sa compréhension.
- Personnaliser l'accompagnement des soins en s'adaptant aux capacités de compréhension et d'autonomie de la personne.
- Assurer un rôle d'éducation à la santé en adaptant la pédagogie aux capacités de la personne accompagnée et en lui permettant d'identifier la personne ou le professionnel à solliciter en fonction de son symptôme.
- Accompagner la prise de conscience de la personne de ce qu'elle peut faire ou pas de façon autonome dans les actes de la vie quotidienne et dans les activités de vie sociale.
- Faciliter et permettre l'expression des choix de santé de la personne par une communication adaptée.
- Réaliser des actions éducatives de prévention santé (équilibre alimentaire, hygiène…) et d'éducation de la personne à la réalisation d'un acte de soins.

Travail d'équipe en dynamique institutionnelle

- Participer au processus d'admission des personnes (prise de contact avant l'admission par exemple).
- Elaborer, coordonner et évaluer les projets de soins personnalisés.
- Assurer la transmission des informations nécessaires à l'accompagnement global des personnes.
- Participer à la gestion administrative des dossiers des personnes accompagnées (rédiger des écrits professionnels : bilans d'accompagnements, évaluations).
- Assurer la traçabilité de l'intervention (transmissions orales et écrites).
- Participer aux réunions institutionnelles, aux réunions d'équipe.
- Construire et respecter les procédures et protocoles du service.
- Participer aux actions de formation.

Travail en réseau

- Coordonner des parcours de soin entre des différents intervenants médicaux et paramédicaux (du soin).
- Rechercher et mobiliser les partenaires et dispositif du droit commun afin trouver des relais.
- Repérer les personnes ressource et associer les proches aidants en fonction du souhait de la personne.
- Transmettre des informations et articuler l'accompagnement avec les professionnels de l'association et les partenaires externes (libéraux médecins traitants, représentants légaux) afin de fluidifier le parcours de soins de la personne.
- Assurer un travail de coordination spécifique avec les infirmiers libéraux concernant la sécurisation de la délivrance des traitements

4.2.3.3. Nos interlocuteurs privilégiés

- ✓ Le réseau médical et paramédical de ville : les médecins traitants et spécialistes, les paramédicaux (IDE, kinésithérapeutes), l'HAD. Les échanges avec les IDE libéraux, notamment, sont pluriquotidiens.
- ✓ Le réseau hospitalier : interlocuteur privilégié de Handicap Services Alister lors de l'hospitalisation d'une personne accompagnée. Souvent à l'origine des demandes d'admission en sortie d'hospitalisation, notre collaboration favorise une bonne coordination de nos interventions. Depuis 2018 Handicap Services Alister est membre partenaire du Groupement Hospitalier de Territoire Haute Alsace (GHT 12) afin de formaliser ce partenariat historique et faciliter l'accès aux soins pour les personnes en situation de handicap. Dans cet esprit, une convention a également été signée avec les Hôpitaux Civils de Colmar et le GHT 11 en 2019. Les professionnels de Handicap Services Alister accompagnent les personnes au service des urgences mais peuvent aussi être soutien aux équipes hospitalières en cours d'hospitalisation et à la préparation à la sortie de l'hôpital. Les plateaux techniques de ces établissements sont régulièrement sollicités par les IDE du FAM hors les murs lors d'accompagnement à des soins techniques par exemple. Les professionnels hospitaliers nous donnent des conseils et informations quant à l'usage de nouveaux dispositifs (changement de matériels nécessitant un réajustement de pratique), des ajustements en mesure de précautions complémentaires d'hygiène (formation par l'équipe opérationnelle d'hygiène et les pôles de biologie du GHRMSA à la réalisation des tests antigéniques).
- ✓ Les établissements sanitaires avec lesquels des conventions ont été signées tels que l'UGECAM à Colmar, les Tournesols à Sainte Marie-aux-Mines, l'établissement de la MGEN aux Trois-Epis
- ✓ Le CAPH68 qui regroupe deux équipes mobiles portées par le GHRMSA : l'Equipe Mobile AVC et l'Equipe Mobile pour l'Orientation et l'Insertion des personnes victimes Traumatisme Crânien (EMOI TC 68). Il est un partenaire de proximité pour nombre des bénéficiaires de Handicap Services Alister.
- ✓ SOS médecins 68.
- ✓ CDRS (Centre de Repos et de Soins de Colmar) notamment pour le recours à la téléconsultation.

4.2.3.4. Perspectives de développement

Les perspectives de développement s'opèrent sur cinq orientations :

L'usage de la télémédecine

L'évolution de la dépendance des personnes accompagnées peut rendre complexe les déplacements hors du domicile. La téléconsultation s'inscrit comme levier facilitateur à la poursuite de la continuité des soins et au confort des personnes en situation de handicap.
La téléconsultation médicale pourra être mise en œuvre dans les cas suivants

Téléconsultations non programmées :

Dans quelles situations ?

- En l'absence du médecin traitant (indisponibilité congés, ou impossibilité de se déplacer dans un délai adapté à la situation), lors des nuits, des fériés et des week-ends.
- Notre partenaire (SOS Médecin) pourra être sollicité en cas de problème qui ne relève pas de l'urgence vitale. Les situations d'urgence vitale de type malaise, douleurs thoraciques, saignements abondants, difficulté à respirer, brûlure importante sont exclues du recours à la téléconsultation

Les principaux cas d'usage identifiés sont les suivants :

- Hyperalgie, céphalées intenses
- Hyperthermie
- Nausées, vomissements, troubles du transit, douleurs abdominales sévères
- Chute sans suspicion de fractures, sans plaies ouvertes
- Symptômes urinaires : hématurie, dysurie, suspicion de globe vésical
- Dyspnée, encombrements
- Convulsions persistantes ou 1ère crise d'épilepsie

Téléconsultations programmées :

Dans quelles situations ?

- Lorsque les délais de recours à la médecine générale ou de spécialistes sont jugés trop longs au regard de la problématique de santé de la personne accompagnée.
- Lors de carence de spécialistes
- Sur recommandation du médecin coordonnateur d'HSA

Les principaux cas d'usage identifiés sont les suivants :

- Odontologie
- Ophtalmologie
- Dermatologie
- Médecine générale
- Psychiatrie et troubles du comportement
- Pathologies de la personne vieillissante

> Développer l'accès à la téléconsultation médicale en travaillant en partenariat avec « SOS Médecins 68 » et le CDRS de Colmar.
> Ces nouvelles modalités d'accompagnement concernent les téléconsultations médicales mais seront élargies au télésoin et consultations paramédicales (infirmiers et ergothérapeutes).
> Elle permettra de réduire l'échappement aux soins des personnes accompagnées en réduisant la complexité de mise en œuvre et de déplacement.

L'harmonisation du dossier de soin

Chaque service a construit ses outils de traçabilité et de communication propres. Différents dossiers de soins spécifiques coexistent. Au cours du présent PE, nous travaillerons à l'harmonisation du dossier de soin partagé, à l'élaboration de procédures de mise à jour des données médicales tout en veillant au respect du secret médical.

Conformément au règlement général sur la protection des données (RGPD), entré en application le 25 mai 2018, les données de santé sont protégées.

Le RGPD donne une définition large des données de santé, qualifiées de données relatives à la santé physique ou mentale (passée, actuelle ou future) d'une personne physique, révélant des informations sur l'état de santé de cette même personne.

Sont considérées comme données personnelles relatives à la santé :

- Les données de santé par nature : les antécédents médicaux, une éventuelle maladie, la réalisation d'une prestation de soin, etc.
- Les données qui deviennent des données de santé à la suite d'un croisement avec d'autres données par exemple : croisement d'une mesure de poids avec d'autres données telles que le nombre de pas ou la mesure des apports caloriques.

- Les données qui deviennent des données de santé en raison de leur destination, c'est-à-dire de leur utilisation sur le plan médical.

Un dossier de soin médicalisé d'urgences (DMLU) existe pour l'ensemble des locataires des habitats inclusifs et pour les personnes accueillies au FAM de jour. Ce DMLU est géré par les IDE référentes des sites. Il ne peut être transmis aux autres professionnels non-soignants que de manière confidentielle et en cas de transferts vers les urgences.
Actuellement, le DMLU n'a pas de structuration identique sur tous les sites et n'est pas disponible pour personnes relevant du SAJ de Mulhouse.

> Un DMLU harmonisé sera mis en place sur l'ensemble des sites et des accueils de jour de Mulhouse. Par ailleurs, l'accès à un dossier de soins informatisé permettra de standardiser les outils et de faciliter l'accès à certaines données nécessaires aux professionnels des différents sites.

Travail en réseau avec les partenaires libéraux et institutionnels

Nos publics sont majoritairement vieillissants et porteurs de pathologies nécessitant des soins techniques et une coordination de plus en plus complexe.

> Poursuivre et développer le travail de partenariat avec les médecins et cabinets infirmiers libéraux ainsi que les structures d'accueil destinées aux Personnes Handicapées Vieillissantes (PHV).

Nous constatons l'accroissement de difficultés à trouver des partenaires relais enclins à accompagner les personnes en situation de handicap lourd. C'est particulièrement le cas lorsque la dépendance de la personne s'accentue et que les soins infirmiers deviennent plus importants. Ces ruptures d'accompagnement, parfois soudaines, par des partenaires libéraux nous mettent en difficulté, dans un contexte de raréfaction des disponibilités des professionnels libéraux.

> Selon les évolutions législatives à venir, nous envisageons d'élargir nos prestations directes de soin en nous appuyant les possibilités données par l'article 32 du PLFSS 2022.

L'accompagnement de la personne vieillissante et le développement d'axes de prévention

Notre champ d'activités est spécifique à la cérébro-lésion. L'ensemble de nos actions est tourné vers le maintien de l'autonomie et au domicile des personnes. Nous réalisons des accompagnements adaptés à la dépendance physique et cognitive et constatons parfois que les personnes que nous accompagnons présentent par ailleurs des déficiences visuelles ou auditives liées à l'âge.

> Une attention particulière aux signes précoces du vieillissement sera portée par l'ensemble des professionnels de la plateforme. Des entretiens soignants seront réalisés afin de détecter les besoins d'orientation vers des médecins spécialistes.

Accompagnement à la gestion des situations d'urgences

Handicap Services Alister accueille du public. Des filières médicalisées tels que le FAMJ existent tout comme des accueils de jours non médicalisés (Colmar). Les sites de CLA 68 peuvent proposer une sécurisation par le biais du FAM hors les murs. Ces accompagnement IDE et médicalisés sont possibles en journée et en horaires ouvrés.

En soirée, nuit, week-ends et jours fériés, pour les Habitas inclusifs, les équipes de CLA68 peuvent faire appel (en collaboration avec les IDE libéraux) au SAMU ou à SOS médecins en cas de situation d'urgence. Des procédures d'appel et de fiche de suivi des appels ont été formalisées.

> Pour accompagner la gestion des situations d'urgence, des kits standardisés comprenant des tensiomètres électroniques ou oxymètres de pouls sont mis à disposition sur l'ensemble des sites. Etant de droits communs, ceux-ci peuvent être utilisés par l'ensemble des professionnels de Handicap Services Alister. Des formations d'usage aux outils sont organisées en interne.

La nuit, pour les sites des habitats inclusifs, l'accompagnement de la gestion des situations d'urgence est encadré par les veilleurs de nuits. Ceux-ci sont soit présents sur sites (aux Maisons Familiales et aux Appartements de Grande Dépendances) soit joignables par téléphone (pour les sites de la Mava et du Phénix). Former les professionnels aux gestes d'urgences est également un socle de prévention important.
Le DMLU (en cours d'uniformisation sur tous les sites de Handicap Services Alister) est un outil de liaison avec les professionnels de l'urgence (SOS médecins, service des Urgences hospitaliers).

Lors de situations d'urgences, il se peut que la famille soit indisponible ou inexistante. Nous constatons au sein des habitats inclusifs que la majeure partie des locataires vit seule et/ou sans aidant à proximité.

> L'accompagnement au service des Urgences par Handicap Services Alister est proposé et ce d'autant plus lorsque la situation de santé ne permet pas à la personne accompagnée de se trouver en sécurité physique, cognitive et psychologique en étant seule (ex : personne ayant des troubles de la communication et qui ne peut s'exprimer son besoin aux équipes des Urgences, personne ayant des troubles de la mémoire…). Chaque situation est étudiée au cas par cas et selon les effectifs à disposition au sein des différents sites.

4.2.4. Coordination des parcours

La coordination de parcours est une prestation qui peut être délivrée par tous les professionnels de la plateforme.
Une direction de la coordination des parcours s'assure de sa mise en œuvre dans les dimensions suivantes :

- L'articulation des prestations de façon transversale en fonction des besoins des personnes.
    - Elle induit une supervision du fonctionnement en plateforme qui doit permettre la mobilisation des prestations selon les besoins de la personne de façon souple et articulée autour de son projet d'accompagnement personnalisé.

> Des modalités d'accompagnement nouvelles sont en cours d'élaboration. Par exemple la possibilité de faire bénéficier d'une place vacante au SAJ de façon temporaire à une personne accompagnée par un autre service, la possibilité de délivrer des prestations de notre SAAD en dehors des habitats inclusifs, la possibilité de faire bénéficier des ateliers d'apprentissage du

SAVA à des personnes accompagnées par le SAMSAH et les habitats inclusifs ou encore faire appel au SAMSAH pour de l'expertise /plans de compensation/ accompagnement au domicile de situations de ruptures….

- Un projet d'accompagnement plateforme
  Afin de mieux coordonner, fluidifier les accompagnements en cohérence avec les besoins et attentes de la personne, un Projet d'Accompagnement Personnalisé partagé par la plateforme sera réalisé. Il permettra pour les personnes dont le projet mobilise des prestations de plusieurs services de rassembler ces professionnels autour d'un même projet d'accompagnement.

Un axe de développement est identifié pour décliner une procédure d'accompagnement global et les modalités pratiques de formalisation des projets d'accompagnement. L'importance d'un système d'information qui permette de centraliser les informations, les projets d'accompagnements et permettre des interactions entre les professionnels des différents services est soulignée.

- Les partenariats, les réseaux, les coopérations
  Il s'agit d'identifier les partenaires ressources qui permettent de mieux répondre aux besoins des personnes et fluidifier leurs parcours et de co-construire un accompagnement adapté aux besoins de la personne.
  Ces coopérations peuvent donner lieu à une formalisation des modalités de collaboration. La formalisation des partenariats par le biais de conventions doit être suivie afin d'en mesurer l'effectivité et la pertinence.
  La fonction ressource de notre plateforme[9] s'appuie sur les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) en la matière. Elle consiste à partager notre expérience, nos compétences avec des professionnel qui se trouvent en difficulté dans l'accompagnement de situations complexes.

Objectif : développer encore les coopérations, mobiliser les acteurs autour d'une problématique identifiée sur un territoire dans la constitution de réseaux. Tracer et suivre l'effectivité des conventions.
Nous suivrons la mise en place des DAC (Dispositif d'Appui à la Coordination).[10]

5. COLLABORATIONS RESEAUX ET PARTENARIATS

Le SAVA s'inscrit dans un large réseau qui oriente des candidats, participe au parcours individualisé ou contribue à la qualité de l'accompagnement des bénéficiaires.

5.1. Nos instances et tutelles :

-La CeA (Collectivité européenne d'Alsace) qui réunit l'ancien Conseil Départemental du Haut-Rhin (CD68) et celui du Bas-Rhin. Elle co-finance notre service et la MDPH oriente les personnes vers notre équipe. Interlocuteurs incontournables des équipes pour les évaluations PCH, les modifications de plans d'aide, les placements en établissement et toutes les informations concernant la veille juridique en matière de handicap.

[9] https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/web_rbpp_coordination.pdf
[10] Les dispositifs d'appui à la coordination sont des dispositifs uniques qui viennent prioritairement en appui aux professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux faisant face à des situations complexes liées notamment à des personnes cumulant diverses difficultés. Ils remplaceront d'ici juillet 2022 les MAIA, CLIC, plateformes territoriales d'appui (PTA).

La fusion des MDPH du Haut Rhin et du Bas-Rhin au 1er janvier 2022 induit de nouveaux fonctionnements et de nouveaux partenariats qu'il conviendra renforcer pour conserver ce lien étroit indispensable à la réactivité de nos interventions.

-L'Agence Régionale de Santé Grand-Est, co-financeur de notre service sur le forfait soins.

5.2. Nos partenaires sanitaires :

Parmi les partenaires historiques privilégiés du SAVA figurent en bonne place :
-Le Groupe Hospitalier de la Région de Mulhouse Sud-Alsace : principal centre hospitaliser du Haut-Rhin, regroupant au sein du GHT 12 tous les établissements hospitaliers du territoire.
-Le Centre de Réadaptation de Mulhouse : établissement de rééducation, de soins et de formation professionnelle qui accueille des personnes en situation de handicap.
-Les établissement de Soins de Suite et de Réadaptation - Groupe MGEN aux Trois-Épis, UGECAM et CDRS de Colmar
-Le réseau médical et paramédical de ville : comprend les médecins traitants, les médecins spécialistes, les paramédicaux, l'HAD Sud Alsace.
-Les fournisseurs de matériel médical et paramédical : pour des essais d'aides techniques ou la livraison et l'entretien du matériel, cette collaboration est gage de réactivité et de qualité pour les personnes accompagnées.

5.3. Nos partenaires médico sociaux :

-La Fondation IDS « le Phare » qui accompagne les déficients sensoriels (visuels et auditifs) dans des formations spécifiques.
-Le SAMSAH APBA de Mulhouse est un dispositif médico-social qui a la particularité d'être destiné à des personnes avec autisme sans déficience intellectuelle.
-L'institut « Les acacias » : Institut d'Education Motrice (IEM) de l'APF
-La résidence Marc Duval de de Pfastatt : foyer d'accueil médicalisé pour adultes handicapés
-Le S.A.V.S. APF de Mulhouse, est un service social classifié Service d'accompagnement à la vie sociale.
-Le Centre Ressources Autisme de l'Hôpital de Rouffach, accompagnement des locataires concernés et formation sur la pathologie autistique.
-Le Centre d'Accueil de Jour « La Chrysalide » de l'APF propose des activités créatives et valorisantes : sport, relaxation, Internet, musique, théâtre, photo-vidéo, arts plastiques…
-Le CAPH68 : regroupe deux équipes mobiles portées par le GHRMSA : l'Equipe Mobile AVC et l'Equipe Mobile pour l'Orientation et l'Insertion des personnes victimes Traumatisme Crânien (EMOI TC 68). Il est un partenaire de proximité pour nombre des bénéficiaires de Handicap Services Alister.

- La convention de partenariat avec le SAMSAH Autisme APBA
Le SAVA s'inscrit dans un réseau qui lui oriente des candidats ou améliore l'accompagnement de ses bénéficiaires : une convention de partenariat a été signée avec l'ADAPEI Papillons Blancs d'Alsace (APBA).
Les deux partenaires s'associent pour développer l'autonomie et l'accès à l'habitat en milieu ouvert de jeunes adultes accompagnés par l'APBA. La mise à disposition d'un studio meublé de la MaVA , complété par un accompagnement conjoint du SAVA et des services de l'APBA (SAMSAH TSA sans déficience / PCPE / IMPRO/ Expérimentation Creton).

Signature de la convention le 11 avril 2019.
En présence des présidents, des directeurs généraux et des équipes des deux associations.

.

5.4. Les partenaires territoriaux :

-Les bailleurs sociaux et principalement M2A Habitat: ce partenariat indispensable facilite grandement la recherche de logements adaptés.
-La Ville de Pfastatt
- La ville de LUTTERBACH

5.5. Les partenaires socio-culturels :

-La Filature : Scène nationale qui a une convention avec Handicap Services Alister depuis 2008.
-SIEL Bleu : Association nationale pour l'accès au sport adapté.
- Culture du cœur : Association qui s'investit dans la lutte contre l'exclusion, en favorisant l'accès à la culture, aux loisirs et aux sports à des personnes en situation de précarité sur le département du Haut-Rhin

5.6. Les associations d'usagers :

-Le GEM EVASION : Groupe d'Entraide Mutuelle dédié aux personnes cérébrolésées, cette association a signé deux conventions de parrainage et de gestion avec Handicap Services Alister qui est à l'origine de sa création et qui finance 10 « pass » permettant aux locataires de ses habitats inclusifs, dont la MaVA, de participer aux activités des « Gémeurs ».
-Domaine Nature Mulhouse : GEM proposant des activités ludiques, sportives, de bien-être et culturelles pour les personnes en situation de handicap.
-La Navette : GEM accueillant des personnes en situation de handicap psychique ainsi que des personnes fragiles et/ou en exclusion. C'est aussi un café social ouvert à tous favorisant la mixité, les échanges et les rencontres.
-La Maison de l'Autisme de Mulhouse (MAM), GEM pour personnes autistes

5.7. Les réseaux

La constitution de réseaux s'entend par la collaboration sur la base du volontariat et dans une zone géographique donnée de professionnels du médico-social, de la santé, de l'hébergement et de l'insertion professionnelle.
L'objectif d'un réseau est de répondre à des problématiques communes et d'améliorer la réponse à des besoins non couverts.

L'association Handicap Services Alister est activement représentée au sein de multiples réseaux :

- Le réseau INTER-SAMSAH D'ALSACE : sous l'impulsion en 2018 du SAMSAH APEI Centre Alsace une rencontre des SAMSAH d'Alsace a lieu tous les trimestres. Ces rencontres ont pour objectif de favoriser l'échange entre les professionnels des différents SAMSAH.
- Le groupe de travail des SAVS 68 : réunit les chefs de services des SAVS du Département du Haut Rhin autour de l'harmonisation des pratiques, de la transformation de l'offre et de l'appropriation de la nomenclature SERAFIN PH.
- Membre du Conseil d'Administration de la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) de Mulhouse Agglomération
- Membre du réseau ALSACEP dédié aux personnes souffrant d'une sclérose en plaques, avec du personnel commun mis à disposition.
- Partenaire du centre de compétence SLA du CHU de Strasbourg
- Membre du réseau pour l'autonomie des personnes en situation de handicap du Haut-Rhin (RAPH 68, avec duquel l'expérience de télémédecine su SAMSAH sera partagée)
- Membre du bureau de la CDCA du Haut Rhin
- Membre du CA de l'HAD Sud Alsace
- Partenariats engagés sur la télésanté avec SOS médecin de Mulhouse, CDRS Colmar, Ugecam Colmar.
- Convention avec le bailleur social M2A Habitat et Pôle Habitat Colmar-Centre Alsace.

6. LES PRINCIPES DE L'ACCOMPAGNEMENT

6.1. LE RESPECT DES VALEURS ASSOCIATIVES

Dynamisme

- Anticipation des projets de sortie du dispositifs pour pouvoir reperer les eventuels obstacles.
- Réactivité dans l'accompagnement des personnes et leurs besoins.
- Réactivité au sein de l'équipe dans les transmissions d'informations entre collègues, discussions lors des réunions.
- Être dans une dynamique de formation et d'évolution constante afin d'améliorer nos prises en charge.

Esprit d'équipe

- Partenariat et soutien entre les differents metiers /competences
- CLA 68 et SAVA travaillent en complementarité pour le projet de vie de la personne
- Des temps conviviaux en équipe qui renforcent le sentiment de bonne ambiance dans l'équipe ce qui facilite le travail d'équipe.
- Rencontre en plateforme pour travailler le projet de la personne.

Respect

- La personne accompagnée est au cœur de la prise en charge, dans le respect de ses besoins, de ses croyances, de son rythme de vie, de ses souhaits,de ses apacités.
- Rien n'est fait sans l'accord de la personne accompagnée.
- Respect du secret médical et des règles inhérentes à nos métiers.
- Le respect du travail des partenaires
- Le respect des règles de sécurité et du matériel mis à disposition (voitures, tél, PC…).

Exigence

- L'équipe exige d'elle-même d'être réactive, rigoureuse, dans l'écoute active des personnes accompagnées. Exigence de savoir etre et savoir faire professionnel.
- Evaluation reguliere des objectifs a atteindre dans le PPA.
- Exigence sur les recherches d'outils pedagogiques adapté aux personnes
- Mesure annuel de la satisfaction des personnes sur les services

6.2. DES PRINCIPES D'ACCOMPAGNEMENT PARTAGES

Les professionnels de la plateforme ont défini des grands principes d'accompagnement. Ceux-ci sont communs à l'ensemble des services :

- Adapter l'accompagnement à chaque personne, de proposer un accompagnement « sur-mesure ».
- Innover, être créatifs dans la construction de solutions.
- Associer systématiquement la personne à son accompagnement.

- Valoriser les ressources et les compétences de la personne dans l'objectif de favoriser son autonomie.
- Favoriser l'inclusion des personnes, considérer la personne en tant qu'individu à part entière ce qui signifie également en tant que citoyen qui a des droits mais également des devoirs.
- Favoriser l'auto détermination en considérant la personne accompagnée en tant que partenaire pour la réalisation de son projet.
- Agir dans la bientraitance, sécuriser les personnes qui rencontrent des situations de vulnérabilité.
- Partager les informations lorsqu'elles sont utiles à l'avancement du projet de la personne ou à l'amélioration de la qualité de son accompagnement.

La gestion des injonctions paradoxales…

Les professionnels sont très régulièrement confrontés à des paradoxes où des principes d'accompagnement, des valeurs ou des droits peuvent se heurter.

Ainsi les notions de sécurité et d'autodétermination se déclinent dans notre quotidien en respect des préconisations de soins et respect des choix de la personne.

Les demandes des personnes accompagnées peuvent parfois aller au-delà de la simple compensation du handicap. Les réponses à ces sollicitations peuvent conduire les professionnels à adopter une posture sur protectrice et parfois infantilisante incompatible avec les concepts d'inclusion et de compensation du handicap.

Le SAMSAH observe une tendance à compenser avant d'avoir identifié les ressources des personnes, ce qui engendre des incompréhensions lorsque l'équipe souhaite travailler l'autonomie ou bien se retirer de l'accompagnement.

Sur la gestion de ces paradoxes, nous appliquons scrupuleusement les recommandations de l'HAS qui indiquent que « chaque établissement a sa réponse propre, qui constitue en quelque sorte sa carte d'identité, son positionnement éthique et technique ».

> Les équipes émettent le souhait d'un espace de réflexion au sujet de ces questionnements. Cet espace doit permettre de confronter des logiques d'accompagnement ressenties comme intuitives à des notions juridiques, déontologiques, éthiques et sociétales. L'objectif est de créer un espace d'échange au sujet de ces questionnements.

6.3. LA PROMOTION ET LA GARANTIE DES DROITS DES PERSONNES ACCOMPAGNEES

6.3.1. Le respect des droits des usagers :

La loi du 2 janvier 2002 (codifiée à l'article L311-3 du CASF) reconnaît à la personne accompagnée sept séries de droits :

- Le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité et de sa sécurité ;
- Le libre choix entre les prestations qui lui sont proposées ;
- Un accompagnement individualisé et adapté, respectant le consentement éclairé de la personne et sa participation à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accompagnement ;
- La confidentialité des informations la concernant ;
- L'accès à toute information ou document relatif à sa prise en charge, sauf dispositions législatives contraires ;

- Une information sur ses droits fondamentaux : respect de la dignité, de la vie privée et des liens familiaux, de l'intimité et de la sécurité …

Pour assurer l'accès effectif de ces droits, la loi 2002-2 rend obligatoire un certain nombre d'outils et de documents :

- **le projet d'établissement ou de services** définit les objectifs de l'établissement ou du service notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que les modalités d'organisation et de fonctionnement. Il est établi pour une durée de cinq ans.
- **le livret d'accueil** permet à la personne de connaitre de façon précise les services mis à sa disposition.
- **la charte des droits et libertés** (en annexe du livret d'accueil) vise à garantir le respect des droits fondamentaux (non-discrimination, droit à une prise en charge, droit à l'information, le libre choix, droit à renoncer, droit au respect des liens familiaux, droit à la protection, droit à l'autonomie, droit à la pratique religieuse, respect de la dignité et de l'intégrité…)
- **le contrat de séjour ou DIPC** (Document Individuel de Prise en Charge) détaille la liste et la nature des prestations offertes.
- **le règlement de fonctionnement** définit les droits et les obligations de la personne accueillie.

La loi prévoit également deux instances : un médiateur/conciliateur et le conseil de vie sociale.

> Dans la dynamique du projet d'établissement, l'ensemble de ces documents seront révisés pour qu'ils soient harmonisés et en cohérence avec les valeurs, missions et principes qui y sont décrits.

6.3.2. La protection des informations et données à caractère personnelles[11]

Le salarié est tenu de respecter la confidentialité des informations concernant les personnes accompagnées et a une obligation de discrétion professionnelle. Le professionnel de santé et le travailleur social est quant à lui soumis à l'obligation légale stricte de respect du secret professionnel.

Un document de consentement à l'utilisation des données personnelles est soumis à chaque personne dès le début de son suivi par l'équipe.[12]

Les données collectées doivent être exclusivement consignées dans le dossier de l'usager informatisé (D.U.I), **IMAGO**.

Les professionnels doivent en outre respecter la charte informatique[13] de l'établissement relative à l'utilisation des outils informatiques dans le cadre professionnel.

6.3.2.1. La pertinence des données collectées :

Il est rappelé aux professionnels que seules les données nécessaires à la poursuite de l'accompagnement sont effectivement collectées et traitées. Sont en principe considérées comme pertinentes, les données suivantes relatives :

- à l'identification des personnes accompagnées, le cas échéant, de leurs représentants légaux ;

---

[11] Référentiel relatif aux traitements de données à caractère personnel mis en œuvre dans le cadre de l'accueil, l'hébergement et l'accompagnement social et médico-social des personnes âgées, des personnes en situation de handicap et de celles en difficulté, CNIL, 2021. Consulter.

[12] Consentement au traitement des données personnelles, lien d'accès AGEVAL : https://alister.ageval.fr/documents.php?dossier=594479&preview_fichier=1312676

[13] Charte informatique Handicap Services Alister

- à la vie personnelle ;
- au parcours professionnel , de formation dans le cadre de l'aide à l'insertion professionnelle des personnes ;
- aux conditions de vies matérielles ;
- à la couverture sociale ;
- à l'évaluation sociale et médico-sociale de la personne concernée ;
- au type d'accompagnement et aux actions mis en œuvre ;
- à l'identification des personnes concourant à l'accompagnement médico-social et à l'entourage susceptible d'être contacté.
- Le traitement des données suivantes doivent être soumises à une vigilance renforcée, il s'agit :
- du NIR et de l'identifiant national de santé ou INS (articles L. 1111-8-1 et R. 1111-8-1 et suivants du code de la santé publique) qui font l'objet d'une réglementation spécifique et ne peuvent être enregistrés dans le traitement que dans le cadre des échanges avec les professionnels de santé ou les organismes de sécurité sociale, de prévoyance et les MDPH. L'INS ne peut être utilisé que par les professionnels du secteur sanitaire social et médico-social intervenant dans la prise en charge sanitaire ou médico-sociale de l'usager ;
- des données relatives aux infractions, condamnations pénales et mesures de sûreté connexes qui ne peuvent être traitées que si- elles sont strictement nécessaires dans le cadre des actions mises en œuvre en faveur des personnes détenues ou placées sous-main de justice, d'une part, et dans le cadre de l'aide et du soutien des victimes d'infractions ou des familles de personnes détenues ou si elles permettent d'établir l'existence d'une situation de maltraitance passée ou en cours afin d'adapter l'accompagnement de la personne concernée.
- des données dites « données sensibles », qui concernent l'origine ethnique, les opinions politiques, les convictions religieuses ou philosophiques ou l'appartenance syndicale d'une personne, les données génétiques, les données biométriques, les données concernant la santé ou celles concernant la vie sexuelle ou l'orientation sexuelle d'une personne. Ces données ne peuvent être collectées que si elles sont indispensables aux fins liées à la personnalisation de son accompagnement et avec son consentement libre et éclairé.

6.3.2.2. Les destinataires des données

Le RGPD définit les destinataires comme « tout organisme qui reçoit la communication des données ».
Avant toute communication des informations il faut s'interroger sur la finalité de la transmission afin de s'assurer de sa pertinence et de sa légitimité et, d'autre part, vérifier que les données communiquées sont adéquates, pertinentes et non excessives au regard de la finalité poursuivie.
Peuvent être destinataires des données (liste non-exhaustive) :

- *s'agissant de données traitées par une personne soumise au secret médical/professionnel, les professionnels et tout membre du personnel membre de la même équipe de soins ou non et n'exerçant pas au sein du même établissement, sous réserve dans ce dernier cas du recueil du consentement de la personne concernée conformément aux dispositions de l'article L. 1110-4 du CSP, qui participent à une ou plusieurs des finalités susvisées ;*
- *les personnes appelées à intervenir dans la gestion financière et successorale du patrimoine de la personne ayant fait l'objet d'un accompagnement et d'un suivi ;*
- *les organismes instructeurs et payeurs de prestations sociales ;*

- *les organismes financeurs et gestionnaires, s'agissant exclusivement de données préalablement anonymisées, à l'exception de ceux autorisés par une disposition légale ou réglementaire à obtenir la communication de données à caractère personnel des personnes accompagnées ;*
- *les autorités administratives compétentes mentionnées par les dispositions des articles R. 331-8 et suivants du CASF, s'agissant exclusivement de données préalablement anonymisées, dans le cadre des signalements de dysfonctionnement grave ou évènement ayant pour effet de menacer ou de compromettre la santé, la sécurité ou le bien-être des personnes prises en charge.*[14]

6.3.2.3. Sécurité des données

- Gestion des Accès : Les accès aux données personnelles sont limités aux professionnels qui en ont besoin pour accomplir leurs tâches. Ils disposent d'identifiants nominatifs utilisant des méthodes d'authentification forte (mots de passe complexes[15]).
- Protection des Supports de Données : les documents physiques contenant des données personnelles sont stockés dans des armoires verrouillées. Les documents obsolètes sont détruits de manière sécurisée.
- Utilisation des outils informatiques : les sessions informatiques ouvertes sont verrouillées dès que le professionnel s'absente. Les mises à jour des logiciels, y compris les systèmes d'exploitation et les antivirus, sont réalisées dès que proposés.
- Transmission sécurisée des données : conformément à charte informatique les moyens de communication sécurisés (MSSANTE et IMAGO) sont les seuls supports autorisés pour transmettre des données personnelles.
- Prudence lors de l'envoi : les professionnels vérifient soigneusement les destinataires avant d'envoyer des informations sensibles.
- Gestion des incidents de sécurité : ils signalent à la cheffe de service tout incident de sécurité.

6.3.2.4. Le délégué à la protection des données

Un Délégué à la Protection des Données (DPO) est nommé pour l'association, il s'agit de Audrey BIECHELIN-MORRA. Elle peut être contactée par mail audrey.biechelin@alister-autonomie.fr
Le DPO veille à ce que l'association respecte les réglementations en vigueur concernant la protection des données personnelles, notamment le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD).Il s'assure que les données soient protégées adéquatement et que leur traitement est conforme aux exigences légales.
Il est le point de contact avec la CNIL et coopère avec elle sur les questions relatives au traitement des données personnelles.

6.3.3. LE CONSEIL DE LA VIE SOCIALE

Le conseil de la vie sociale, CVS , également créé par la loi du 2 janvier 2002 favorise l'expression et la participation des personnes accompagnées et de leurs familles à la vie de la structure.

---

[14] Extrait du référentiel relatif aux traitements de données à caractère personnel mis en œuvre dans le cadre de l'accueil, l'hébergement et l'accompagnement social et médico-social des personnes âgées, des personnes en situation de handicap et de celles en difficulté, CNIL, 2021

[15] Procédure de sécurisation du mot de passe.

Il s'agit d'une instance élue pour trois ans, composé de représentants des personnes accompagnées, des familles, du personnel de l'établissement et de l'organisme gestionnaire. Il se réunit trois fois par an. Son rôle est de donner son avis et faire des propositions sur toutes les questions liées au fonctionnement de l'établissement : qualité des prestations, amélioration du quotidien, du cadre de vie…
Le conseil de la vie sociale peut inviter qui il souhaite à participer à une de ses réunions, en fonction de l'ordre du jour.
Les représentants des personnes accompagnées et des familles élus sont les interlocuteurs privilégiés des personnes qui n'y siègent pas. Avant la tenue d'un conseil, ils peuvent passer les voir et recueillir leurs remarques pour en faire part lors de la réunion.
Le conseil de la vie sociale doit obligatoirement être consulté sur des documents importants, dans le cadre de leur élaboration ou de leur révision : le règlement de fonctionnement de l'établissement et le projet d'établissement.
Le rôle du conseil de la vie sociale est consultatif. La direction doit tenir compte des avis du conseil de la vie sociale mais elle reste responsable des décisions relatives à la gestion de l'association.

> Nous souhaitons renforcer le rôle du CVS pour qu'il soit saisi de façon plus systématique en réponse au souhait de participation à l'organisation des services exprimé par les personnes accompagnées.

7. L'ORGANISATION DU SERVICE

Le fonctionnement du service accorde une importance particulière à l'organisation et aux définitions des missions de chacun.
•Des regards croisés des différents professionnels ;
•Une analyse globale et approfondie de la situation ;
•Un échange et partage d'informations lors de la formation d'un collègue ;
•Une priorisation des situations traitées selon l'urgence évaluée.

7.1. UN FONCTIONNEMENT EN FILE ACTIVE

Bien que le SAVA intervienne de façon plus soutenue auprès des locataires de la MaVA qui propose 10 studios, l'équipe intervient également dans la deuxième étape auprès des locataires qui auront trouvé un logement de droit commun.
Le SAVA peut également au titre du fonctionnement en plateforme de services mobiliser des prestations d'apprentissage pour les personnes accompagnées par d'autres services.

7.2. L'AMPLITUDE DU SERVICE

Le SAVA intervient principalement en intra.

Les horaires, l'accueil physique, téléphonique
L'ensemble des professionnels dispose d'un smartphone et d'un accès informatique soit sur un poste fixe soit sur un ordinateur portable.
Le SAVA est ouvert du lundi au vendredi. Un accueil téléphonique les mêmes jours de 8h30 à 12h30 et de 13h30 à 17h. Les horaires de travail des professionnels peuvent varier en fonction des besoins de certains accompagnements.

Les accompagnements individuels
Les visites à domicile : Le domicile des personnes accompagnés étant attenant au service, les déplacements en sont facilités. Néanmoins, Un véhicule de service adapté est à la disposition des salariés pour le suivi post SAVA ainsi que pour les accompagnements extérieurs.
Les entretiens dans les locaux professionnels : les personnes pouvant se déplacer ou leur entourage ont la possibilité de se rendre dans les locaux du SAVA pour y rencontrer les professionnels qui les accompagnent. C'est également le lieu privilégié pour les apprentissages collectifs
Les réunions de synthèse : Ces réunions rassemblent plusieurs intervenants qui accompagnent la personne. Elles peuvent avoir lieu en présence ou en dehors de la présence de la personne. Elles permettent de débloquer une situation, de faire un point sur l'accompagnement, d'aider la personne à identifier qui fait quoi …

Les accompagnements collectifs
Ils permettent de proposer des temps conviviaux pour des actions de loisir ou pour des informations en lien avec la santé, les démarches administratives, les réunions de locataires etc….

La coordination (usuelle et complexe)
Les personnes accompagnées par le SAVA présentent pour la plupart des situations de handicap entraînant de lourdes déficiences avec des problématiques de santé associées. Les acteurs du maintien à domicile sont nombreux et issus de secteurs divers (professionnels libéraux, praticiens hospitaliers, services sociaux, mandataires judiciaires, services prestataires, SSIAD, fournisseurs de matériel médical…). Une coordination intensive est nécessaire et assurée par l'équipe du SAVA.

Le recours à la téléconsultation
Ce mode d'intervention apparaît depuis la crise sanitaire du COVID.

> Son utilisation sera déployée selon les modalités du projet de soins décliné dans le présent document.

7.3. COMPETENCES ET QUALIFICATIONS :

LE CHEF DE SERVICE a pour mission de coordonner l'équipe pédagogique et de superviser la préparation à l'insertion sociale, au suivi des parcours de formation et à la mise en place des outils pédagogiques adaptés. C'est la personne ressource pour les familles des bénéficiaires, les partenaires du SAVA et des services d'aide à domicile qui interviennent quotidiennement dans les studios (CLA 68 et services de prestations ménagères).

MEDECIN MPR, plus particulièrement chargé des méthodes d'évaluation et de l'expertise pédagogique du programme de formation, son avis est important dans la sélection des candidats. Il est le garant médical du dispositif et l'interlocuteur des médecins traitants.

L'ERGOTHERAPEUTE a la mission d'évaluer l'autonomie des bénéficiaires, d'établir les besoins en aides techniques et humaines, d'être l'interlocuteur privilégié de la CDAPH pour l'établissement des plans d'aide et l'évaluation de la PCH qui permettra de rémunérer les services d'aide à domicile. Cette compétence est primordiale dans l'évaluation des progrès et la progression du parcours de formation vers l'autonomie et estimer l'adaptabilité et la qualité de l'environnement du logement choisi par le bénéficiaire.

L'IDE[16] assure les actions de soins définies par le corps médical et supervise la continuité des soins quand ils sont effectués par des prestataires extérieurs. Elle est plus particulièrement chargée de l'éducation thérapeutique aux soins et de la pédagogie liée à la santé : prévention et supervision de l'hygiène, accompagnement physique vers les professionnels, coordination des différents intervenants santé.

LES AIDES-SOIGNANTES : assistent l'IDE dans la continuité des soins et est personne ressource pour les aides à domicile mais aussi pour trouver les officines, cabinets médicaux accessibles. Elle accompagne le bénéficiaire chez son futur médecin traitant et fait le lien avec les infirmières libérales. Elle participe et évalue les capacités des personnes aux actes de la vie quotidienne, tant au niveau des soins, de l'hygiène et de l'équilibre alimentaire. Elle veille au bien être des personnes.
L'Assistante sociale accompagne les parcours des bénéficiaires dans toutes les étapes de la progression vers l'autonomie et l'inclusion sociale, elle soumet les plans d'aide à la commission d'attribution de la PCH de la MDPH et est la personne de ressource pour toutes les aides et la recherche des logements et des aides à domicile. Elle évalue et participe à l'apprentissage de la gestion administrative avec une médiation auprès de divers organismes, la rédaction ou l'aide pour rédiger les courriers, le classement des documents.

LA CONSEILLERE EN ECONOMIE SOCIALE ET FAMILIALE accompagne et intervient dans les conseils, formations et informations de la vie quotidienne fait de la pédagogie dans la gestion des budgets, la communication, la gestion du temps, l'apprentissage a la préparation des repas, l'accompagnement pour l'organisation des emménagements et déménagements.

7.4. Fonctions et délégations

FONCTION COORDINATION PARTENAIRES

M.L. CESF
Elle identifie en concertation avec le chef de service les actions de partenariat à mener et est amenée à représenter le SAVA lors de réunions de synthèses, avec ou en l'absence du chef de service

7.5. LES REUNIONS

La réunion de service

Elle a lieu de façon hebdomadaire. Cette réunion pluridisciplinaire est l'occasion d'exposer les situations suivies et de coordonner les interventions des différents professionnels de l'équipe.
Une première partie concerne l'évolution du parcours des personnes accompagnés, les difficultés rencontrés, les solutions envisageables et /ou les prises de décisions. Une deuxième partie concerne les informations dont il convient de prendre connaissance et enfin un point divers. Chaque professionnel peut partager un avis même sans intervenir dans la situation.
Un compte rendu de la réunion est réalisé lors de la réunion et immédiatement disponible sur le réseau informatique.

Les réunions transversales

Elles ont lieu mensuellement et rassemblent les professionnels du SAAD CLA 68, et un représentant du SAVA

[16] Infirmière Diplômée d'Etat.

Nous souhaitons étendre ces rencontres transversales dans le cadre de la procédure d'accompagnement plateforme qui intègrera la co-construction d'un projet d'accompagnement personnalisé en présence de la personne accompagnée.

CODIR

La direction et les cadres se réunissent deux fois par mois pour aborder les points concernant le fonctionnement inter-service. Le Président de l'association Handicap Service Alister et médecin coordonnateur est présent une fois par mois.

Réunions de fonctionnement

Des réunions de fonctionnement s'organise « au besoin » de l'équipe qui permet d'évoquer les difficultés rencontrées liées au fonctionnement et de réfléchir à des axes d'amélioration.

7.6. LA TRACABILITE

7.6.1. Des informations au sujet des personnes accompagnées

Un dossier informatisé est créé pour chaque personne accompagnée qui contient : la demande d'accompagnement, les observations, les actions réalisées par chaque professionnel référent, les échanges de mails significatifs, le DIPC le PPA. La partie médicale contient des documents médicaux tels que les comptes rendus d'hospitalisation et n'est accessible qu'aux professionnels soignants de l'équipe.
En support, un dossier papier peut être conservé pour faciliter la prise de notes lors des visites au domicile.
Ce dossier est accessible par la personne accompagnée (loi 2002) dans les conditions prévues par la loi ou la règlementation. La communication de ces informations, ou documents, par les personnes habilitées à les communiquer s'effectue avec un accompagnement adapté de nature psychologique, médicale, thérapeutique ou socio-éducative conformément à la législation. Les informations sur ce sujet sont données dans le livret d'accueil.

7.6.2. De l'activité

Les actes réalisés sont systématiquement tracés dans un registre informatisé par chaque professionnel. L'exploitation de ces données permet la réalisation des rapports d'activité, le pilotage et la gestion de l'activité du service. Une base de données est renseignée afin de centraliser les informations nécessaires à l'accompagnement.

7.6.3. Vers une traçabilité harmonisée

Ce travail a commencé en 2021. Un consultant nous accompagne dans la phase d'harmonisation de la traçabilité des activités. Ainsi après avoir identifié des activités réalisées sur chaque unité de travail, celles-ci ont été centralisées puis harmonisées. Elles sont ensuite traduites selon la nomenclature SERAFIN PH.
Un outil de traçabilité sera mis en place au SAMSAH et au SAVA dès janvier 2022.

Un objectif d'amélioration est identifié sur l'ensemble de la plateforme dans la mise en place d'un système d'information qui permette : une centralisation des informations, une traçabilité harmonisée des activités et la traduction de l'activité de plateforme en réponse aux besoins des personnes.

Cela nous permettra d'identifier les besoins éventuellement non couverts et faire évoluer notre catalogue de prestations. Les besoins et prestations seront traduites par la nomenclature SERAFIN PH. Le suivi de l'évolution des besoins permettra une adaptation des moyens et ressources au plus près de ces évolutions. A terme un dossier unique permettra de centraliser et sécuriser ces informations.

8. LA DEMARCHE QUALITE

8.1. Notre vision de la démarche qualité

La démarche qualité bien qu'existante dans chaque service a été formalisée de façon transversale en 2018 à l'occasion de la réalisation d'une évaluation interne de la plateforme.
Elle est pilotée par la direction de la qualité et des parcours. Notre politique qualité se veut transversale et doit favoriser les échanges pluriprofessionnels et aboutir à des axes d'amélioration continue centralisés.
La démarche qualité s'appuie sur les missions et prestations définies dans le projet d'établissement et déclinés dans les projets de services. Elle est aussi une base du projet d'établissement et des projets de services.
Notre démarche qualité interroge les éléments suivants :

- la réponse aux besoins des personnes accompagnées
- les pratiques
- l'organisation
- les résultats

Elle consiste à analyser les situations issues de différentes sources telles que les signalements d'événements indésirables, les résultats des enquêtes de satisfaction, les registres des plaintes et réclamation, les CVS, les résultats des évaluations internes et externes…. Afin d'identifier les points forts et les points faibles. Il s'agit de comprendre les dysfonctionnements à l'origine des points faibles de sortes à mettre en œuvre des actions d'amélioration qui auront pour effet de réduire les points faibles de façon continue. Enfin, s'assurer que les actions d'amélioration soient efficaces.

8.2. Textes et documents de référence :

Le cadre règlementaire

Loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale consacre la place de l'usager impose aux ESSMS des évaluations internes et externes dans le but de mesurer la qualité des prestations qu'ils délivrent.
L'ANESM[17] élabore à partir de 2008 des recommandations de bonnes pratiques professionnelles à destination des ESSMS. Ces recommandations tiennent lieu de référentiel d'évaluation externe et répondent aux exigences de la loi 2002-2.
Décret du 15 Mai 2007 Ce décret fixe le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des établissements sociaux et médico-sociaux.

[17] Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux

Article L.312-8 du CASF règlemente l'obligation pour les établissements de procéder à l'évaluation et à faire évaluer leurs activités et la qualité des prestations qu'ils délivrent.

Circulaire DGCS du 21 octobre 2011 définit le périmètre des évaluations autour de quatre axes :

- la promotion de la qualité de vie, de l'autonomie, de la santé et de la participation sociale ;
- la personnalisation de l'accompagnement ;
- la garantie des droits et la participation des usagers ;
- la protection et la prévention des risques inhérents à la situation de vulnérabilité des usagers .

La circulaire définit également le calendrier et le rythme des évaluations (évaluation externe tous les sept ans, interne tous les 5 ans), les méthodes et outils des évaluations ainsi que les conséquences de l'évaluation sur l'autorisation.

Loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé : absorption des missions de l'Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des ESSMS (ANESM) par la HAS qui est désormais en charge de l'évaluation du niveau de qualité des prestations délivrées par les ESSMS.

La HAS travaille à l'élaboration du 1er référentiel commun d'évaluation de la qualité des ESSMS qui portera 4 valeurs fondamentales liées à la qualité des pratiques d'accompagnement :

• Le pouvoir d'agir de la personne ;
• Le respect des droits fondamentaux ;
• L'approche inclusive des accompagnements ;
• La réflexion éthique des professionnels.

Décret n° 2024-8 du 3 janvier 2024 relatif à la préparation et à la réponse du système de santé pour faire face aux situations sanitaires exceptionnelles.

Les documents de référence :

Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP) **«** sont des propositions développées méthodiquement pour permettre aux professionnels du secteur de faire évoluer leurs pratiques afin d'améliorer la qualité des interventions et de l'accompagnement […] Elles ont pour objectif de mettre à la disposition des professionnels des repères, des orientations, des outils pour : développer les organisations, les actions et les postures permettant de proposer l'accompagnement le mieux adapté dans des circonstances données et mettre en œuvre la démarche d'amélioration continue de la qualité.

[…] Les recommandations s'adressent aux professionnels exerçant dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS), tels que définis à l'article L 312-1 du Code de l'action sociale et des familles. Elles peuvent également être utiles à l'ensemble des acteurs impliqués directement ou indirectement dans le parcours des personnes accueillies dans les ESSMS : personnes accompagnées, entourage et proches aidants, professionnels partenaires des secteurs sanitaires, social et éducatif, institutions concernées (agences régionales de santé, conseils départementaux, MDPH, autorité judiciaire…)

Ces recommandations sont connues des professionnels. Elles sont diffusées par les chefs de services au sein des équipes selon les problématiques identifiées. L'impulsion de cette dynamique de référence aux RBPP est coordonnée par la Direction de la Qualité et des Parcours. Les recommandations sont classées par thématiques et accessibles sur le site de l'HAS[18].

[18] https://www.has-sante.fr/jcms/c_2836921/fr/les-publications-du-secteur-social-medico-social

8.3. Les outils de la démarche qualité

8.3.1. La Commission d'Actions de Progrès (CAP) :

La CAP est une commission pluridisciplinaire chargée d'enregistrer, d'analyser, et de tracer les évènements indésirables survenus dans le cadre des activités de la plateforme de services. Elle propose, instruit et assure le suivi des actions de progrès consécutives, validées par la direction générale.
Sa composition permet d'impliquer les différents acteurs de la plateforme dans une démarche de qualité et de progrès.
La CAP promeut l'amélioration continue de la qualité et la culture positive de l'erreur. La CAP peut proposer des actions correctrices ou préventives qui permettront d'éviter la survenue d'un événement indésirable de même nature ou d'améliorer la qualité des conditions de travail et de service apporté aux personnes.
Son fonctionnement est décrit dans un document interne : « Règlement de fonctionnement de la CAP ».
La déclaration d'événements indésirables (E.I) fait l'objet d'un « protocole de gestion des événements indésirables ».
Le document permettant de déclarer un EI est accessible à tous les salariés de la plateforme.

> La mise en place d'un logiciel de gestion des EI est prévue début 2022 et les procédures revues en conséquence.

8.3.2. La cellule de gestion des situations de maltraitance

Un guide d'aide à la gestion des situations de maltraitance a été élaboré. Ce guide permet aux professionnels de les accompagner dans l'identification des situations à risque et dans la remontée des faits constatés par le biais d'une fiche EI accompagnée de la « Fiche de remontée des informations préoccupantes à destination des professionnels ».
Cette fiche est rédigée à partir d'exemples concrets et permet aux professionnels intervenant au domicile, d'observer plus facilement des changements d'attitudes, ou de comportements qui peuvent entraîner un risque pour la santé, la sécurité et le bien-être de la personne accompagnée. Son objectif est d'alerter d'un risque de maltraitance.
Un protocole qui fait partie du guide explique comment saisir la cellule de crise qui se réunit sans délai, au plus tard dans les 24h en fonction de l'urgence identifiée en première intention par le chef de service. Son rôle est :

- Analyser les éléments relevés par le chef de service
- Qualifier la situation de maltraitance ;
- En y associant le Chef de Service, proposer la mesure adaptée à la situation au Directeur Général.
- Transmettre les éléments de l'EI à la CAP qui s'assure de la traçabilité des documents ainsi que du suivi de la procédure.

8.3.3. La cellule de crise COVID / risque épidémique

Mise en place dans la cadre de la crise sanitaire, cette cellule se réunit en fonction des besoins liés aux évolutions de la situation épidémique. En période de pic épidémique, elle se réunit au minimum une fois par semaine. Elle rassemble autour du directeur général : la directrice des soins, le médecin coordinateur, une IDE, La directrice de la qualité et des parcours, le directeur des ressources humaines, le directeur administratif financier et des ressources matérielles, les chefs de services.
Elle est chargée de la mise en application des mesures transmises par les autorités sanitaires, de veiller à l'approvisionnement en EPI sur les différents sites, d'organiser la vaccination des personnes accompagnées et des

professionnels, d'élaborer les protocoles et informations et s'assurer de leur diffusion, pour permettre à l'association d'assurer la continuité de ses activités essentielles.
Les membres de cette cellule de crise COVID/ risque épidémique sont également membres de la cellule de crise de l'association déclenchée sur décision de la direction conformément au plan bleu décrit ci-après.

8.3.4. Le plan bleu

Il est intégré au projet d'établissement[19] et permet de répondre par une démarche opérationnelle formalisée à toute situation exceptionnelle ou de crise. Cet outil permet :

- D'anticiper les conséquences d'un risque identifié ;
- D'améliorer la réactivité en cas d'alerte ;
- De réfléchir aux dispositions à prévoir pour adapter au mieux son organisation et préserver le bien-être et la santé des personnes accompagnées.

Le plan bleu contient :

- Les modalités d'organisation de la cellule de crise et ses missions ;
- Les procédures de gestion des événements précisant, les partenariats conclus avec des établissements de santé ;
- Les modalités de continuité de l'activité de l'association ;
- Les modalités de mise en œuvre de ses dispositions et de leur levée ;
- Le recensement des moyens de réponse en particulier des équipements et matériels disponibles au sein de l'association ainsi que les modalités d'organisation et de déploiement, adaptés à chacun des plans de réponse du dispositif ORSAN.

8.3.5. Les procédures et protocoles

Les procédures sont un ensemble de règles écrites, de formalités propres à une activité qui doivent être observées. Plus largement, c'est une manière de procéder pour arriver à un certain résultat.
Le protocole est plus précis : il détaille ce qui doit être effectué pour une tâche donnée, à un poste déterminé. Il décrit une série d'actions à mener et correspond au « comment » d'une procédure.
Il s'agit de rédiger des procédures et protocoles lorsqu'elles sont pertinentes, à savoir :

- lorsque les enjeux sont conséquents (notion de sécurité des personnes, de coûts importants),
- lorsqu'un professionnel est amené à être souvent remplacé (les procédures servent de document de formation),
- lorsqu'une tâche précise est exécutée rarement ou est complexe.

Ces documents sont rédigés par l'encadrement en collaboration avec les professionnels. La directrice qualité est un appui à la rédaction. Ils sont ensuite validés par le Directeur Général puis centralisés et tracés par la direction de la qualité qui s'assure de leur diffusion aux professionnels concernés.
.

> L'objectif est de centraliser et de rendre accessibles informatiquement ces documents à l'ensemble des salariés.

[19] En annexe du projet d'établissement 2021-2025 V2

8.3.6. Les enquêtes de satisfaction

Un questionnaire d'enquête de satisfaction est distribué annuellement aux personnes accompagnées par le SAVA
La satisfaction des personnes accompagnées, de leur entourage et des partenaires est mesurée au moment des évaluations internes et externes par le biais d'entretiens et de questionnaires.

> L'objectif est de réaliser une enquête de satisfaction au niveau de la plateforme une fois par an. Les questionnaires seront réalisés au moyen du logiciel de gestion de la qualité mis en place en janvier 2022.

8.3.7. Les évaluations internes et externes

L'évaluation permet de façon ponctuelle de mesurer le niveau d'atteinte des objectifs fixés ou d'établir un diagnostic qui conduira à des actions correctives. Les objectifs fixés constituent un référentiel fondé sur les recommandations des bonnes pratiques professionnelles et les objectifs du projet de service.
« *L'évaluation interne ne peut être pensée séparément de la mise en œuvre d'une démarche qualité et d'un processus d'amélioration continue.L'implication construite des parties prenantes est source de fiabilité pour les résultats de l'évaluation et engendrera un gain de temps dans la mise en œuvre des actions d'amélioration ; une évaluation mobilisatrice renforce la cohésion autour du projet d'établissement ou de service* ».20

> La réforme de l'évaluation des ESSMS a conduit à l'élaboration d'un référentiel unique. Des évaluations externes auront lieu tous les cinq ans. Au cours des cinq ans les établissements devront mesurer le niveau d'atteinte d'objectifs par des audits. Le logiciel de gestion de la qualité servira de support pour l'organisation de ces nouvelles modalités d'évaluation de la qualité des prestations.

8.4.L'organisation de la démarche qualité :

8.4.1. Identifier les points forts et points faibles :

Les sources d'identification sont multiples et proviennent :

- des déclarations d'événements indésirables : leur remontée systématique est un préalable pour nous améliorer. La culture de l'erreur apprenante est diffusée par l'encadrement.
- de la réflexion menée lors des séances CAP : à partir des faits signalés, la composition de la CAP permet des échanges pluridisciplinaires, de ces échanges naissent des pistes, des idées pour nous améliorer.
- des résultats des enquêtes : les résultats seront partagés à l'ensemble des équipes et donneront lieu à des axes d'amélioration.
- des plaintes et remerciements : le registre sera centralisé et permettra de tracer les éléments qu'ils proviennent d'un courrier, d'un mail , d'un appel téléphonique, d'un entretien….
- des résultats des évaluations internes et externes : les points forts et les axes de progrès des évaluations de chacun des services doivent être tracés de sortes à en permettre une lecture globale.
- des constats de terrain menés par les professionnels : ils doivent pouvoir être portés à la connaissance de la direction de la qualité selon des modalités formalisées.

---

[20] CCECQA « Outils pratiques pour faciliter la mise en œuvre de l'évaluation interne dans le secteur médico-social » Décembre 2013, p.15

8.4.2. Centraliser les données

Les sources qui permettent cette identification se doivent d'être centralisés par la direction de la qualité.

> La CAP est l'instance qui, sous la responsabilité de la direction de la qualité, est en mesure de centraliser ces points forts et points faibles. Ainsi l'objectif est d'élargir les missions de la CAP de sortes à ce que cette instance ait une vision de l'amélioration de la qualité plus large.
> Les modalités de traçabilité et de saisie de la CAP par les professionnels pour des éléments autres que les EI doivent être définies.

8.4.3. Analyser finement les événements déclarés

L'analyse de ces éléments doit être transversale et pluridisciplinaire. Les professionnels à l'origine des éléments analysés sont concertés et informés des suites données.
L'analyse est réalisée au regard de l'ensemble des éléments source d'amélioration cités ci-dessus. Cette vision plus large permet de prioriser les actions d'amélioration.
La méthodologie du retour d'expérience (RETEX) est utilisée suite à une situation de crise, d'urgence qui ont nécessité la mise en place d'actions de façon rapide avec un délai d'analyse et de réflexion restreint. Cette méthodologie d'analyse à postériori permet de tirer les enseignements positifs et négatifs pour améliorer les pratiques et réduire les risques.

8.4.4. Améliorer les procédures

Les axes d'amélioration sont proposés par la CAP puis validés par le directeur général qui impulse la démarche.
Leur mise en œuvre est sous la responsabilité de la direction de la qualité.
Ils doivent impliquer les professionnels à tous les niveaux et tenir compte en amont des freins possibles. La collaboration et le travail en équipe sont la clé et nécessitent une communication régulière.
Les objectifs fixés sont précis et transparents. Les actions d'amélioration sont concrètes et s'appuient systématiquement sur des faits. L'atteinte des objectifs doit pouvoir être mesurée.

8.4.5. Suivre des décisions prises

Les résultats obtenus doivent être mesurés si l'on veut pouvoir évaluer l'impact des actions et initiatives mises en œuvre.

> Nous souhaitons réfléchir aux indicateurs qui nous permettront de mesurer l'atteinte de nos objectifs. En cela le déploiement de l'outil AGEVAL[21] en janvier 2022 est déterminent.

9. LE PROJET SOCIAL ET LE DEVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES

Handicap Services Alister oriente son projet social autour de deux grands axes : la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences et le développement de la qualité de vie au travail (QVT)

[21] AGEVAL: Logiciel de pilotage qualité et gestion des risques

9.1. La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences.

La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences articule le développement des compétences, à la mobilité interne.

9.1.1. Le développement des compétences par la formation continue.

Au cours des dernières années, Handicap Services Alister a consacré environ 3% de la masse salariale à des projets de formation continue. Cette politique volontariste s'appuie essentiellement sur l'expertise d'Alister Formation. Les formations sont conçues et organisées pour répondre aux problématiques rencontrées par les professionnels dans les services (ex : troubles du comportement des personnes accompagnées) et de leurs desiderata. Depuis janvier 2022, un programme d'acquisition de compétences standardisé a été structuré. Il combine trois cycles complémentaires.

.

> Dans le cadre de la réflexion du projet social, un nouveau plan de formation a été mis en œuvre pour la période 2022-2025. Trois cycles de formations ont été planifiés afin de répondre aux exigences d'acquisition de compétences en lien avec l'expérience acquise et la technicité propre au métier exercé.

Le premier cycle constitue les formations essentielles pour les salariés débutants, entrant chez Handicap Services Alister. Il regroupe des sessions autour des principales pathologies des personnes accompagnées (SEP, TC, AVC et SLA) et des gestes et postures, font partie de ce premier cycle. Il représente la part la plus importante du plan de formation puisqu'environ 10 formations seront organisées chaque année. A terme le premier cycle s'accompagnera de formations pratiques flash, in situ, encadrées par des tuteurs-formateurs désignés. Ce nouveau cadre d'apprentissage est à la date de rédaction encore en cours de construction.

Le deuxième cycle quant à lui correspond à un niveau intermédiaire. Il s'adresse aux collaborateurs ayant une expérience plus avancée et ayant finalisé le cycle 1. Ce sont des formations ayant pour objet de traiter les questions de bientraitance, de l'analyse des pratiques professionnelles ou encore la pratique de l'écoute active. Cela représentera un volume de 5 formations annuellement.

Enfin, le troisième et dernier cycle concerne les salariés qualifiés et ou expérimentés. Ce cycle expert abordera les troubles psychiques, la gestion d'événements indésirables graves, soit environ 4 formations chaque année.

La pluri annualité du plan permet à chaque salarié de réaliser un parcours d'acquisition de compétences en lien à sa pratique et son expérience. A terme, l'ensemble des collaborateurs doit avoir suivi toutes les formations figurant au plan.

Les formations thématiques sont importantes pour le développement des compétences du personnel de Handicap Services Alister. Mais les formations qualifiantes sont également essentielles. C'est pourquoi bien que peu de salariés soient non-qualifiés (moins de 5% de l'effectif total uniquement au sein de CLA68), nous poursuivons nos efforts pour leur permettre d'accéder à une formation certifiante.
Les financements envisagés sont de plusieurs ordres :

- soit via des crédits CNSA et l'OPCO (Opérateur de Compétences). Le financement obtenu, le salarié concerné peut quitter son poste durant toute la durée de la formation et continuer à percevoir son salaire.

- Soit via l'alternance et le contrat de professionnalisation, le contrat d'apprentissage ou le contrat pro A. Ce dernier dispositif est particulièrement intéressant puisqu'il s'adresse aux professionnels déjà embauchés, sans limite d'âge et dont le niveau de qualification est insuffisant pour faire face aux évolutions des pratiques professionnelles nécessitant l'obtention d'un diplôme.
- soit, par la voie la plus utilisée à ce jour pour permettre aux salariés de bénéficier d'une formation qualifiante : le fonds de Transition Pro. Dans ce cas, c'est le salarié qui entreprend les démarches auprès de Transition Pro (Grand Est) pour obtenir les fonds d'accès à la formation qui ne peut être d'une durée supérieure à un an. L'employeur facilite dans la mesure du possible les démarche en complétant le dossier, en appuyant sa demande et en émettant un avis favorable à son départ.

La formation est le principal levier de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences qui ne peut trouver son sens sans une intégration efficace du collaborateur et sa participation dans la vie de l'entreprise.

9.1.2. De l'accueil du salarié à l'octroi d'un rôle décisif.

Le nombre d'embauches en cours d'année est important. Ce phénomène s'explique principalement par un secteur d'activité où le plein emploi est constant. Le défi des employeurs de notre secteur d'activité consiste à recruter, puis fidéliser les salariés.

> Pour ce faire, Handicap Services Alister a décidé d'accentuer le processus d'accueil de ses salariés : des journées d'accueil pour les nouveaux arrivants seront mises en place au plus tard dans les quatre mois suivant l'embauche afin de faciliter la compréhension du fonctionnement de la plateforme de services et de ses fonctions support. Des visites sur l'ensemble des sites et services pourront être organisées.

Lorsqu'un collaborateur prend ses fonctions, il travaille en doublon avec un membre plus expérimenté de l'équipe. Cette période peut durer jusqu'à 2 semaines au sein du service CLA68 notamment. Il est effectivement impératif qu'un nouvel arrivant, même s'il est expérimenté, puisse connaître les principales caractéristiques d'accompagnement des personnes en situation de handicap. A l'issue de cette période, un bilan est réalisé avec le responsable de proximité. Il consiste à évaluer les compétences, les acquis et les difficultés du salarié et à et entendre son appréciation des missions à réaliser.

Nous attachons une grande importance aux éléments qui étonnent et surprennent un nouvel arrivant. Le regard d'une personne récemment embauchée permet souvent d'améliorer notre façon de travailler et nous conduit à développer le management participatif.

9.1.3. Management participatif et mobilité.

Les formations thématiques mentionnées plus haut constituent un espace d'expression au sein duquel les salariés peuvent échanger sur leurs questionnements et méthodes de travail. Toutefois, elles sont orientées uniquement vers le propos de la formation.

Afin d'élargir le champ des sujets traités, des groupes d'analyse de la pratique (GAPP) et des espaces de discussion sur le travail de type cellule de résolution de problème seront mis en place. Certains groupes, supervisés par un psychologue, permettent aux salariés de s'interroger sur leur positionnement professionnel, d'obtenir des conseils

pratiques et d'ajuster leur posture professionnelle. D'autres groupes seront auto-régulés, devront constituer l'amorce d'une expression sans préjugés sur l'activité. Ces démarches innovantes devront être outillés et standardisées pendant la période du présent PE.

D'autres outils de management favorisant la prise en compte de l'avis du salarié sont mis en place. C'est le cas notamment des réunions de service en présence du chef d'équipe. Elles se font toutes les semaines. A cette occasion, sont traités les points soulevés à l'avance par les membres de l'équipe et leur responsable. Elles sont essentielles au fonctionnement d'un service car y sont traitées toutes les problématiques et les méthodes de travail à retenir.

Enfin, des groupes de travail (GT) spécifiques au suivi du projet d'établissement seront organisés afin d'associer l'ensemble des collaborateurs à la déclinaison des orientations stratégiques pour toute la durée du PE. La phase de conception du PE réalisée en 2021, a permis de faire un état des lieux des missions réalisées par chaque service en s'appuyant principalement sur l'expertise des salariés de terrain. Ces groupes de travail ont également facilité l'appropriation du fonctionnement de la plateforme de service pour les salariés. Il en découle une nouvelle conception de la transversalité et de la complémentarité des compétences de Handicap Services Alister.

Les différents dispositifs paraissent ainsi moins cloisonnés et plus accessibles pour les collaborateurs. L'idée d'une mobilité professionnelle doit désormais être envisagée systématiquement. Elle permet de valoriser le savoir-faire d'un salarié pour le mettre au profit d'un autre service de la plateforme. Ainsi, un Aide-Médico Psychologique de l'accueil de jour devrait pouvoir intervenir au sein de logements inclusif pour réaliser une action d'animation qui répond à l'attente du bénéficiaire concerné. Des mobilités plus intersites sont également encouragées afin d'essaimer les compétences rares et offrir des perspectives de carrières internes motivantes pour nos salariés.

Le rôle octroyé aux salariés de Handicap Services Alister dans l'amélioration constante des prestations est important. Se sentir valorisé et écouté par une organisation dans laquelle on exerce son emploi répond déjà à la notion de qualité de vie au travail.

9.2. Développer la qualité de vie au travail.

Depuis de nombreuses années, Handicap Services Alister œuvre à l'amélioration des conditions de travail de ses salariés. L'intense dialogue social et l'étroite collaboration avec les Instances Représentatives du Personnel a permet de trouver des solutions aux problèmes sociaux les plus complexes et de mieux organiser la conciliation entre les exigences de la vie professionnelle et de la vie privée.

9.2.1. Conciliation de la vie professionnelle et privée.

Bien que soumis aux problématiques de recrutement généralisées dans le milieu de l'aide à la personne, les interventions programmées dans les plans d'aide des personnes accompagnées ont toujours été honorées. L'un des principaux aspects ayant permis cela repose sur les conditions de travail que propose Handicap Services Alister. Elles répondent à la préoccupation première des candidats rencontrés lors des recrutements : la conciliation de la vie privée et professionnelle.

Comme de nombreuses entités du médico-social, la répartition de nos salariés est de 80% de femmes, d'une moyenne d'âge de 36 ans. Elles sont pour la plupart mères. Le fonctionnement de nos dispositifs répond à leurs attentes dans la mesure où il n'y a pas de travail en soirée et les week-end (pour les SAJ et le SAMSAH-SAVA) et où il n'y a pas de temps de travail morcelé en journée (créneaux en continus pour CLA68).

D'autres éléments que nous souhaitons conforter ont été ajoutés afin de répondre davantage à la conciliation de la vie privée et professionnelle.

C'est le cas notamment lors de réalisation des plannings du service CLA68 où les salariés sont invités à faire valoir leurs indisponibilités (3 maximum dans le mois).

Au SAMSAH, lorsqu'un accompagnement au domicile d'une personne doit se faire en dehors des horaires habituels (tôt dans la matinée), l'équipe s'entend pour respecter les impératifs familiaux de certains salariés. En découle une flexibilité plus importante de ces derniers lorsque cela s'avère nécessaire (une intervention en fin de journée par exemple). En somme, nos encadrants sont particulièrement attentifs et diligents aux demandes d'aménagement de planning au regard des contraintes familiales.

Par ailleurs la possibilité télétravailler (si la fonction s'y prête) pour les salariés ayant des enfants malades est offerte. Cette organisation du travail s'est montrée très efficace lors des premières vagues de Covid-19 entraînant de nombreuses fermetures de classes.

Enfin, l'accord d'entreprise pour l'égalité professionnelle femmes/hommes permet le maintien de l'ancienneté et de la mutuelle santé lors d'une prise de congé parental d'une durée de 6 mois. Dans le même esprit, l'accord relatif à l'aménagement du temps de travail le week-end permet à certaines salariées n'ayant pas de moyens de garde en semaine pour leurs enfants de travailler que les week-ends. L'accord conclu en ce sens prévoit une majoration salariale favorable que la convention collective. L'accord sera prorogé pendant toute la durée du PE.

Un accord de congés de longue durée permet aux salariés ayant des attaches à l'étranger ou outre-mer de déroger à à la période de référence (de mai à octobre).

Toutes ces mesures prises au fil du temps permettent aujourd'hui aux collaborateurs de s'épanouir davantage dans leurs fonctions. Cela sera d'autant plus le cas lors de la mise en place du Contrat Local d'Amélioration des Conditions de Travail.

9.2.2. Les Contrats Locaux d'Amélioration des Conditions de Travail (CLACT).

Dans le cadre des CLACT conclus avec l'Agence Régional de Santé du Grand-Est, notre organisation s'engage à développer des actions en faveur de conditions de travail.

Le premier CLACT couvert dans la période du PE permet l'organisation plusieurs actions. D'abord d'une formation en lien avec la survenue du handicap lié au Covid. Elle a pour objectif de traiter la question du vécu du patient en situation de handicap notamment en période de Covid. C'est l'occasion de prendre en compte des éléments théoriques au sujet du développement de la vie psychique et les moments de « régression », qui découlent de la situation traumatique et des pertes qui incombent au patient. Le personnel soignant sera mieux armé pour accompagner, conseiller et aider les personnes handicapées, notamment en période pandémique et après.
Ensuite la réalisation d'une action pour faciliter le travail des salariés confrontés à des bénéficiaires en fin de vie. Elle s'articule autour de trois axes :

- La pratique des soins et notamment des soins palliatifs dans l'application des formalités administratives et de la réglementation sur la fin de vie. La prise en charge des soins de confort.
- Les spécificités de la prise en charge des personnes en fin de vie. L'accompagnement de leurs proches et famille. La prise en compte des rites religieux, des croyances et du contexte culturel du patient.
- L'évaluation et prise de recul sur la pratique professionnelle auprès des personnes en fin de vie : les motivations et limites du professionnel ainsi que les ressources à sa disposition, afin de mieux prendre en charge le patient et sa famille.

Par ailleurs, une action de soutien psychologique en groupe et individuelle permettra au personnel d'intervention de faire face aux difficultés d'accompagnement issues de la crise sanitaire.

Enfin, la quatrième action consiste en l'accompagnement d'un groupe de réflexion sur les pratiques professionnelles et la stratégie organisationnelle. Un groupe de salariés représentatif de l'ensemble des services de l'association a été créé pour mener cette réflexion. Il sera accompagné par un professionnel spécialisé dans le coaching de groupe. A l'issue de cet accompagnement, les salariés auront les clés pour s'inscrire dans une nouvelle culture d'entreprise basée sur des valeurs fortes et aligner leurs actions vers des objectifs communs, partagés et coconstruits.

Toutes ces actions seront complétées et approfondie au gré des CLACT à venir.

Parallèlement à cela, Handicap Services Alister a collaboré avec le GHRMSA pour permettre à ses salariés de bénéficier de l'unité ressource du GHRMSA. L'objectif est de répondre à la souffrance du personnel exposé à un haut niveau de stress, aux risques psychosociaux et à l'épuisement physique et psychique. Le GHRMSA a construit un dispositif ad hoc pour apporter le soutien et l'aide nécessaire au maintien de la santé des professionnels. Nos salariés peuvent désormais bénéficier de séances d'ostéopathie, de kinésithérapie (…) ou de suivi psychologique. Cela participera efficacement à l'amélioration de la qualité de vie au travail de nos salariés.

> Notre axe de développement en lien avec le l'amélioration des conditions de travail consiste à formaliser la mise en œuvre du CLACT de sortes à ce qu'il soit connu et sollicité par une majorité de nos salariés.

9.2.3. Les groupes d'analyse de pratique professionnelle

Un Groupe d'Analyse de la Pratique animé par un neuropsychologue pour l'équipe du SAVA permet de se questionner sur les pratiques professionnelles. Il a lieu mensuellement.
Les objectifs du GAPP sont de :
- Pouvoir prendre du recul sur sa pratique professionnelle.
- Pouvoir échanger sur ses modalités d'intervention sociale.
- Pouvoir questionner sa pratique professionnelle, et analyser ensemble et en présence d'un tiers ses pratiques professionnelles et ses ressentis.
- Pouvoir travailler sur son vécu émotionnel et se sentir écouté dans ses émotions vécues.
- Pouvoir mieux comprendre le fonctionnement psychique de l'autre.
- Construire collectivement des méthodes d'intervention ajustées
- Mutualiser et développer les savoirs, savoir-faire et savoir-être

- Pouvoir parler de ses difficultés rencontrées dans un cadre professionnel et rechercher ensemble des pistes

10. LES OBJECTIFS D'EVOLUTION DE PROGRESSION ET DE DEVELOPPEMENT

Les objectifs de notre projet d'établissement s'inscrivent dans les 4 axes de notre ambition collective :

10.1. Les personnes accompagnées :

10.1.1. Améliorer la couverture des besoins

- Développer nos prestations d'accompagnement à la vie professionnelle. Développer des partenariats avec les structures spécialisées pour l'emploi des personnes en situation de handicap et développer les prestations des services d'accueil de jour pour soutenir ces projets professionnels.
- Sur l'ensemble de nos services il convient de construire des partenariats avec des centres socio-culturels, ouvrir nos activités aux personnes extérieures et inversement.
- Renforcer le partenariat avec le Planning Familial sur la vie affective et sexuelle qui pourra être ouvert à l'ensemble des personnes accompagnées
- Développer nos prestations d'accompagnement à l'usage du numérique et des réseaux sociaux.

- Développer l'offre de dispositifs d'habitats inclusifs variés et gradués qui permettent grâce à des prestations de soins une vie « chez soi » à des personnes très dépendantes.
- Pérenniser les actions en faveur des proches aidants tels que les « Stammtisch » et le relayage voire balluchonnage pour permettre aux aidants de prendre du temps pour eux.

10.1.2. Améliorer nos pratiques professionnelles

- Réfléchir à la relation d'aide dans l'accompagnement de l'évolution des pathologies. Cette réflexion doit nous permettre une approche qui favorise le cheminement et l'adhésion de la personne aux solutions de compensation proposées.
- Pour pallier à l'inégal accès aux soins développer des modalités d'accompagnement aux soins et à la prévention en santé par des actions collectives et de la télésanté.
- Travailler les notions d'inclusion, de positionnement de la personne accompagnée en tant que partenaire pour la réalisation de ses projets.
- Harmoniser l'évaluation des besoins sur l'ensemble de la plateforme en utilisant un outil qui permette :
    - D'identifier de façon objective l'ensemble des besoins d'une personne accompagnée sur la plateforme
    - Identifier et valoriser les ressources de la personne
    - Une conversion des besoins selon la nomenclature SERAFIN PH
    - Des regards croisés personne accompagnée, professionnels, entourage, intervenants externes.
- Définir un processus d'accompagnement par la plateforme qui permette un accompagnement transversal fluide et cohérent. Ce processus d'accompagnement fera référence à la réalisation de projets d'accompagnement personnalisés transversaux à un niveau plateforme.
- Créer un espace d'échange au sujet de questionnements éthiques.

10.1.3. Repenser l'organisation

- Des modalités d'accompagnement nouvelles sont imaginées : par exemple la possibilité de faire bénéficier d'une place vacante au SAJ de façon temporaire à une personne accompagnée par un autre service, la possibilité de délivrer des prestations de notre SAAD en dehors des habitats inclusifs, la possibilité de faire bénéficier des ateliers d'apprentissage du SAVA à des personnes accompagnées par le SAMSAH et les habitats inclusifs ou encore faire appel au SAMSAH pour de l'expertise /plans de compensation/ accompagnement au domicile de situations de ruptures….
- Mobiliser les professionnels du SAJ dans le cadre d'un projet expérimental de SAJ hors le murs : ils disposent des compétences requises et peuvent être mobilisés pour impulser et structurer des projets menés sur nos sites d'habitats. Mettre en place une fonction de référent de lien social par site d'habitats inclusifs.
- Repenser les missions de la CAP comme une instance de centralisation des éléments sources d'amélioration de la qualité. Mettre en place un registre de recueil et traitements des plaintes et réclamations sur le réseau.
- Repenser le parcours SAVA, en imaginant réduire le temps d'habitation a la MaVA, et poursuivre l'accompagnement et les apprentissages dans le logement de droit commun pérenne.

10.2. Les professionnels

10.2.1. Organisation, fonctionnement

- Dégager du temps et octroyer des moyens aux professionnels de CLA pour leur permettre de participer aux rencontres et réunions de synthèse (en lien avec la procédure d'accompagnement plateforme) et d'avoir une messagerie professionnelle (CLACT, crédits non reconductibles).

10.3. Handicap Services Alister

- Formaliser la mise en œuvre du fonctionnement en plateforme de services
- Renforcer les relations partenariales avec la MDPH pour améliorer la qualité des informations transmises lors des missionnements PCH et lors des orientations pour les accompagnements. Nous identifions un défaut d'informations médicales pouvant être transmises à notre médecin via la messagerie sécurisée de santé par la MDPH lorsqu'elle est l'orienteur.
- Réviser l'ensemble des documents de la loi 2002-2 de sortes à s'assurer de leur adéquation avec les missions, les valeurs et l'ambition collective définis dans le cadre du projet d'établissement.
- Suivre l'effectivité des conventions.
- Améliorer notre système d'information qui permette : une centralisation des informations, une traçabilité harmonisée des activités et la traduction de l'activité de plateforme en réponse aux besoins des personnes.
- Cela nous permettra d'identifier les besoins éventuellement non couverts et faire évoluer notre catalogue de prestations. Les besoins et prestations seront traduites la nomenclature SERAFIN PH. Le suivi de l'évolution des besoins permettra une adaptions des moyens et ressources au plus près de ces évolutions.

10.4. Les partenaires

Améliorer les moyens de communication en créant des outils plateforme (plaquette)

10.5. Le suivi du projet de service

Le COPIL se réunira à échéances régulières afin de suivre le plan d'action du projet d'établissement sur les quatre années à venir.
Ce plan sera décliné selon les objectifs listés ci-dessus. Pour chaque objectif visé par le projet seront identifiées des actions à mener. Pour chaque action seront précisés :

- Les moyens à mettre en œuvre
- Les échéances
- Les rôles et responsabilités
- Les indicateurs d'atteinte de l'objectif
- Les modalités de suivi des actions

L'outil AGEVAL permettra de suivre et piloter le plan d'action.
Le projet pourra également être réajusté en fonction de l'évolution des besoins des personnes accompagnées, des politiques publiques en faveur du handicap ou des demandes de nos tutelles…