

Projet de service 2024-2029 | SAVS « Lou Camin »



Humainement engagée

Projet de service

2024 – 2029

SAVS « Lou Camin »

Rue Pierre Flourens – Bât C, 34090 Montpellier

FICHE D'IDENTITE DE LA STRUCTURE

Nom de la structure	Service d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS) « Lou Camin »
Adresse de la structure	Rue Pierre Flourens – Bât C 34090 Montpellier
Coordonnées téléphoniques	04 67 04 00 30
Adresse électronique	savs-loucamin@adages.net
Nom du/de la responsable	Marie-Claire BEDOS, Directrice Stéphanie MARGNOUX, Chef de service
Activités	Accompagnement social à domicile pour le maintien de l'autonomie et la participation sociale.
Capacité ou file active	40 places – file active de 120 personnes.
Modalités d'accueil	Les prestations sont individuelles et collectives ; elles se conduisent dans le cadre de visites à domicile, de rendez-vous dans les locaux du service et d'ateliers collectifs organisés dans différents lieux.
Nombre d'ETP	8,55 ETP
FINESS géographique	340011287
Numéro SIRET	339 774 424 00362
Date d'ouverture	1999
Date du CPOM	Effet à partir du 01.01.2021

Le projet de service est établi conformément aux dispositions :

- de l'article L.311-8 du Code de l'Action Sociale et des Familles.
- du Décret n° 2024-166 du 29 février 2024 relatif au projet d'établissement ou de service des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Présenté au CSE le 7 novembre 2024.
Projet approuvé le 28 novembre 2024 par le Conseil d'Administration de l'ADAGES.

Organisme gestionnaire	ADAGES
Statut	Association Loi 1901
Adresse	125 rue Clément-François Prunelle, 34 790 GRABELS
FINESS	340787589
SIRET	33977442400198

SOMMAIRE

Fiche d'identité de la structure	3
Sommaire	4
PREAMBULE.....	6
 INTRODUCTION.....	 13
 1. L'histoire, le projet et l'organisation de l'ADAGES.....	 16
1.1. Historique de l'ADAGES	16
1.2. Finalités et engagement prioritaires de l'association	18
1.3. L'organisation en Pôles	19
1.4. L'ADAGES en chiffres en 2024.....	20
 2. La Plateforme « Les Passerelles d'Ô ».....	 21
2.1. Une plateforme pour les personnes traumatisées crânio-cérébraux.....	21
2.1.1. Un public aux caractéristiques singulières.....	21
2.1.2. Des parcours d'accompagnement multiples	27
2.2. Une plateforme en appui des professionnels	31
2.2.1. En termes d'organisation des ressources humaines	31
2.2.2. En termes d'amélioration continue.....	33
2.2.3. En termes de système d'informations.....	38
2.2.4. En termes de responsabilité sociale	39
 3. Présentation du SAVS	 41
3.1. Le champ de l'autorisation.....	41
3.1.1. Le cadre légal et réglementaire	43
3.1.2. La participation aux politiques locales et nationales	44
3.2. Le public du SAVS	45
3.2.1. Les personnes accompagnées et leurs besoins	45
3.2.2. Les besoins de l'entourage	52
3.3. L'organisation des moyens	53
3.3.1. L'équipe pluridisciplinaire et son organisation	53
3.3.2. Les coopérations professionnelles	55
 4. L'offre d'accompagnement.....	 59
4.1. Les principes d'intervention.....	60
4.1.1. La personne est le premier acteur de son accompagnement	60
4.1.2. La coordination au cœur des préoccupations	61
4.1.3. L'application des droits des personnes accompagnées.....	61
4.1.4. L'évaluation de la qualité des prestations	62
4.2. Les prestations proposées	63
4.2.1. Les prestations dans les domaines de l'appui aux capacités fonctionnelles – spécificité du SAVS « Lou Camin »	64
4.2.2. Les prestations dans le domaine de l'autonomie	64
4.2.3. Les prestations dans le domaine de la participation sociale	65

4.2.4. Les prestations de coordination renforcée pour la cohérence de parcours.....	70
4.3. L'organisation de l'accompagnement.....	71
4.3.1. L'admission et l'accueil.....	71
4.3.2. L'accompagnement et la coordination du parcours.....	73
4.3.3. Les modalités d'intervention	75
4.3.4. Les fins d'accompagnement	76
5. Les orientations stratégiques	78
5.1. Les orientations stratégiques du SAVS.....	78
5.1.1. FICHE ACTION 1 – Renforcer la mission de coordination	78
5.1.2. FICHE ACTION 2 - La consolidation de l'offre collective	80
5.1.3. FICHE ACTION 3 – Faire face aux demandes croissantes.....	81
5.2. Les orientations stratégiques des Passerelles d'Ô.....	82
5.2.1. FICHE ACTION Passerelles 1 – Consolider la mutualisation au service des parcours.....	82
5.2.2. FICHE ACTION Passerelles 2 – Mutualiser les compétences et expertises	85
5.2.3. FICHE ACTION Passerelles 3 – Consolider la dynamique partenariale.....	86
GLOSSAIRE DES ABREVIATIONS.....	88
ANNEXES.....	89
Annexe 1 – Méthodologie d'élaboration du projet d'établissement / de service	89
Annexe 2 – Le cadre légal, réglementaire et technique du service	91
Annexe 3 – La nomenclature des besoins SERAFIN PH.....	94
Annexe 4 – La nomenclature des prestations SERAFIN PH	95
Annexe 5 – les bilans d'évaluation	96
Annexe 6 – Organigramme des « Passerelles d'Ô »	98

PREAMBULE

Le SAVS « Lou Camin » s'inscrit au sein « des Passerelles d'Ô », plateforme d'établissements et de services qui accompagnent les personnes cérébrolésées et traumatisées crâniens.

La plateforme « Les Passerelles d'Ô » n'a pas d'existence juridique, mais une existence opérationnelle réelle : Direction unique, articulation des établissements et des services au bénéfice du parcours des personnes accompagnées, mutualisation de compétences et de moyens, reconnaissance sur le territoire local comme national.

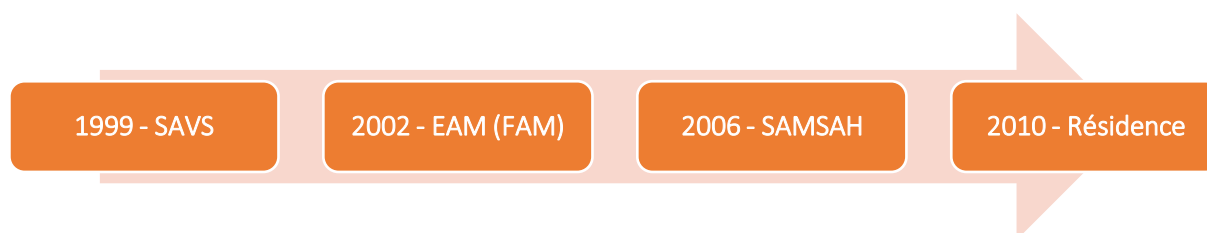


Ainsi, « Les Passerelles d'Ô » se composent de :

- **Le SAVS « Lou Camin » – Service d'Accompagnement à la Vie Sociale**, 1^{er} service à ouvrir en 1999 ;
- **L'EAM « Les Fontaines d'Ô »** – Etablissement d'Accueil Médicalisé de type FAM (foyer d'accueil médicalisé) ouvert en 2002.
- **Le SAMSAH « Les Vents du Sud » – Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés**, qui ouvre ses portes en 2006.
- **La Résidence Accueil « I. FIORETTI »** qui permet l'accès à un logement autonome pour un public fragile dès 2010.

Une équipe de 85 salariés œuvre ainsi pour l'accueil et l'accompagnement de personnes cérébrolésées et traumatisées crâniens, et l'appui (« fonction ressource ») de leur famille et plus largement de leur entourage.

La plateforme « Les Passerelles d'Ô » s'est ainsi constituée au fil de l'histoire, sous une Direction unique, pour toujours « mieux » répondre aux besoins singuliers d'un public très spécifique.



En 1996, la Circulaire du 04 juillet¹ incitait à la mise en place de prises en charge ou d'accompagnement favorisant l'insertion sociale et professionnelle des personnes cérébrolésées dans le cadre d'un dispositif coordonné.

Cette circulaire vise à préciser et à améliorer les modalités d'accueil de ces populations dans le domaine médicosocial, afin de favoriser une réelle insertion professionnelle et sociale.

Cette circulaire met l'accent sur l'effet prioritaire qui doit être réalisé pour améliorer l'accompagnement des traumatisés crâniens au handicap si spécifique et peu connu, mais également sur les insuffisances quantitatives et qualitatives des prises en charge existantes.

Alors même que les Services d'accueil d'urgence, de neurochirurgie, de réanimation sont de plus en plus performants (et contribuent à ce titre à réduire très sensiblement le nombre de décès résultant d'un traumatisme crânien, et donc à accroître corrélativement le nombre de traumatisés crâniens correspondant aux états de GOS 2,3 et 4 de l'échelle de suivi de Glasgow), le nombre insuffisant d'accueils ou de programmes d'insertion sociale en aval des soins intensifs et de soins de suite restaient préoccupants.

Parmi les principales insuffisances observées, la circulaire souligne plus particulièrement :

- Une faible articulation entre le versant sanitaire et les versants social et médicosocial des prises en charge, notamment entre les unités de réadaptation fonctionnelles et les structures médico-sociales.
- La faiblesse du nombre de structures médicosociales adaptées, facilitant l'intégration sociale et professionnelle des traumatisés crâniens.

Il en résulte que nombre de ces personnes lourdement handicapées restent encore aujourd'hui à la charge de l'entourage.

En janvier 1998, l'AFTC-LR² intervient auprès de l'ADAGES pour lui confier la conception, la réalisation et la gestion d'un projet de réponse institutionnelle, adaptée aux besoins spécifiques à long terme des personnes cérébrolésées.

Ce projet sous la forme d'un Foyer [aujourd'hui l'EAM] à Double Tarification spécifique de prise en charge – *ARS et Conseil départemental*, devait permettre la mise en œuvre de programmes adaptés.

Mais les délais sont importants pour la concrétisation d'un tel projet ; l'AFTC-LR alerte quant à l'épuisement des familles, et demande une structure « relais », opérationnelle au plus tôt, susceptible de favoriser l'insertion sociale du blessé dans un environnement habituel.

¹ Circulaire DAS/DE/DSS n° 96-428 du 4 juillet 1996 relative à la prise en charge médico-sociale et à la réinsertion sociale et professionnelle des personnes atteintes d'un traumatisme crânien.

² AFTC-LR : Association Française des Traumatisés Crâniens – Languedoc-Roussillon.

Ainsi le Service d'Accompagnement à la Vie Sociale, SAVS « Lou Camin » est créé par arrêté du Président du Conseil Général de l'Hérault, en date du 24 novembre 1998.

Placé stratégiquement entre le secteur sanitaire et l'environnement social, le SAVS « Lou Camin » a été très vite confronté à ses limites du fait de l'absence du volet soin.

Plusieurs mesures d'accompagnement interrogeaient alors par leur complexité, par les comportements addictifs de certains usagers, par les phénomènes de dépendance, par des phases de dépression et de solitude difficiles à porter.

La création d'une réponse médicosociale devenait urgente. Le **FAM « les Fontaines d'Ô » ouvre en juillet 2002**, sur arrêté du 4 juillet 2000. Il propose des accueils en hébergement permanent, des accueils temporaires et des accueils en externat, dits « accueil de jour ».

Lors de son ouverture, une synergie avec le SAVS « Lou Camin » a permis de proposer une diversification dans l'accompagnement – *les premiers « parcours » spécifiques étaient enfin proposés.*

La question du libre-choix du mode de vie est prégnante : les personnes en situation de handicap revendiquent ce libre-choix, notamment celui de vivre à leur domicile, même si elles nécessitent un accompagnement thérapeutique important.

La vie à domicile peut être souhaitée dès la sortie du parcours « sanitaire » – même si elle reste très compliquée à mettre en œuvre tant pour la personne que pour son entourage, ou après un accompagnement en établissement.

Mais elle nécessite souvent, au moins dans les premiers temps, un accompagnement médicosocial avec un volet « santé » opérant.

Le Décret n° 2005-223 du 11 mars 2005 relatif aux conditions d'organisation et de fonctionnement des services d'accompagnement à la vie sociale et des services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés, permet d'envisager la création d'un SAMSAH spécialisé aux personnes cérébrolésées.

Ainsi, le SAMSAH « Les Vents du Sud » accueille ses premiers bénéficiaires en 2006 – par arrêté du 2 juillet 2006.

Une équipe pluridisciplinaire propose alors, dans le cadre d'un accompagnement médicosocial adapté, un appui à la réalisation du projet de vie à domicile d'un adulte cérébrolésé, grâce à la coordination possible de prestations de soins, des interventions favorisant l'autonomie, et le maintien ou la restauration des liens tant au niveau familial, que social, universitaire ou professionnel.

L'accompagnement des personnes accompagnées par le FAM « les Fontaines d'Ô », le SAVS « Lou Camin » et le SAMSAH « Les Vents du Sud », poursuit donc l'objectif premier de leur faire (re)gagner un maximum d'autonomie.

Pour certains d'entre eux, ce gain en autonomie leur permet de **prétendre à une vie en milieu ordinaire, notamment en ce qui concerne le logement et ce quelle que soit leur situation.**

L'accompagnement proposé s'attache – dès lors que ce point est souhaité, à accompagner les personnes dans un cheminement vers le logement autonome.

« Le logement est un droit fondamental », inscrit dans les articles 10 et 11 du Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946, reconnu comme un droit social au niveau international par la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme de 1948. Le Droit au Logement Opposable (DALO) est créé par la loi n° 2007-290 du 5 mars 2007 instituant le droit au logement opposable et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale, et inscrit au Code de l'Habitat et de la Construction (article L300-1).

L'ADAGES et la Direction des « Passerelles d'Ô » ont saisi l'opportunité de bénéficier, dans le cadre d'un bail à construction d'une durée de 50 ans, d'un patrimoine immobilier et de jardins, situés au cœur de Montpellier – quartier des Beaux-Arts, avec toutes les facilités de transport et d'environnement que cela implique.

La réhabilitation de ces locaux a permis la création d'une résidence d'accueil composée de 20 logements individuels de type T1 ou T2, d'espaces de vie collective, offrant ainsi un cadre de vie semi-collectif valorisant la convivialité et l'intégration sociale, tout en préservant leur intimité, leur tranquillité, et leur choix.

La résidence « I. FIORETTI »³ ouvre ses portes en août 2010. Créée à titre expérimentale, elle permet à des personnes d'accéder à un logement adapté mais également à des personnes accompagnées par l'EAM « Les Fontaines d'Ô » d'accéder à un logement autonome.

Elle accueille depuis l'ouverture, principalement des personnes adultes, hommes et femmes, en situation de handicap présentant des séquelles de cérébrolésion, et ayant de faibles revenus.

Ce projet social promeut l'autonomie des personnes et leur ouvre des perspectives de participation sociale. En effet, il s'inscrit dans une démarche volontaire d'intégration de sa population sur le territoire. Il n'a de sens que parce qu'il s'articule avec la personne dans son environnement et coordonne plusieurs dispositifs.

Le concept est celui du logement indépendant où le « chez soi » est représenté par la partie privative, et le « pas tout seul » est composé d'un espace semi-collectif, favorisant les relations quotidiennes.

La résidence n'est pas spécifiquement réservée aux personnes qui bénéficient de l'intervention d'un SAVS ou d'un SAMSAH. Néanmoins, cette intervention reste

³ La résidence est financée par la DDETS, sous le statut général de logement-foyer (articles L. 633-1 et suivants et R. 633-1 du Code de la construction et de l'habitation (CCH)), dans la catégorie spécifique des « pensions de familles », à destination des personnes dont la situation sociale et psychologique rend difficile leur accès à un logement ordinaire.

souvent indispensable à la vie autonome, particulièrement pour les personnes cérébrolésées.

Les personnes accompagnées ne doivent pas avoir un projet de vie figé mais plutôt modulable et adaptatif. Il est constaté que certains cérébrolésés vivant à domicile, malgré la lourdeur des soins et la spécificité de leur accompagnement, souhaitent conserver ce choix.

Enfin, parce que les personnes cérébrolésées et traumatisées crâniens ont un besoin constant de « stimulation », le FAM – devenu EAM en 2017⁴, a toujours promu la mise en place d'activités multiples et variées pour les personnes accompagnées, régulièrement ouvertes – dans le cadre de la transversalité de la plateforme et sous certaines conditions, aux bénéficiaires du SAVS et du SAMSAH, parfois même, sur une période transitoire, aux personnes sorties de tout accompagnement.

La nécessité d'accueillir régulièrement, en journée, des personnes qui vivent à leur domicile – autonome ou familial, a toujours été défendue par la Direction et les professionnels.

Les parcours d'accompagnement rendus réalisables par ces évolutions de la « plateforme », ouvrent le champ des possibles pour un parcours de vie souhaité par la personne, au-delà de ses difficultés et de son handicap, grâce à des « passerelles » construites sur mesure.

Les établissements et services des « Passerelles d'Ô » – Direction, professionnels d'accompagnement, et personnels des fonctions supports (administratives et logistiques) portent des principes d'accompagnement fondateurs de leur engagement commun.

Tout accompagnement s'appuie sur une approche holistique du « prendre soin ».

Les personnes accompagnées, dont les caractéristiques et les besoins singuliers sont présentés dans les pages suivantes, nécessitent une constante « stimulation » pour acquérir, développer et surtout maintenir leur autonomie.

Aussi, est-il essentiel de considérer la personne dans son ensemble, tout comme sa santé dans sa globalité, telle que le définit l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) :

⁴ Décret n°2017-982 du 9 mai 2017 – réforme pour simplifier les nomenclatures des établissements, des services sociaux et médico-sociaux accompagnant les personnes en situation de handicap.

« Un état de complet bien-être physique, mental et social, [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »⁵, la santé est ainsi associée à la notion de bien-être et de qualité de vie.

Cette vision implique que tous les besoins fondamentaux doivent être satisfaits : sanitaires, nutritionnels, socio-culturels, éducatifs et affectifs...

- **Toute prestation est propice au bien-être global de la personne, toute action est mise au profit de son autonomie et au maintien de ses capacités et de ses habiletés :**
 - Pour un mieux-être somatique, par des soins appropriés et fondés sur une approche non-médicamenteuse autant que possible.
 - Pour un mieux-être psychique, par une écoute permanente et des espaces de parole et d'élaborations plurielles.
 - Par un appui constant – dans le cadre d'activités très variées, à développer l'autonomie de vie au quotidien et dans les relations à autrui.
- **Les interventions sont toujours portées par une équipe pluridisciplinaire** (salariés de la structure ou partenaires), composée de professionnels qualifiés, experts de ce handicap spécifique, pour certains spécialisés (neuropsychologue, analyste sensoriel...).

Tout accompagnement s'appuie sur une approche inclusive.

La finalité de (ré)insertion sociale, familiale, professionnelle est au cœur des préoccupations, face au « handicap invisible » constitué des séquelles cognitives, des troubles du comportement et de l'humeur.

L'accompagnement doit être une étape du parcours de la personne et en faveur d'une vie autonome.

Pour ce faire, il est essentiel de considérer la personne dans sa singularité – d'individu, de parcours, de vie, pour que l'accompagnement lui permette de construire SON projet, de trouver SA place dans la société, son territoire de vie, sa famille...

Les professionnels s'attachent ainsi à promouvoir :

- **« Une personne Un parcours », par la mise en place de « passerelles »** pour accompagner des parcours ajustés au degré d'autonomie qui peut être très variable tout au long de la vie.

⁵ Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé [New-York, 19-22 juin 1946], signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États, et entré en vigueur le 7 avril 1948.

- **L’ancrage sur le territoire de vie**, par une sollicitation privilégiée des ressources de l’environnement de proximité à travers des interrelations et des activités variées – de vie courante, économiques, culturelles, ludiques...

Tout accompagnement doit permettre et développer le pouvoir d’agir des personnes accompagnées.

Le pouvoir d’agir convoque la notion d’autodétermination, ou « *l’ensemble des habiletés et des attitudes, chez une personne, lui permettant d’agir directement sur sa vie en effectuant librement des choix non influencés par des agents externes indus* »⁶.

- **Toute personne accompagnée doit rester « acteur de sa vie » et avoir le pouvoir de décider et d’agir pour soi-même.** La formulation d’un choix de vie, de parcours, de soin est toujours encouragée et prise en compte, parfois même à l’encontre de l’avis des professionnels et/ou de l’entourage familial.

Parole de personne accompagnée : « être acteur, c’est important pour soi, mais aussi dans le regard des autres. »

- **Toute personne accompagnée doit pouvoir reconnaître ses compétences comme ses limites, gagner en « confiance en soi »**, pour envisager et construire le projet de vie qui lui convient.

Une nécessaire « gestion des paradoxes »

Le pouvoir d’agir des personnes est essentiel à questionner régulièrement ; il est inscrit dans les textes légaux et les politiques publiques, il est une orientation associative forte. Mais il est également à toujours réfléchir à travers « le prisme de la cérébrolésion » et une approche thérapeutique.

△ De la complexité à développer la capacité à agir de la personne (capacité à oser, à s’exprimer, à décider, à se mettre en mouvement) alors même que les séquelles de la cérébrolésion telles que les troubles de l’initiative, les troubles de la mémoire... peuvent être des freins importants au pouvoir d’agir.

△ De la vigilance à avoir quant à l’accès à des « espaces d’échange et de partage de points de vue » : le promouvoir dans l’intérêt des personnes et leur possible appui à participer aux apprentissages, et le différer s’ils doivent mettre la personne en mal-être, situation de difficultés voire d’échec.

⁶ Définition de Wehmeyer (1996) proposée par la RBPP – HAS « L’accompagnement des personnes présentant un trouble du développement intellectuel – volet 1 : autodétermination, participation et citoyenneté » Juillet 2022.

INTRODUCTION

Le SAVS « Lou Camin » est opérationnel depuis 1999. Il s'est développé au fil des années, en articulation étroite avec le SAMSAH « Les Vents du Sud » avec qui il partage ses locaux, et s'est adapté tant à l'évolution du cadre réglementaire qu'aux besoins du territoire.



Le projet de service SAVS est un outil important, en premier lieu pour le **respect du cadre réglementaire**⁷ : « *pour chaque établissement ou service social ou médico-social, il est élaboré un projet d'établissement ou de service, qui définit ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement. Ce projet précise également la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance mise en œuvre par l'établissement ou le service [...]. Ce projet est établi pour une durée maximale de 5 ans.* »⁸

Il s'appuie sur les recommandations de bonnes pratiques professionnelles développées par la HAS (et ex-ANESM)⁹, et sur les nomenclatures des besoins et prestations SERAFIN PH dans leur visée descriptive, en tant que « vocabulaire partagé » et outil structurant dans la description des besoins et de l'offre sociale et médico-sociale sur le territoire.

Il a vocation à constituer un document de référence pour l'ensemble des parties prenantes, tant au niveau interne pour l'action quotidienne des professionnels, qu'au niveau externe des partenaires de la structure, des personnes accompagnées et de leurs proches. Il répond à une triple logique : descriptive, projective et stratégique.

Il est ainsi le socle d'une **cohésion d'équipe** solide.

Si les prestations d'accompagnement proposées par le service sont souvent conduites par un seul professionnel (au domicile notamment), la cohérence d'intervention de chacun et le relais de l'équipe pluridisciplinaire sont essentiels à la pertinence d'accompagnement.

Le projet de service est alors le socle d'une démarche partagée et constitue la colonne vertébrale de l'équipe. Il définit des principes d'actions, et organise la place de chacun des acteurs et l'activité de chaque professionnel en lui donnant sens et repères.

⁷ Décret n° 2024-166 du 29 février 2024 relatif au projet d'établissement ou de service des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

⁸ Article L 311.8 du Code de l'Action Sociale et des Familles.

⁹ HAS : Haute Autorité de Santé et ANESM : Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et services Sociaux et Médicosociaux.

Il est également garant d'une **qualité** de réalisation de tout accompagnement.

Le projet de service affirme la nécessaire adéquation entre les attentes des personnes accompagnées et de leur entourage, le cadre réglementaire d'intervention – mission confiée, la dynamique portée par la plateforme « Les Passerelles d'Ô » et les orientations du projet associatif de l'ADAGES (association gestionnaire).

L'actualisation du Projet de Service du SAVS « Lou Camin » a été engagée en début d'année 2024, dans une dynamique transversale au sein des « Passerelles d'Ô » : tous les projets des établissements et des services ont été travaillés dans une **démarche participative** (cf. **Annexe 1**), impliquant l'ensemble des professionnels (groupes de travail transversaux ou spécifiques), les personnes accompagnées et les familles.

Chaque établissement et service dispose d'un projet dédié, dont les premières parties sont strictement identiques (présentation de l'ADAGES et présentation des « Passerelles d'Ô »).

Des espaces de réflexion ont ainsi favorisé les **réflexions tant éthiques que techniques autour de l'accompagnement** et de l'articulation cohérente des différents modes d'intervention.

La dynamique collective a permis de **renforcer la démarche d'amélioration continue** autour du pouvoir d'agir de la personne, du respect des droits fondamentaux, de l'approche inclusive, de la qualité des prestations, de la prévention des risques... Le travail a alors participé à la préparation de l'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux [HAS] prévue à l'automne 2024, et à intégrer au rédactionnel les attendus du référentiel produit par la HAS en 2022¹⁰.

Le travail a également concerné la **projection**, gage de pérennité de la plateforme comme du SAVS.

Feuille de route pour 5 ans (2024-2029), ce nouveau projet de service est un outil de prospective, identifiant les axes d'amélioration de la qualité des prestations proposées, par la définition d'actions posant objectifs, modalités de travail, et indicateurs d'évaluation (fiches actions).

¹⁰ Lien vers le nouveau dispositif d'évaluation de la qualité des ESSMS : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2838131/fr/comprendre-la-nouvelle-evaluation-des-essms

Cette feuille de route co-construite est d'autant plus importante, que le travail d'actualisation des projets s'est conduit dans un contexte singulier.

Associatif d'abord, puisqu'à l'été 2023, Frédéric HOIBIAN, directeur général de l'ADAGES depuis 22 ans, quitte ses fonctions et est remplacé par Sébastien POMMIER, qui impulsera nécessairement une dynamique renouvelée.

Pour le service et la plateforme « Les Passerelles d'Ô » ensuite... Le Docteur Baya SOUA, Directrice de la plateforme depuis la création du premier service, initiatrice de tous les projets stratégiques et de développement, et très présente au quotidien, décède en octobre 2023. Cet événement bouleverse les professionnels, les personnes accompagnées et les familles. Marie-Claire BEDOS prend la Direction par intérim.

Les équipes se sont véritablement saisies de la démarche pour « *prendre un nouveau chemin, en veillant toujours au respect de l'histoire et des engagements portés par la Direction originelle* ».

1. L'HISTOIRE, LE PROJET ET L'ORGANISATION DE L'ADAGES

1.1. Historique de l'ADAGES

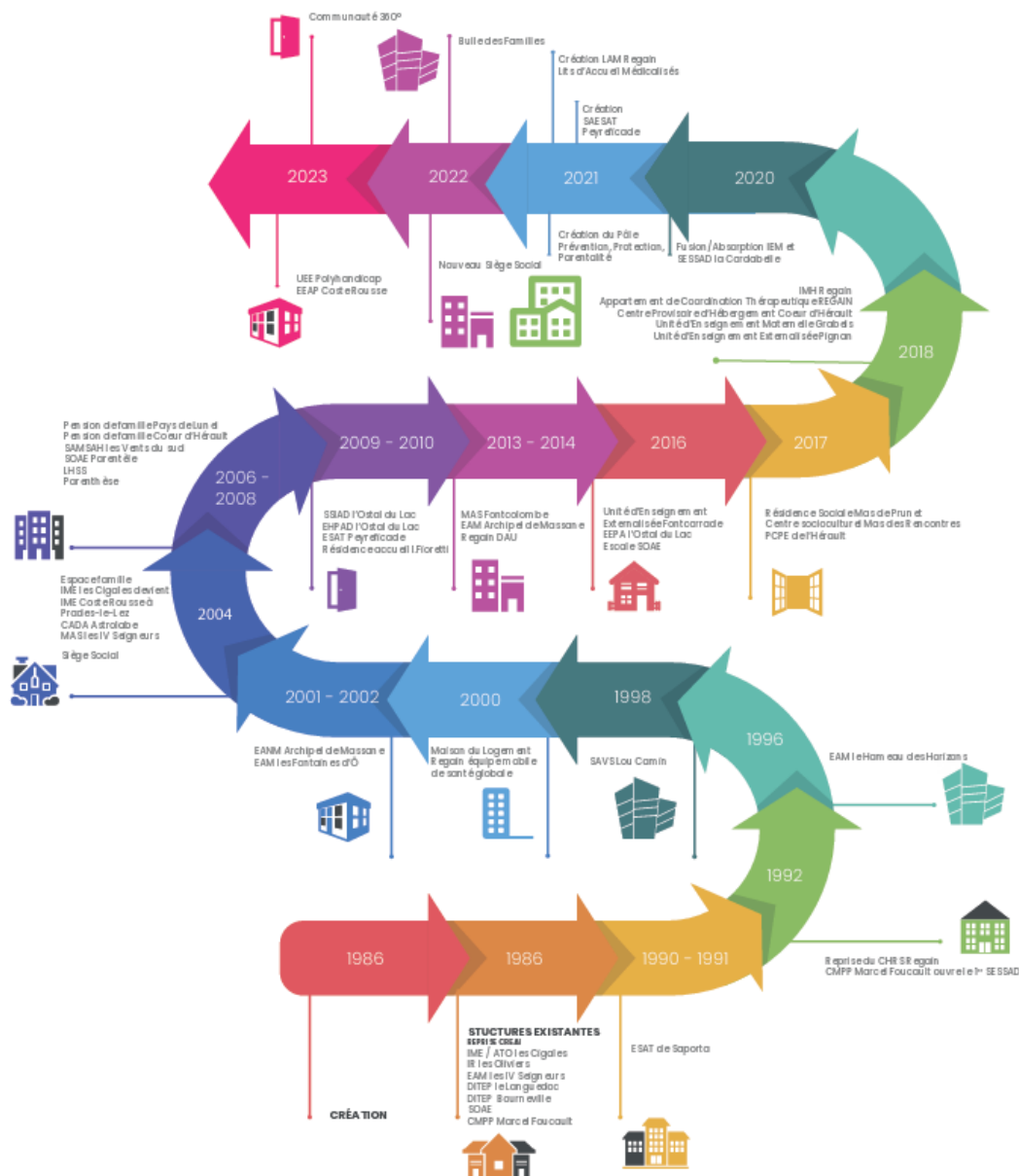
Issue du CREAI¹¹ Languedoc-Roussillon, l'Association de Développement d'Animation et de Gestion d'Etablissements Spécialisés (ADAGES) est officiellement née le 27 avril 1985.

Au départ centrée sur l'enfance en situation de handicap et de l'enfance dite « inadaptée », l'association a peu à peu diversifié son activité à travers l'ouverture à de nouveaux publics. Principalement située à Montpellier, son offre d'accompagnement s'est progressivement étendue sur l'ensemble du territoire départemental.

L'historique de l'ADAGES peut s'exprimer en quatre phases distinctes qui ont marqué son avènement et son évolution jusqu'à ce jour :

- **Première phase** (1984 – 1985) : conception et création de l'Association ;
- **Deuxième phase** (1986 – 1987) : mise en œuvre des missions de gestionnaire pour des établissements et service des secteurs du handicap et de la protection de l'enfance, et retour à l'équilibre financier ;
- **Troisième phase** (1987 – 2002) : développement des structures sur les secteurs du handicap, de l'accueil-hébergement-insertion (AHI) et du logement et innovation ;
- **Quatrième phase** (à partir de 2002) : consolidation des acquis et prospective dans le secteur du soutien à la parentalité et de l'exil.

¹¹ Une circulaire ministérielle du 13 janvier 1984 relative au statut des Centres Régionaux de l'Enfance et de l'Adolescence Inadaptée (CREAI) décide de confier l'activité de gestion d'établissements médico-sociaux des CREAI à de nouvelles associations de gestion pour permettre au CREAI de se centrer sur leurs missions de repérage et d'analyse des besoins sur le territoire, auprès des administrations décentralisées.



Elle accompagne depuis plus de 30 ans tout particulièrement :

- Des **personnes en situation de handicap**, enfant ou adulte, porteuses de troubles psychiques, de troubles du neurodéveloppement, d'une déficience motrice, de cérébrolésions ou de polyhandicap.
- Des **personnes âgées dépendantes** et des **personnes handicapées vieillissantes**.
- Des **enfants et adolescents**, de la petite enfance à 20 ans, **en difficulté ou en danger**, confrontés à des troubles psychologiques, à des difficultés scolaires et/ou à des contextes familiaux compliqués.
- Des **personnes ou des familles en rupture sociale** ayant besoin d'hébergement, d'aide à l'insertion sociale et/ou à la prise en charge de leur santé...
- Des **personnes en situation d'exil**, de demandeurs d'asile et réfugiés.

1.2. Finalités et engagement prioritaires de l'association

L'ADAGES a renouvelé son engagement en 2019 à travers **un nouveau projet associatif** destiné à définir et à préciser les orientations et les actions retenues pour la réalisation des missions de l'association.

Il énonce d'abord une vision et une analyse des besoins auxquels l'ADAGES souhaite apporter les meilleures réponses possibles.

Le projet associatif de l'ADAGES a été pensé sous forme de **deux fascicules**, comme deux portes d'entrée complémentaires, l'une orientée sur cette vision même, l'autre orientée sur tous les éléments d'analyse et techniques qui la sous-tendent et l'étayent. Ainsi :

- Le fascicule n°1 présente l'histoire de l'ADAGES, son positionnement dans un contexte évolutif depuis sa création, ses valeurs, ses grandes orientations politiques et stratégiques.
- Le fascicule n°2 met à votre disposition les éléments, analyses et réflexions qui étayent, précisent et complètent le fascicule n°1. Il présente ainsi le bilan du précédent projet associatif, les orientations politiques et stratégiques, les engagements et les 10 actions prioritaires du projet associatif renouvelé.

L'ADAGES poursuit trois missions principales :

- ➔ Accompagner les personnes les plus vulnérables, c'est à la fois les accueillir, les protéger, les soutenir, les soigner et favoriser leur autonomie, leur inclusion et leur insertion.
- ➔ Choisir de développer des réponses adaptées, innovantes en faveur des publics accompagnés.
- ➔ Gouverner, diriger, évaluer, rendre compte dans le respect des valeurs démocratiques laïques et respectueuses de la place de chaque acteur dans l'organisation et d'une gestion rigoureuse et désintéressée des moyens qui nous sont confiés.

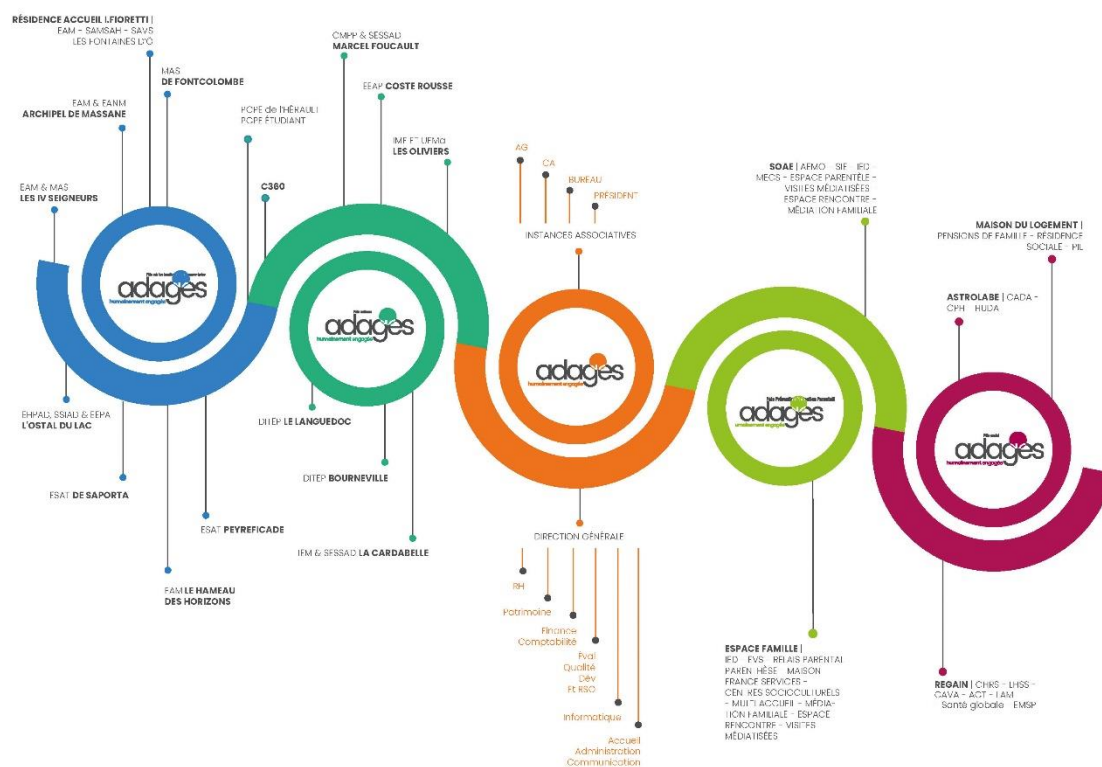
10 engagements prioritaires sont pris pour le déploiement du projet associatif :

1. Promouvoir les droits fondamentaux des personnes en situation de vulnérabilité
2. Délivrer des prestations de qualité
3. Adapter l'offre d'accompagnement en l'inscrivant dans son environnement
4. Expérimenter pour répondre à de nouveaux besoins
5. Mobiliser des instances associatives en capacité de porter le projet associatif
6. Conforter un management transversal et s'engager à mieux prendre en compte la dimension environnementale dans une démarche de Responsabilité Sociétale des Organisations.
7. Moduler les ressources humaines au service du projet
8. Optimiser la gestion des ressources financières et du patrimoine immobilier.
9. Communiquer sur le sens de notre action et nos savoirs faire
10. Disposer d'un système d'information à hauteur des enjeux

1.3. L'organisation en Pôles

Situées dans l'Hérault, les structures sont organisées en 4 pôles d'intervention :

- Un Pôle Adultes handicapés et Personnes âgées,
- Un Pôle Enfance,
- Un Pôle Prévention-Protection-Parentalité,
- Un Pôle Social.



1.4. L'ADAGES en chiffres en 2024

Chaque année, près de 7000 personnes de 0 à plus de 80 ans, sont accueillies et accompagnées dans les 29 établissements et 31 services adaptés à un public fragile.

- + de 1700 professionnels prennent soin de ces personnes au quotidien pour permettre un mieux-être et un mieux vivre.
- Les salariés de l'ADAGES ont pour mission de faciliter l'accès à l'autonomie pour chacun. Les équipes de terrain sont fortement mobilisées au service des personnes accompagnées.



+75 établissements,
services et activités



7000
personnes accueillies / an*

* dont 1800 en hébergement
et logement permanent, temporaire
et accueil de jour

* dont 2000 suivies à domicile, en milieu
ouvert et en consultations spécialisées



4 pôles d'intervention

| Adultes Handicapés et Personnes Âgées
| Enfance
| Social
| Prévention, Protection, Parentalité

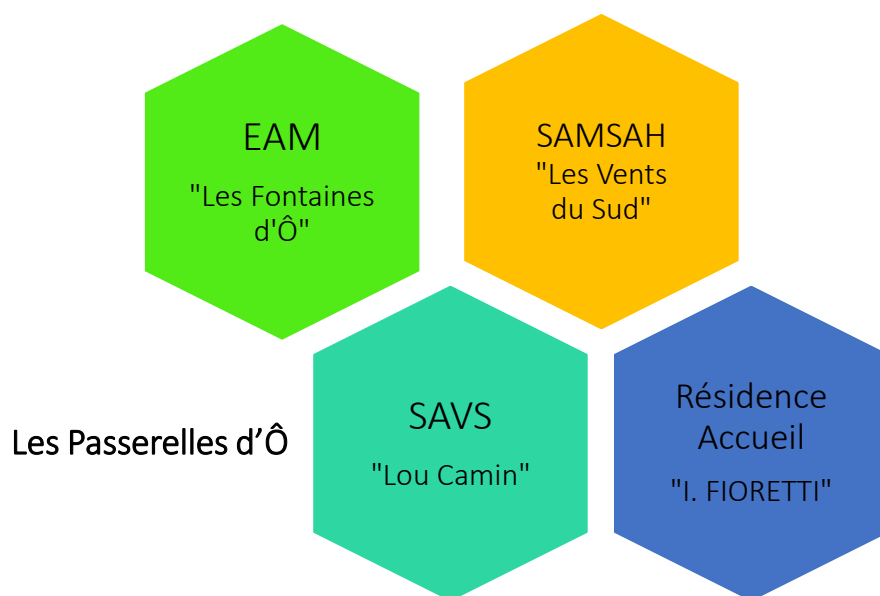


1700
professionnels qualifiés*

* pour 80 types d'emplois différents

2. LA PLATEFORME « LES PASSERELLES D'Ô »

Le SAVS « Lou Camin » est un service des « Passerelles d'Ô », plateforme construite progressivement pour répondre aux besoins d'un public très spécifique, en mettant à sa disposition une pluralité d'accompagnements possibles et des moyens – humains et matériels, organisés et outillés.



2.1. Une plateforme pour les personnes traumatisées crânio-cérébraux.

2.1.1. Un public aux caractéristiques singulières

➔ Les traumatisés crânio-cérébraux

Les établissements et services des « Passerelles d'Ô », dont le SAVS, prennent en charge les traumatisés crânio-cérébraux, porteurs d'une lésion diffuse du cerveau consécutive à un choc traumatique. Ces atteintes sont nosologiquement à différencier des autres atteintes des cérébrolésés.

Le traumatisme crânien ou traumatisme crânien-cérébral (TCC) a été défini comme un problème grave de santé publique.

Chaque année en France, 155 000 personnes sont hospitalisées pour un traumatisme crânien (dont environ 8 500 pour un traumatisme crânien grave) essentiellement du fait des accidents de la route. Cela représente, avec 75 % des causes de mortalité chez les jeunes de moins de 30 ans (plus souvent masculins).

Les séquelles des traumatismes crâniens graves font donc suite à des accidents ayant entraîné un choc sévère au niveau de la tête et du crâne, caractérisé notamment par la survenue d'un coma.

L'évaluation définitive des séquelles après la phase de récupération nécessite de longs mois pour les troubles moteurs, voire plusieurs années pour les troubles neuropsychologiques. Certains blessés ne sortent jamais du coma (états végétatifs). *La rapidité des secours d'urgence et les progrès de la médecine ont permis une amélioration du pronostic vital, mais les séquelles sont souvent importantes.*

C'est un traumatisme global qui touche la vie familiale et professionnelle de la victime mais également son entourage.

Les séquelles de traumatisme crânien grave sont souvent multiples :

- **Des séquelles motrices** : un quart des blessés en conserveront toute leur vie – souvent une hémiplégie (paralysie d'un seul côté du corps), des troubles de la coordination des mouvements ou de l'équilibre, ou encore des atteintes de la commande du mouvement des yeux.
 - **Une épilepsie ou encore des troubles sensoriels** (audition, vue, odorat, goût).
 - **Des déficits neuropsychologiques** :
 - . *Les troubles de l'attention et la fatigabilité* : la personne se démobilise très rapidement.
 - . *Les troubles de la mémoire et de l'orientation* dans le temps et dans l'espace : risque de se perdre dans les lieux publics, oubli des consignes.
 - . *Les atteintes du langage et les troubles de la perception* – pour exemple, la personne voit mais ne reconnaît pas ce qu'elle voit.
 - . *Les troubles des fonctions complexes* : manque de pragmatisme, difficulté à planifier ou concevoir des actions, à avoir des projet pour soi ou pour un groupe, et à les mener à terme...
 - . *Les troubles du comportement* et leurs manifestations proviennent des lésions du cerveau touchant le contrôle des émotions, de l'anxiété, des inhibitions sociales. Ils sont parfois spectaculaires : agressivité verbale ou physique, fugue, colère ou réaction brusque pour une frustration mineure, comportement impudique désinhibé, humeur instable, immaturité affective... et peuvent notamment survenir quand le sujet est placé dans une situation inconnue et déstabilisante (loin de ses repères habituels). Mais ces troubles sont en fait moins fréquents que des atteintes beaucoup moins visibles et beaucoup plus gênantes dans la vie quotidienne pour ces personnes et leur entourage...
- Les séquelles intellectuelles et comportementales constituent un frein considérable à la réinsertion familiale, professionnelle et sociale de la personne. Elles constituent « un handicap invisible » souvent difficile à prendre en compte comme tel tant par la personne que par son entourage.

La **sévérité du traumatisme** est évaluée en fonction des séquelles :

- Léger : le blessé retrouve son autonomie personnelle, sociale et professionnelle.
- Modéré : il conserve des séquelles motrices et/ou intellectuelles, une perte d'autonomie et des difficultés d'insertion mais peut rester sans assistance humaine plus de 24 heures.
- Sévère : partiellement ou totalement dépendant, il ne peut rester 24 heures sans assistance humaine.

Par convention, la mesure du degré de **gravité** des séquelles résultant d'un traumatisme crânien est appréciée d'après l'outil « échelle de suivi de Glasgow » (GOS).

Niveau	Situation	SAVS	SAMSAH	ADJ EAM	EAM (héb.)	Résidence
GOS 1	Correspond à une forme de récupération du sujet et à un retour à la vie normale, même s'il persiste de légères déficiences motrices ou mentales.	X				X
GOS 2	Correspond à un handicap « d'importance moyenne ». Ce niveau vise des personnes relativement autonomes dans les actes essentiels de la vie courante, mais dont les déficiences sur le plan intellectuel, de la mémoire et du comportement, nécessitent une aide et un accompagnement adaptés.	X	X	X	X	X
GOS 3	Concerne les personnes handicapées dépendantes, nécessitant l'assistance permanente d'une tierce personne pour les actes de la vie quotidienne en raison d'incapacités mentales ou physiques graves.	X	X	X	X	X
GOS 4	Correspond aux états végétatifs chroniques.	Population prise en charge par le secteur sanitaire.				

NOTA : Si cette échelle relève du degré de gravité des séquelles, elle ne correspond pas forcément à la prise en charge. D'où la nécessité de mettre en place une évaluation constante pour mesurer le degré d'évolution de la personne et pouvoir adapter en conséquence son accompagnement.

➔ Les personnes cérébrolésées

Les établissements et services des « Passerelles d'Ô », dont le SAVS, prennent en charge des personnes cérébrolésées, quelle que soit l'étiologie de la lésion cérébrale acquise – Accident Vasculaire Cérébral [AVC], anoxie cérébrale, rupture d'anévrisme, tumeur cérébrale, méningite, encéphalite...). Les séquelles sont comparables à celles d'un traumatisme crânien.

Un AVC, plus communément appelés « attaques cérébrales », « congestions cérébrales » ou « ictus », est un arrêt subit du fonctionnement du cerveau. Il est causé par :

- L'arrêt de la circulation sanguine d'une zone cérébrale, du fait de l'obstruction d'un vaisseau sanguin par un caillot (A.V.C. ischémique).
- Une hémorragie cérébrale, du fait de la rupture d'un vaisseau. Le sang se répand et endommage le tissu cérébral (A.V.C. hémorragique).

La localisation, l'importance de la zone lésée, la durée de la privation d'oxygène et la vitesse de rétablissement de la circulation sanguine déterminent la gravité de l'A.V.C. et des séquelles. Près de 80 % des accidents sont d'origine ischémique.

L'AVC, trois petites lettres qui font de gros dégâts.

A comme Accident : L'AVC est la 3^{ème} cause de mortalité et la 1^{ère} cause de handicap acquis de l'adulte dans les pays occidentaux. Les trois-quarts des survivants gardent des séquelles souvent graves, et seuls 20 % reprennent leurs activités antérieures.

L'AVC est une maladie neurologique, d'origine vasculaire tout comme l'infarctus du myocarde. Bien que l'âge soit un facteur de risque, les patients jeunes sont également touchés. 5 % ont moins de 40 ans.

V comme Vasculaire : Le vaisseau sanguin, c'est la vie. Qu'une artère cérébrale se rompe ou se bouche, le résultat est identique : une partie du cerveau n'est plus alimentée, privée des nutriments indispensables à la vie, provoquant ainsi la mort des cellules cérébrales de la partie du cerveau touchée. Si on ne rétablit pas très rapidement la circulation sanguine, la zone non irriguée est détruite.

C comme Cérébral : Le cerveau a besoin d'une irrigation permanente. Toutes les régions du cerveau peuvent être lésées par une attaque ; celles qui commandent :

- La motricité ➡ paralysie plus ou moins grave, hémiplégie...
- Le langage ➡ difficulté d'élocution, troubles du langage
- La vue ➡ troubles de la vision
- La mémoire,
- La cognition,
- L'équilibre...

En France en 2021¹², 121 940 personnes ont été victimes d'un AVC – 1 cas sur 4 survient avant l'âge de 65 ans ; et 849 300 étaient suivies pour des séquelles.

En 2022, en région Occitanie¹³, 43 personnes sont victimes chaque jour d'un AVC/Accident Ischémique Transitoire (AIT), 5 décèdent en phase aigüe et 6 ont moins de 60 ans. Le taux de mortalité est de 20% (première cause de mortalité chez la femme avant le cancer du sein, et la

¹² Chiffres publiés par l'Assurance Maladie en août 2023.

¹³ Chiffres extraits du PRS Occitanie 2023-2028 (page 383).

troisième chez l'homme), alors même qu'on sait le prévenir et qu'on sait traiter si on agit très vite.

L'AVC est également la première cause de handicap acquis de l'adulte et la deuxième cause de démence après la maladie d'Alzheimer.

Si la poursuite des actions a permis d'améliorer la prévention et l'information de la population avant, pendant et après l'AVC, notamment en informant la population depuis les signes d'alerte jusqu'à l'accompagnement du handicap, les conséquences sont encore très importantes :

- Une personne sur cinq décède dans le mois qui suit.
- Les trois-quarts des survivants en gardent des séquelles définitives – dont un tiers devient dépendant dans la vie quotidienne, un quart ne reprend jamais d'activité professionnelle du fait du handicap, et un quart des patients est dépressif.

Ainsi, les conséquences de l'AVC sont plurielles :

- Hémiplégie ou autre déficience motrice.
- Perte de langage totale ou partielle.
- Trouble de la compréhension.
- Trouble de la mémoire et de la cognition, trouble partiel ou total de la lecture ou de l'écriture.
- Troubles du comportement, difficultés psychologiques, dépression.

Les deux tiers de victimes d'AVC et 70 % de leurs proches pensent que le caractère de la personne touchée a énormément changé. La majorité des personnes de l'entourage avoue que l'aspect psychologique est difficile à gérer.

Ces séquelles entraînent¹⁴ :

- Une **dépendance** plus ou moins importante dans les gestes de la vie courante (hygiène, habillage, repas...) et dans la vie quotidienne (mobilité, activités, liens sociaux).
- Le bouleversement voire l'arrêt de la **vie professionnelle**, ayant des répercussions financières importantes pour la personne et la famille : perte d'emploi pour 34%, mise en invalidité pour 21%, sentiment de dévalorisation lors de la reprise éventuelle du travail pour la moitié des personnes concernées.
- De nécessaires changements autour de **l'habitat** : 17 % des personnes interrogées ont dû déménager après l'AVC et 39 % ont dû aménager leur habitat.
- Des conséquences dans les **relations familiales et sociales** : Pour la famille, l'AVC produit un bouleversement considérable surmonté par des membres de l'entourage souvent seuls face au handicap.

¹⁴ Les chiffres présentés sont issus d'une étude conduite en 2017 par l'Association Aide aux Victimes d'AVC / France AVC sur le retentissement des AVC au sein des familles – enquête menée sous l'égide de Pierre AïACH, sociologue, membre honoraire de l'INSERM, auprès d'un échantillon national de familles – 221 personnes victimes d'AVC dans l'année et 882 membres de l'entourage (à 70 %, le conjoint).

. L'AVC entraîne une réorganisation familiale autour de la personne et des changements professionnels des proches / du conjoint : 15 % des personnes interrogées qui travaillaient avant l'AVC ont dû arrêter de travailler, 11 % travaillent à temps partiel, 5 % ont changé d'activité.

. L'AVC est une épreuve douloureuse pour *le couple*, qui doit être traversée avec beaucoup d'efforts, de soutien et d'amour. Mais elle est souvent cause de séparation et la personne victime se retrouve seule.

. *Les enfants*, dans la majorité des cas, se sentent proches de la personne, sans toujours comprendre ce qui est arrivé et les impacts. La moitié d'entre eux affirment s'être « sentis plus adultes ».

. 20 % des victimes de l'AVC et trois personnes sur 10 de l'entourage proche déclarent avoir perdu beaucoup *d'amis* et pensent que « les amis sont gênés car ils ont peur du handicap ».

Il est essentiel de comprendre, que **l'accident** soit d'ordre traumatique, cardiovasculaire ou tumoral, **il représente pour la personne et son entourage une rupture subite et tragique avec une vie antérieure normale, dont tous gardent le souvenir ; et un temps présent déterminé par la complexité des séquelles et des incapacités.**

Le temps, l'espace, la vie sont dorénavant « divisés en deux » et il faudra reconstruire la notion d'unité si nécessaire à son identité personnelle.

La temporalité nécessaire est propre à chacun, pour accepter la réalité, entamer le travail de « deuil du passé » et ainsi s'acheminer la reconstruction de soi en termes d'estime et d'autonomie.

Par ailleurs, il est fondamental de prendre en considération que l'évolution de la personne dans l'acquisition de l'autonomie est très fluctuante ; les différents troubles induits par la pathologie impactent fortement les capacités d'apprentissage comme celles de « se souvenir de ce qui est appris ».

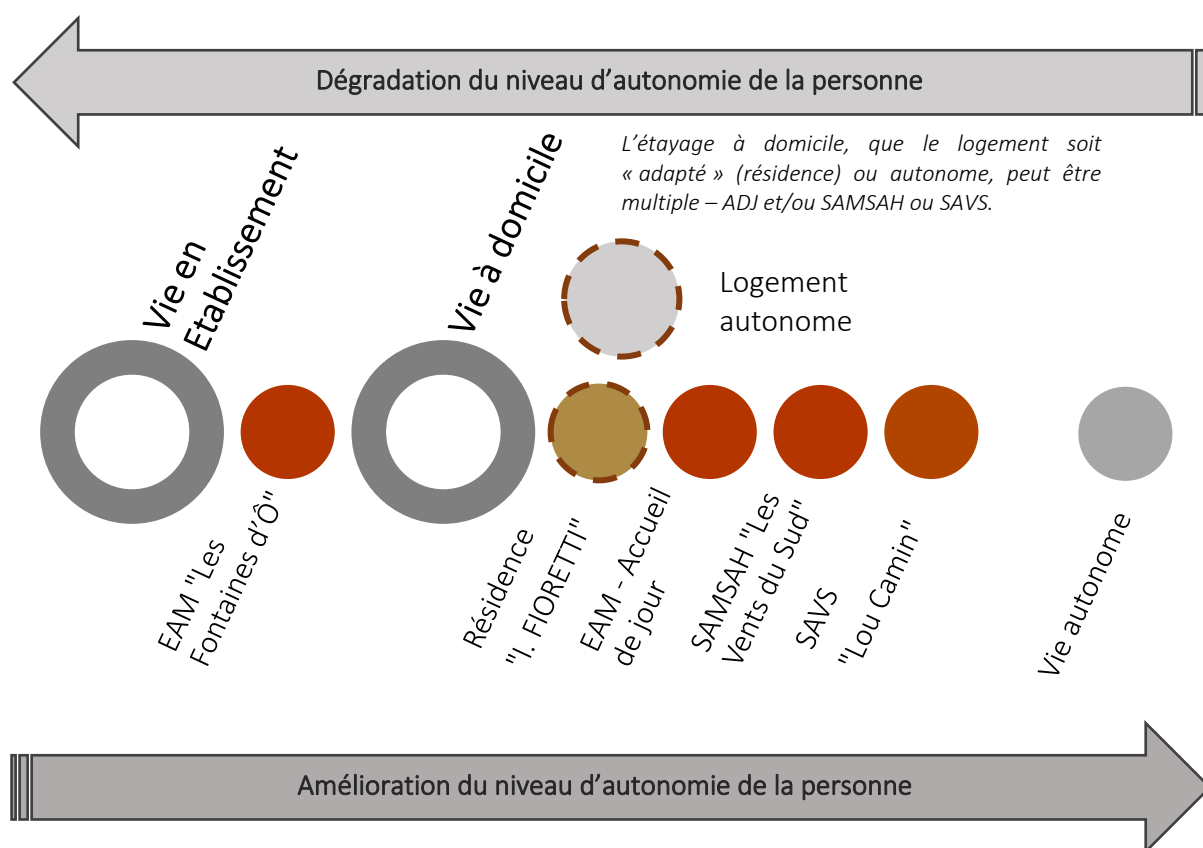
Aussi, des progrès remarquables peuvent être notés sur une période, comme une dégradation de la situation sur la période suivante... en raison d'un manque de stimulation (environnement), d'un manque d'envie d'être stimulé (personne), d'un problème de santé somatique, psychique ou psychologique venant faire frein.

La prise en charge de ce public s'inscrit donc dans la durée (projet d'accompagnement), est assurée par une équipe pluridisciplinaire formée aux spécificités de cette pathologie (expertises) et doit régulièrement s'adapter à l'évolution des besoins qu'il convient d'évaluer de manière constante (parcours pluriels).

2.1.2. Des parcours d'accompagnement multiples

La plateforme « Les Passerelles d'Ô » est novatrice dans le secteur médicosocial :

- Elle propose des **évaluations** régulières, quel que soit le mode d'accueil et d'accompagnement des personnes, basées sur des *outils partagés* entre les établissements et services.
- Elle assure le strict respect du choix de vie des personnes, en proposant des prestations *adaptatives* aux besoins et des accompagnements *évolutifs* dès que pertinent, dans le cadre de **parcours**.
- Elle s'appuie sur une nécessaire articulation entre ses différents établissements et services pour mettre en réalité l'évolution du **projet personnalisé** en assurant une **continuité** d'accompagnement.



Le « parcours » de la personne est en premier lieu construit à partir de son projet de vie et de ses souhaits – ainsi, la vie à domicile est rendue possible par un étayage important même si l'autonomie de la personne est faible.

Les multiples possibilités de prise en charge permettent d'adapter finement l'accompagnement aux besoins de la personne, liés à sa situation de handicap (niveau d'autonomie) et à l'appui d'un entourage (soutien et étayage).

Chaque établissement et service propose des prestations spécifiques, adaptées aux besoins repérés.

Prestations		SAVS	SAMSAH	EAM			Résidence
				Héberge. Complet	Accueil Temp.	ADJ	
2.1.1 - Soins somatiques et psychiques	2.1.1.1 Soins médicaux à visée préventive, curative et palliative	-	X	X	X	-	-
	2.1.1.2 Soins techniques et de surveillance infirmiers ou délégués	-	X	X	X	X	-
	2.1.1.3 Prestations de psychologues et neuropsychologues	X	X	X	X	X	-
	2.1.1.4 Prestations des pharmaciens et préparateur en pharmacie	-	X	-	-	-	-
2.1.2 - Rééducation et réadaptation fonctionnelle	2.1.2.1 Prestations des auxiliaires médicaux	-	X	X	X	-	-
2.2.1 Prestations en matière d'autonomie	2.2.1.1 Accompagnements pour les actes essentiels	-	X	X	X	-	-
	2.2.1.2 Accompagnements pour la communication et les relations avec autrui	X	X	X	X	X	X
	2.2.1.3 Accompagnements à l'extérieur avec déplacement d'un professionnel	X	X	X	X	X	-
	2.2.1.3 Accompagnements pour prendre des décisions adaptées et pour la sécurité	X	X	X	X	X	X
2.3.1 Accompagnement pour exercer ses droits	2.3.1.1 Accompagnements à l'expression du projet personnalisé	X	X	X	X	X	-
	2.3.1.2 Accompagnements à l'exercice des droits et libertés	X	X	X	X	X	X
2.3.2 Accompagnement au logement	2.3.2.1 Accompagnements pour vivre dans un logement	X	X	X	X	-	X
	2.3.2.2 Accompagnements pour accomplir les activités domestiques	X	X	X	X	-	X
2.3.3 Accompagnement pour exercer ses rôles sociaux	2.3.3.1 Accompagnements pour mener sa vie d'élève, d'étudiant ou d'apprenti	X	X	X	X	-	-

	2.3.3.2 Accompagnements pour préparer sa vie professionnelle	X	X	X	X	X	-
	2.3.3.3 Accompagnements pour mener sa vie professionnelle	X	X	X	X	X	-
	2.3.3.4 Accompagnements pour réaliser des activités de jour spécialisées	X	X	X	X	X	X
	2.3.3.5 Accompagnements de la vie familiale, de la parentalité, de la vie affective et sexuelle	X	X	X	X	X	-
	2.3.3.6 Accompagnements pour l'exercice de mandats électoraux, la représentation des pairs et la Pair-aidance	X	X	X	X	X	X
2.3.4 Accompagnement pour participer à la vie sociale	2.3.4.1 Accompagnements du lien avec les proches et le voisinage	X	X	X	X	X	X
	2.3.4.2 Accompagnements pour la participation aux activités sociales et de loisirs	X	X	X	X	X	X
	2.3.4.3 Accompagnements pour le développement de l'autonomie pour les déplacements	X	X	X	X	X	-
	2.3.4.4 Accompagnements après la sortie de l'ESSMS	X	X	X	X	X	-
2.3.5 Accompagnement en matière de ressources et d'autogestion	2.3.5.1 Accompagnements pour l'ouverture / le maintien des droits	X	X	X	X	-	X
	2.3.5.2 Accompagnements pour l'autonomie de la personne dans la gestion des ressources	X	X	X	X	X	X
	2.3.5.3 Informations, conseils et mise en œuvre des mesures de protection des adultes	X	X	X	X	X	X
2.4 Coordination renforcée / cohérence du parcours	2.4.1 Prestations de coordination renforcée pour la cohérence du parcours	X	X	X	X	X	-

Ces parcours ne sont possibles que dans une approche plurielle ; aussi, « Les Passerelles d'Ô » travaillent-elles en équipe pluridisciplinaire :

- Au sein de chaque établissement et service, et dans le cadre d'une collaboration étroite entre établissements et services, au bénéfice du parcours des personnes.
- Par la mise en place de collaborations, formalisées ou non, avec différents acteurs :
 - . Professionnels et ressources autour de la cérébrolésion et du traumatisme crânien ;
 - . Acteurs du secteur social et médicosocial du territoire ;
 - . Structures de droit commun pour l'accès aux droits, l'emploi, les activités sociales, culturelles, de loisirs ;
 - . Acteurs de la formation initiale et professionnelle – pour l'accueil de stagiaires, pour l'intervention en formation.

L'expertise de la plateforme et de ses professionnels est reconnue par tous : partenaires extérieurs, MDPH/MDA¹⁵, autorités de tarification et de contrôle..., auprès de qui ils assurent une **fonction d'appui – ressources**.

En 2003, l'ADAGES et l'Université de Montpellier (UFR de Médecine), créent le diplôme universitaire « Traumatismes crânio-cérébraux : aspects médicaux et sociaux » (niveau bac+3), toujours dispensé à ce jour.

Cette formation, destinée aux praticiens et professionnels de santé ou médicosociaux, participe à l'acquisition des connaissances sur les aspects médicaux et sociaux des traumatisés crânio-cérébraux et sur leur accompagnement.

Aujourd'hui, la plateforme se voit confier des missions d'évaluation :

- Un agrément d'équipe PCH – prestation de compensation du handicap, renouvelé chaque année au SAMSAH « Les Vents du Sud », qui conduit les évaluations à domicile.
- Une évaluation plurielle réalisée lors d'accueils temporaires à l'EAM, permettant de formuler des préconisations d'orientation pertinentes pour la personne.

NOTA : les différents bilans sont détaillés en **annexe 5** ; ils sont conduits lors de toute admission au sein d'un établissement ou d'un service des « Passerelles d'Ô », avec ou sans accueil temporaire.

Enfin, la structuration d'un « réseau TC » en région Occitanie – porté par les CHU de Toulouse, Montpellier et Nîmes, et par l'AFTC, réseau des familles ; tout comme la création par le CHU de Montpellier de « la Clinique du cérébrolésé », ont généré une augmentation des orientations vers « Les Passerelles d'Ô ». Il est essentiel – pour rester visible dans ce réseau et conserver l'expertise dans l'accompagnement des personnes cérébrolésées, de pouvoir répondre rapidement et favorablement à ces demandes (**cf. FICHE ACTION 3**).

¹⁵ MDPH : Maison Départementale pour les Personnes en situation de Handicap / MDA : Maison De l'Autonomie.

2.2. Une plateforme en appui des professionnels

2.2.1. En termes d'organisation des ressources humaines

La plateforme « Les Passerelles d'Ô » crée un espace d'expériences communes, favorisant le partage de connaissances au sein des différents établissements et services, une « *communauté de travail et de coopération* » entre des expertises professionnelles variées.

➔ L'organisation repose sur une Direction commune, qui impulse un projet managérial commun à l'ensemble des établissements et services.

. Les réunions de l'Equipe de Direction (ensemble des cadres hiérarchiques) sont garantes de la pertinence des orientations stratégiques comme opérationnelles, d'une cohérence globale d'actions, et d'une qualité de vie et des conditions de travail (DUERP, circuits de communication et d'information, outils et équipements) propices à la réalisation des missions.

L'Equipe de Direction assure les astreintes pour l'ensemble des établissements et des services : rotation des cadres pour une semaine (du lundi 7h au lundi 7h) / numéro téléphonique d'astreinte du lundi au vendredi de 18h30 à 7h, et 24/24 les samedi et dimanche. Le cadre d'astreinte se déplace dès que nécessaire.

. Le dialogue social est promu dans le cadre des instances de représentation associatives.

. Les process de communication sont structurés en interne (entre les personnes accompagnées et les professionnels – dont la Direction, et entre les professionnels) comme en externe (avec les familles, les partenaires, le réseau).

Cette communication doit servir les *échanges* et les *interactions*, le *partage d'informations* dès qu'il est nécessaire à l'accompagnement, l'écoute et la prise en compte des différents points de vue, la *responsabilité* de chacun à la place qu'il occupe.

. Des référénts institutionnels sont désignés, pour « animer » les différents projets auprès des équipes de la plateforme :

- Des référents en appui des accompagnements : référents addiction, référents buccodentaires, référent Handicap OETH ;
- Des référents en appui de l'organisation et de la prévention des risques : référent Qualité, référent RSO, référents harcèlement, référents risques infectieux, référent éthique et bientraitance, référent Lanceur d'alerte.

➡ **L'organisation repose sur une nécessaire collaboration au bénéfice d'une mission commune.**

Elle laisse de côté les individualités professionnelles – chaque professionnel, quelle que soit sa qualification, se nomme « *accompagnateur* ».

Elle permet l'adaptabilité réciproque entre les ressources humaines et les projets – « *l'organisation devient apprenante* ».

. Des espaces communs d'élaboration (outils / méthodes) et de réflexion (éthique et professionnelle) permettent d'évoluer ensemble, dans un cadre repérant mais également assez souple pour s'adapter finement à la situation de chaque personne accompagnée.

. Des formations organisées pour l'ensemble des professionnels – selon les besoins et les demandes, sont propices à la co-construction de compétences collectives, aux côtés de la montée en compétences individuelles.

. Un accompagnement et un appui aux professionnels, dans le cadre de rencontres individuelles avec l'encadrement et/ou la Direction dès que nécessaire, et de temps d'analyse de pratiques professionnelles qui permettent le dépôt d'un vécu professionnel (parfois émotionnel), une lecture croisée des interventions et de leur impact, une prise de recul nécessaire à la qualité de l'accompagnement, la co-construction d'un sens commun d'intervention.

➡ **L'organisation repose sur une gestion prévisionnelle des emplois et des parcours, adossée à la dynamique RH associative.**

Elle se base sur l'analyse des besoins d'adaptation de l'emploi au regard des spécificités du public et des orientations des projets d'établissement et de service.

Elle est essentielle pour :

. L'adaptation permanente des compétences de chacun – plan de développement des compétences, appui à la mobilisation du Compte Personnel de Formation (CPF), rencontres professionnelles internes et externes.

. Une prévention de l'usure et du désengagement – les possibles parcours de mobilité interne (« passerelles professionnelles ») en sont un levier important, portés par la Direction des « Passerelles d'Ô » comme par la Direction Générale au sein de l'association ADAGES.

. La mise en cohérence entre le projet d'établissement et celui du salarié – les entretiens professionnels sont conduits tous les deux ans.

2.2.2. En termes d'amélioration continue

La plateforme « Les Passerelles d'Ô » est engagée de longue date dans une démarche d'amélioration continue basée sur le questionnement constant des organisations, des pratiques, de la professionnalisation de chacun des acteurs intervenant auprès des personnes.

Elle repose sur quatre piliers.

➔ Une attention constante à la bientraitance et la prévention de la maltraitance et de la violence

La bientraitance est une manière d'être des professionnels au-delà d'une série d'actes, un aller-retour permanent entre penser et agir¹⁶. Elle est aussi une démarche continue d'adaptation dans le but de garantir le développement personnel et le bien-être des personnes accompagnées.

Parole de famille : « Il y a toujours eu aux « Passerelles d'Ô », une réelle bienveillance de tous, et ainsi une bientraitance au quotidien. »

Le travail avec les personnes fragiles enjoint chaque professionnel de s'engager pleinement, sans oublier le sens des actions conduites et leurs possibles impacts.

Une nécessaire « gestion des paradoxes »

La question de la bientraitance est d'autant plus prégnante que l'accompagnement des personnes cérébrolésées se conduit parfois dans un contexte d'agressivité, de refus d'accompagnement ou d'anosognosie, souvent lié aux troubles induits par la pathologie, mais également à la difficulté de deuil de la vie passée.

Le questionnement conduit à une nécessaire adaptabilité, tant de l'établissement / du service dans son fonctionnement que du professionnel dans sa pratique, pour :

- Prendre en compte les contraintes des personnes en demande et accueillies,
- Expérimenter de nouvelles pratiques dans le respect des principes éthiques et déontologiques,
- S'appuyer sur l'équipe pluridisciplinaire.

La démarche de bientraitance et la prévention des risques s'appuient ensuite sur la dynamique managériale (informations régulières, participation des professionnels, évaluations) et des process structurés :

¹⁶ « La bientraitance » - Recommandation des bonnes pratiques (ANESM – 2008).

- **Les différentes procédures de recueil et traitement des « dysfonctionnements » :** la procédure relative aux plaintes et les réclamations, la procédure de gestion des événements indésirables, la procédure de gestion des faits de violence et de maltraitance.
- Par ailleurs, chaque professionnel doit rompre tout engagement de confidentialité dès lors qu'il estime nécessaire de « signaler » une situation suspectée ou avérée de violence ou maltraitance.

Chaque professionnel a le devoir de repérer et d'alerter de tout risque grave que la structure fait courir à une personne ou à la société.

Ces signalements peuvent se réaliser à l'employeur (signalement interne) comme aux autorités si nécessaire (signalement externe).

En cas de signalement, toute personne agit dans le cadre du dispositif de protection des lanceurs d'alerte prévu au chapitre II de la loi n° 2016-1691 du 9 décembre 2016 relative à la transparence, à la lutte contre la corruption et à la modernisation de la vie économique.

➡ La gestion des risques

Le réseau prévention (CNAMTS, CARSAT, CRAM, CGSS, CSS, INRS, et EUROGIP) s'est fixé comme objectif de contribuer au développement de la culture prévention en augmentant l'impact des actions de formation, tant au plan quantitatif que qualitatif.

- ➔ Positionner la formation comme moyen fort, prioritaire, de sensibilisation et de diffusion de la prévention dans les établissements et services, afin que les principes et concepts de prévention soient mis en œuvre dans tous les processus de réflexion, de conception ou de décision de l'activité et de la vie professionnelle, au profit de la réduction des atteintes à la santé et de l'amélioration des conditions de travail.

Une nécessaire « gestion des paradoxes » :

△ L'accompagnement proposé par « Les Passerelles d'Ô » vise l'autonomie pour une « liberté » de vie, et ainsi le développement du « vouloir et pouvoir agir », tout en assurant la sécurité des personnes accompagnées.

➔ La prise de risque est un élément indissociable du processus d'accompagnement médicosocial ; aussi, la Direction est très attentive au cadre de travail et d'exercice, dans le cadre de procédures formalisées et régulièrement révisées pour être toujours pertinentes.

➔ Tout professionnel, dans son activité et grâce au partage en équipe pluridisciplinaire réalise une analyse « bénéfices – risques » pour permettre des espaces d'expérimentation sécurisés pour la personne, et en mesure les impacts (bilan, suivi de projet). Il accompagne ainsi la personne (et son entourage) à comprendre que la sécurité n'empêche pas l'autonomie, mais la sert.

Aussi, est-il nécessaire d'avoir :

- **Une approche globale de gestion des risques, pour une amélioration de la qualité.**
 - . La formation régulière des professionnels aux « gestes et postures » - par l'intermédiaire de Formadages) participe à la réduction des risques professionnels. *La nomination d'un référent PRAPS¹⁷ pour la plateforme « Les Passerelles d'Ô » est à planifier¹⁸ - cf. FICHE ACTION PASSERELLES2.*
 - . Les professionnels sont régulièrement formés par le référent, pour être chacun acteur de la prévention des risques – pour soi et pour les autres, et force de proposition pour des améliorations dans les domaines, organisationnels, techniques et humains aux situations de travail en vue de réduire les risques des TMS et ceux liés aux manutentions manuelles.
- **Des conditions favorables à la conduite de la mission :**
 - Des procédures dédiées à la prévention des risques inhérents à la vulnérabilité des personnes et/ou à la spécificité des interventions (activités variées, visite à domicile, sorties extérieures...) – sur la base d'une cartographie des risques.
 - Des procédures proposent les modalités de gestion pour :
 - . Les plaintes et les réclamations des personnes accompagnées ou tout autre acteur ;
 - . Les faits de violence et de maltraitance ;
 - . Les événements indésirables – conformément au cadre réglementaire¹⁹ et aux consignes l'ARS Occitanie (gestion de l'interface signalement d'un événement indésirable / déclenchement d'un signalement obligatoire).Un bilan annuel des situations de maltraitance survenues, et plus largement des dysfonctionnements repérés, est établi en équipe de Direction, puis présenté en réunion institutionnelle et au CVS.
 - Le Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels (DUERP), actualisé au moins une fois par an avec les équipes et – plus ponctuellement, la Médecine du travail.
 - Le Plan Bleu, qui intègre notamment les bonnes pratiques en cas d'événements climatiques (canicule et grand froid notamment) et sanitaires (risques infectieux, risques parasitaires...).

¹⁷ Prévention des Risques liés à l'Activité Physique.

¹⁸ La plateforme bénéficiait d'un référent PRAPS depuis 2017, jusqu'au départ de la structure du salarié concerné.

¹⁹ Dont le Décret N° 2016-1813 du 21 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures médico-sociales et l'Arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales

➔ Une démarche Qualité outillée

L'ADAGES s'engage à travers son projet associatif et ses activités, à proposer une offre de services de qualité centrée sur la réponse aux besoins des personnes qu'elle accompagne. En ce sens, elle a développé une politique d'amélioration continue de la qualité, conforme au cadre réglementaire de ses activités, et mise en œuvre à l'échelle associative et à l'échelle de chaque structure.

A l'échelle associative, la Direction Générale, et plus particulièrement la Direction Fonctionnelle « Qualité, Développement et RSO », vient en appui aux établissements et services de l'ADAGES par l'élaboration et la mise en œuvre d'outils transversaux :

- Des outils méthodologiques : charte de bientraitance, guide de démarche qualité, guide signalement des événements indésirables, guide contention, recueil des procédures associatives, documents types de référence (rapport de vie institutionnelle, procédures, manuel qualité type, plan de gestion de crise...
- Un pilotage associatif : un comité opérationnel technique est dédié, des groupes de travail thématiques organisés autant que de besoin.
- Des formations dédiées à l'amélioration continue de la qualité dans le plan de développement de compétences mutualisé : signalement et traitement des événements indésirables, démarche qualité et gestion des risques, référentiel d'évaluation nationale, méthode de l'accompagné traceur.

A l'échelle de la plateforme « Les Passerelles d'Ô », un pilotage opérationnel de la démarche qualité est assuré par :

- Un **référent QHSE**, nommé sur la base d'une fiche de mission associative (référent Qualité) adaptée à l'activité de la plateforme.
Il assure notamment une information régulière des professionnels sur la mise en œuvre et l'évolution de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité, et ses outils : réunions, forum, séminaires, journées dédiées, actions de sensibilisation...
- Un **Comité de Pilotage Qualité**, organisé au moins deux fois par an et composé de l'équipe de Direction, du référent QHSE et d'un échantillon de professionnels des établissements et services des « Passerelles d'Ô ».
- Un **système documentaire** structuré – arborescence informatique sur le réseau et logiciel métier (accès par login et mot de passe) : « classeur numérique » des procédures et outils, régulièrement évalués et actualisés.
- Un **plan d'amélioration continue de la qualité** (PACQ) élaboré sur la base des rapports d'évaluation, des bilans des rapports de vie institutionnelle, du bilan du projet d'établissement, des résultats d'enquête de satisfaction ou recueil d'expérience... Il est évalué et actualisé au moins une fois par an par le comité de pilotage Qualité de la plateforme. Les modalités de mises en œuvre de chaque action y sont précisées et un pilote est nommé.

Depuis le 1^{er} janvier 2022, la structure doit répondre aux nouvelles dispositions réglementaires en matière d'évaluation. Ainsi, selon le référentiel national d'évaluation de la HAS, le calendrier d'évaluation de la structure a fait l'objet d'une publication par la ou les autorités de tarification et de contrôle compétentes.

D'après ce calendrier, l'évaluation des établissements et services de la plateforme « Les Passerelles d'Ô » est programmée en 2024. Avant cette phase d'évaluation, la structure a réalisé une autoévaluation sur la base du référentiel national d'évaluation de la HAS.

Enfin, l'Association Adages a souhaité en 2022 doter ses établissements et services d'un logiciel qualité permettant notamment un suivi optimisé du plan d'amélioration continue de la qualité, du traitement des événements indésirables, la réalisation d'une autoévaluation et la gestion électronique des documents.

➤ Une réflexion éthique et un questionnement permanent

La dimension éthique est définie en appui de la Recommandation des bonnes pratiques (« Le questionnement éthique dans les établissements sociaux et médicosociaux », ANESM HAS – 2010) : « *L'éthique est une réflexion qui vise à déterminer le bien agir en tenant compte des contraintes relatives à des situations déterminées* »²⁰.



L'éthique prend ancrage dans :

— La morale, se fondant sur une définition du « bien » et du « mal », en lien avec les valeurs culturelles fondant notre société.

— Le droit, soit « l'ensemble des règles (législatives et réglementaires, nationales et européennes, écrites et jurisprudentielles) régissant la vie en société qui s'imposent à tous et qui définissent les droits et les responsabilités de chacun ». Le

respect du droit concerne particulièrement les droits des personnes accompagnées – personnes et familles.

— La déontologie, ou « l'ensemble des règles régissant un métier, une activité ». Si certains professionnels sont soumis à une déontologie précise (médecin, psychologue, assistant de service social...) que l'organisation de l'établissement prend en compte, tous les professionnels s'engagent à respecter la déontologie de l'accompagnement et

²⁰ Définition de J.-J. NILLÈS, prenant en compte des travaux de A. BADIOU et de P. RICOEUR – cabinet Socrates, ANESM-HAS, « Analyse documentaire relative au développement d'une démarche éthique dans les ESSMS ».

les valeurs associatives : respect de la personne accompagnée en tant qu'individu et premier acteur de son parcours, confidentialité et partage d'informations dès que nécessaire notamment.

La réflexion est encouragée :

. Au niveau de la plateforme et plus largement de l'association dans le cadre de participation à des instances nationales ou sur le territoire – réseau en appui (ARS, Conseil Département, France AVC...). Deux référents institutionnels Ethique et Bientraitance sont identifiés au sein des « Passerelles d'Ô ».

. Au niveau des professionnels lors des réunions d'équipe, des formations proposées, des temps d'analyse de pratiques, ou d'entretien individuel dès que nécessaire.

. Avec les personnes accompagnées et les familles (CVS, groupes de parole, réunions dédiées, co-construction autour du Projet Personnalisé).

Elle doit reposer à la fois sur la dimension morale (dont on ne peut ignorer les principes) et sur la dimension déontologique et celle du droit (règles partagées) pour revêtir une dimension éthique : « *quelle décision est la meilleure dans ce cas présent, quelle posture, quels mots, quelle manière adoptée pour dire ?* »

2.2.3. En termes de système d'informations

Des outils logiciels (métier, comptabilité, qualité) **et un réseau informatique** sont mis à disposition pour assurer la disponibilité des informations nécessaires (système d'informations) :

- A l'accompagnement des personnes – dans le cadre d'une traçabilité essentielle : dans le dossier de chaque personne accompagnée, constitué dès l'admission au sein d'un établissement ou service. Tout document, demande, intervention, évaluation... y sont consignés.
- Au fonctionnement de la structure – CR de réunions, tableaux de bord, documents de communication, données du personnel...

Ainsi, un système d'informations est mis en place :

- Le **Dossier Unique de l'Usager informatisé** (logiciel DUI), permettant la traçabilité de l'accompagnement (projet personnalisé de la personne et toute information médicale, bilans, habitudes de vie et autres de la personne accompagnée), la confidentialité des données²¹ (accès login et mot de passe) et le partage de l'information²² auprès des personnes intervenant dans l'accompagnement. La communication du dossier à la

²¹ Conformément aux dispositions du CASF en son Article D. 312-37 du CASF et aux articles L.1111-7 et L.1111-8 du Code de la Santé Publique, dans le respect des règles de droit régissant la confidentialité et le secret professionnel.

²² En référence au code de la Santé Publique – articles R1110-2, R1110-3, D1110-3-1 à D1110-3-5.

personne est définie dans une procédure interne dédiée²³, respectueuse du cadre réglementaire²⁴.

- La **gestion électronique de documents** [GEDOC] avec toutes les procédures notamment celles d'accès aux documents, aux dossiers, de sortie d'un document...
- La **messagerie** interne entre professionnel et externe, avec les familles ou autres
- Les **logiciels** mis en place par le siège de l'Association : Comptabilité, RH, qualité...
- Le **site internet institutionnel**, géré par le siège.
- **Intranet ADAGES** (Up)

Par ailleurs, l'ADAGES a engagé un travail partenarial autour de l'identitovigilance avec l'ensemble des associations de sa grappe dans le cadre du Plan ESMS Numérique. Ce travail doit conduire d'ici fin 2024 à :

- L'élaboration et la signature d'une charte identitovigilance ;
- La réalisation d'une autoévaluation dans les structures afin d'identifier les actions prioritaires à mener et les protocoles concernés ;
- La formation des professionnels à l'identitovigilance ;
- Une gouvernance partenariale pour le suivi des actions identifiées.

Les établissements et les services respectent l'**affichage obligatoire** : coordonnées de la DREETS, de la médecine du travail, des élus aux CSE / panneaux syndicaux / règlement intérieur et consignes de sécurité, modalités d'accès et de consultation du DUERP / horaires et planning, convention et accord collectif de travail...

2.2.4. En termes de responsabilité sociale

L'ADAGES s'est engagée à développer et diffuser une démarche Responsabilité Sociétale de l'Organisation (RSO), au travers de l'action n°4, inscrite dans son projet associatif.

A côté des principes qui visent à garantir la dimension sociale de l'ADAGES à l'égard des personnes accompagnées et de ses équipes, sa pérennité financière et économique, il nous faut prendre en compte la dimension environnementale de nos activités. (Extrait de la fiche action n°4, Projet associatif, fascicule 2)

Evaluer l'impact sociétal d'un programme ou d'une activité consiste à s'intéresser aux changements positifs ou négatifs, prévus ou non, à court, moyen et long termes, engendrés par une activité sur l'ensemble de ses parties prenantes (personnes ou groupes de personnes ayant une influence ou étant influencés directement ou indirectement par le projet).

²³ Procédure « Communication du dossier à l'utilisateur » [PÔ-SOI-DIP PRO 01].

²⁴ Notamment Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et le RGPD (mai 2018) / loi du 2 janvier 2002 qui dispose que « la personne prise en charge par un établissement a un droit d'accès à toute information ou document relatif à sa prise en charge, sauf dispositions législatives contraires ».

La démarche RSO suggère que chaque décision stratégique soit étudiée au regard de 3 piliers : social, économique, environnemental.

A partir de cette analyse, l'association peut faire évoluer son activité en s'inscrivant dans un développement durable et avoir un impact vertueux sur son territoire d'implantation.

Sur les aspects économiques, la législation et les autorités de contrôle et de tarification régulent déjà beaucoup les modes de gestion, en termes de résultats, taux d'endettement, etc.

Sur les aspects sociaux de la démarche, l'ADAGES, sensible à la qualité de vie et des conditions de travail (QVCT), mène depuis plusieurs années des actions d'amélioration sur les thèmes de la professionnalisation, de la santé au travail, du dialogue social et de la diversité au sein de ses équipes de professionnels.

Enfin sur les aspects environnementaux, l'ADAGES a élaboré un plan d'action pour la période 2019-2024 pour mettre en œuvre des initiatives, pour l'ensemble de ses structures sur les champs de la construction durable et des écogestes, de la mobilité durable, de la réduction des déchets – tri – réemploi, et des achats responsables.

Ce plan est complété par le plan de transition environnementale 2024-2027 de l'ADAGES, publié sur le site de l'ADEME dans le cadre du Bilan Carbone de l'association, effectué sur l'exercice 2022, qui s'organise autour de 5 thématiques stratégiques :

- La communication
- L'énergie
- Les déplacements
- Les déchets
- Les achats

Ces actions sont pilotées par un Comité stratégique RSO qui se réunit 2 fois par an et constitué de toutes les parties prenantes internes : administrateurs, Direction Générale et Equipe de Direction du Siège social, Directeurs d'établissements et services représentants des 4 pôles d'intervention de l'ADAGES, et collaborateurs référents qualités.

Ce Comité stratégique est chargé de définir les indicateurs de performance RSO, d'initier et de suivre l'avancée des actions engagées de manière transversale.

Au-delà des actions portées au niveau associatif, les établissements et services peuvent également mener des actions ponctuelles ou continues, en lien avec les spécificités des publics accompagnés.

« **Les Passerelles d'Ô** » sont pleinement engagées dans ces diverses actions. Un référent y est nommé et participe aux réunions du comité stratégique RSO ADAGES et à la mise en place d'actions variées.

3. PRESENTATION DU SAVS

1999	<ul style="list-style-type: none"> • Autorisation d'ouverture - capacité : 20 places • Département de l'Hérault (Sète - Clermont l'Hérault - Saint Mathieu de Tréviers - Lunel)
2002	<ul style="list-style-type: none"> • Augmentation de la capacité d'accueil à 40 places
2015	<ul style="list-style-type: none"> • Organisation en file active - capacité : 120 places • Modulation des accompagnements (rythme / intensité)
2018	<ul style="list-style-type: none"> • Approche SERAFIN PH pour l'évaluation des besoins et l'organisation des prestations.

3.1. Le champ de l'autorisation

Le SAVS est un service de la plateforme « Les Passerelles d'Ô », au sein du Pôle Adultes handicapés et Personnes âgées de l'ADAGES.

Il est autorisé²⁵ depuis 1999 à accompagner pour accompagner des adultes en situation de handicap sur une capacité de 20 places, puis 40 à compter de 2002. Les personnes sont âgées de 20 à 65 ans et présentent des séquelles dans le champ de la cérébrolésion et vivant à domicile dans une relative autonomie (GOS 1).

La mise en place de la file active dès 2015²⁶ a conduit le service à devoir accompagner chaque année **120 personnes** sur les 40 places autorisées.

Catégorie d'établissement	Capacité	File active	Moyenne d'âge	Caractéristiques des usagers	Mode de fonctionnement
SAVS « Lou Camin »	40	120	48	Lésion cérébrale : Traumatisme Crânio-cérébral Accident Vasculaire Cérébral Tumeur cérébrale	Prestation en milieu ordinaire

Le fonctionnement en file active permet de proposer un **accompagnement modulé en fonction de chaque personne**, toujours dans une logique de personnalisation des interventions, en coordonnant les différentes actions sur le terrain en lien avec des acteurs du champ médicosocial, social, et le milieu ordinaire. Cette organisation permet également d'accompagner un plus grand nombre de personnes.

²⁵ Arrêté du Président du Conseil Général de l'Hérault du 24/11/1998 – capacité 20 places, puis arrêté de renouvellement du 20/12/2016 – capacité 40 places) pour la période du 04/01/2017 au 04/01/2032.

²⁶ Dans le cadre du cahier des charges des missions, du fonctionnement et de l'organisation des SAVS et des SAMSAH du département de l'Hérault – Mars 2014, et du Règlement Départemental de l'Aide Sociale 2021.

Par choix institutionnel²⁷, le service intervient principalement sur une **zone géographique** qui s'étend entre Sète au sud, Clermont l'Hérault à l'ouest, St Mathieu de Tréviers au nord et Lunel à l'est.

Au regard de ses missions et de son autorisation, le SAVS revêt :

➔ **Une utilité sociale vis-à-vis des personnes accompagnées :**

Conformément au CASF²⁸ et à l'autorisation, le SAVS « Lou Camin » a pour « *vocation de contribuer à la réalisation du projet de vie de personnes adultes handicapées par un accompagnement adapté favorisant le maintien ou la restauration de leurs liens familiaux, sociaux, scolaires, universitaires ou professionnels et facilitant leur accès à l'ensemble des services offerts par la collectivité.* »

Il propose ainsi un accompagnement pluriprofessionnel (social, neuropsychologique, psychologique) qui vise à soutenir la personne dans la reconstruction de son identité, de sa vie sociale, professionnelle, en tenant compte de son handicap et en évaluant ses besoins.

La réforme tarifaire des structures et services médico-sociaux **SERAFIN-PH** classe les besoins²⁹ dans 3 grandes catégories : besoins en santé, besoins en autonomie et besoins en participation sociale. Cet outil permet aux équipes de terrain d'utiliser un langage commun et compris de tous, à travers l'expression des besoins de l'utilisateur recueillis auprès de lui et de ses proches, mais également repérés lors des évaluations médico-psycho-cognitivo-sociales.

Ces besoins sont ensuite mis en lien avec des prestations proposées par le service – *le SAVS n'intervenant pas en réponse aux besoins médicaux et paramédicaux.*

➔ **Une utilité sociale vis-à-vis des familles**

L'équipe pluridisciplinaire du SAVS est à l'écoute des demandes et besoins des familles afin de pouvoir y répondre.

Cette écoute est d'autant plus importante que la survenue de l'accident – traumatique, cardiovasculaire..., et ses séquelles impactent fortement l'ensemble de l'entourage de la personne.

➔ **Une utilité sociale dans le champ social**

Le SAVS « Lou Camin » participe et promeut le réseau constitué autour de l'accompagnement des personnes cérébrolésées.

²⁷ Dans un objectif d'optimisation des moyens au service des accompagnements (organisation des VAD, temps de déplacement...).

²⁸ La mission des SAVS est définie par le CASF aux articles D312-162, D312-163, D312-164 et D312-165.

²⁹ Nomenclatures des besoins et des prestations SERAFIN PH – 2018 (2nde version).

3.1.1. Le cadre légal et réglementaire

Les missions et conditions de création du SAVS sont définies par

- Le **Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF)**³⁰,
- Le **décret n°2005-223 du 11 mars 2005**, relatif aux conditions d'organisation et de fonctionnement des services d'accompagnement à la vie sociale et des services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés.

Le SAVS intervient dans un cadre légal et réglementaire important, détaillé en **annexe 2**.

- **La Loi du 2 janvier 2002** rénovant l'action sociale et médicosociale, dite loi 2002-2, qui place l'usager au cœur de l'accompagnement comme personne de droit et co-constructeur de son parcours,
- **La Loi du 11 février 2005** pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées,
- **La Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016**, de modernisation de notre système de santé.

Le cadre légal s'est enrichi suite au **rapport « Zéro sans solution » de Denis Piveteau (Juin 2014)**, qui a mis en avant des axes et propositions pour construire des solutions d'accompagnement de toutes personnes en situation de handicap.

Ce rapport entérine le « *devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture pour les personnes en situation de handicap et leurs proches* » et s'est traduit notamment par la mise en œuvre de la démarche nationale et territoriale RAPT, pour « **Une Réponse Accompagnée Pour Tous** » et l'inscription dans la Loi de modernisation de notre système de santé (2016) du **Dispositif d'Orientation Permanent (DOP)**.

Les orientations des politiques nationales, qui s'inscrivent dans la continuité de la circulaire du 2 mai 2017 relative à la transformation de l'offre d'accompagnement des personnes handicapées³¹, invitent à une **évolution de l'offre autour de logiques multiples** :

- Une logique inclusive impliquant un renforcement de l'accompagnement de la personne ancré dans son lieu de vie : environnement social, familial, professionnel et une participation des personnes en situation de handicap à la société.
- Une logique d'autodétermination ou de renforcement du pouvoir d'agir des personnes, allant au-delà de la simple prise en compte de leur « avis », actrices de leurs choix et de la définition de leurs projets.

³⁰ Et notamment les articles L312-1 et L313-1-1.

³¹ CIRCULAIRE N° DGCS/3B/2017/148 du 2 mai 2017 relative à la transformation de l'offre d'accompagnement des personnes handicapées dans le cadre de la démarche « une réponse accompagnée pour tous », de la stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale (2017-2021) et de la mise en œuvre des décisions du CIH du 2 décembre 2016.

- Une logique de parcours ou de « solutions » prenant en considération les transitions et prévenant les ruptures, assurant la coordination de dispositifs complémentaires souples et modulables et une réponse "sur mesure" s'appuyant sur une évaluation des besoins ;
- Une logique d'implantation et de délivrance des prestations sur un territoire de besoins.

L'enjeu est de faire évoluer le secteur médicosocial selon une approche prenant en compte les besoins des personnes en situation de handicap et leurs aidants. Il s'agit de promouvoir une réponse « sur mesure » qui implique de diversifier les modes d'intervention et sortir d'une logique de structure. »

En appui, la réforme de la tarification est engagée : **SERAFIN PH** – Services et Établissements, Réforme pour une Adéquation des FINancements aux parcours des Personnes Handicapées, et ainsi une meilleure réponse aux besoins repérés par des prestations ciblées – *proposition de nomenclatures*.

Le SAVS « Lou Camin » s'appuie aujourd'hui sur les différentes nomenclatures dans le cadre de ses missions et de ses projets.

3.1.2. La participation aux politiques locales et nationales

Le SAVS s'appuie dans son organisation, ses pratiques et les prestations qu'il propose, sur les **recommandations des bonnes pratiques de l'HAS-ANESM**, présentées en **annexe 2**.

Le SAVS s'inscrit dans le respect du « **Cahier des charges des missions, du fonctionnement et de l'organisation des SAVS et SAMSAH du Département de l'Hérault** » (mars 2014).

Le SAVS « Lou Camin » est l'un des 14 SAVS du département (720 places en 2023). Il est le seul spécialisé sur la cérébrolésion.

Le SAVS s'inscrit dans son environnement local, et les orientations du Schéma Départemental de l'autonomie 2023-2027. En synthèse, il est retenu :

- Axe 1 – Renforcer l'information et la prévention

La fiche Action n°5 prévoit de dédier des financements spécifiques pour les SAMSAH et les SAVS, pour mener des actions de repérage des fragilités, notamment auprès des aidants.

Le SAVS « Lou Camin » est d'ores et déjà engagé dans l'appui aux aidants, au regard du handicap spécifique de la cérébrolésion acquise – « invisible », évolutif et fluctuant dans ses impacts, venant bouleverser la vie de l'entourage de la personne du fait de sa survenue subite (accident).

- Axe 3 – Diversifier et transformer l’offre

La fiche Action n°12 est dédiée aux SAVS et aux SAMSAH : Pour répondre aux besoins du territoire, une augmentation du nombre de places est prévue (200 places supplémentaires pour les SAVS et 180 pour les SAMSAH), notamment pour des handicaps spécifiques.

La fiche Action n°16 – renforcer l’offre de places pour les PH adultes propose l’ouverture de places en DISAH – dispositif d’intervention spécialisé pour les personnes handicapées, fléchées en direction des personnes bénéficiant d’un Plan Global d’Accompagnement (PAG).

Cette action est articulée avec la fiche Action n°19 qui prévoit de promouvoir les logiques de plateforme afin de mieux répondre aux situations complexes.

L’ADAGES a d’ores et déjà évalué la pertinence d’une offre plurielle à destination des personnes porteuses d’un handicap spécifique, et proposé des réponses à destination des personnes cérébrolésées dans le cadre de la plateforme « Les Passerelles d’Ô » dont le SAVS est un acteur.

3.2. Le public du SAVS

3.2.1. Les personnes accompagnées³² et leurs besoins³³

Le SAVS « Lou Camin » s’adresse aux personnes handicapées adultes présentant des **séquelles dans le champ de la cérébrolésion** – dont les caractéristiques sont détaillées en partie 2, âgés de 20 à 65 ans, **vivant en milieu ordinaire de vie de façon habituelle**.

Même si le service s’adresse à des personnes dont l’autonomie relative est présente, les séquelles sont encore importantes, générant des besoins particulièrement dans la dimension quotidienne et sociale.

Les séquelles motrices génèrent des besoins multiples :

- . En termes psychiques : besoin d’écoute et de parole pour comprendre, prendre conscience, accepter, besoin d’appui pour faire le deuil de « la mobilité passée » ...
- . En termes d’autonomie quotidienne : aide aux aides à la vie quotidienne (AVQ) et à l’entretien personnel, aide au repérage spatio-temporel, aide à la mobilité, aide pour la sécurité (dans le logement et à l’extérieur).
- . En termes de participation sociale, notamment des besoins pour vivre dans son logement, se déplacer et participer à la vie sociale.

Les séquelles sensorielles sont à l’origine de besoins en rééducation des fonctions sensorielles, de gestion de la douleur, mais également – notamment à domicile, de prévention des risques et prise de décisions pour la sécurité (*la perte d’odorat et/ou de*

³² Les chiffres présentés sont extraits du Rapport de Vie Institutionnelle du SAVS 2023.

³³ Besoins présentés à partir de la nomenclature des besoins – SERAFIN-PH

goût pouvant générer des situations comme des pratiques à risques), d'appui pour accomplir les activités domestiques (repas et équilibre alimentaire particulièrement).

Les déficits neurologiques – séquelles intellectuelles et/ou comportementales constituent un frein à la relation à soi comme à autrui, dans les différentes « sphères » – familiale, sociale, professionnelle.

Cela génère des besoins très variables d'une personne à l'autre, en fonction de la sévérité de son handicap, de la gravité des séquelles, et en fonction de son environnement (personne entourée ou non) :

. En termes d'autonomie, notamment dans les relations et les interactions avec autrui (notamment avec les différents intervenants à domicile), et pour prendre des décisions adaptées – y compris dans ses modes de vie (prévention des risques et des addictions).

. En termes de participation sociale : besoins en matière d'apprentissages, besoins en lien avec la gestion des ressources, l'exercice des rôles familiaux (conjugalité, parentalité, vie affective et sexuelle) sociaux (emploi, formation, citoyenneté, Pair-aidance).

Le service peut intervenir dès lors qu'une notification de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) est octroyée, et suite à l'admission de la personne (procédure d'admission interne).

En 2023, le SAVS « Lou Camin » a accompagné 60 personnes, majoritairement des hommes (75%).

11 personnes ont intégré le service dans l'année, et 5 en sont sorties.

La durée d'accompagnement est très variable selon les situations, allant – pour les personnes sorties en 2023, de 6 mois à presque 12 ans.

Les personnes accompagnées habitent dans le département de l'Hérault : **58% résident à Montpellier, les autres sont réparties dans 17 communes différentes.**

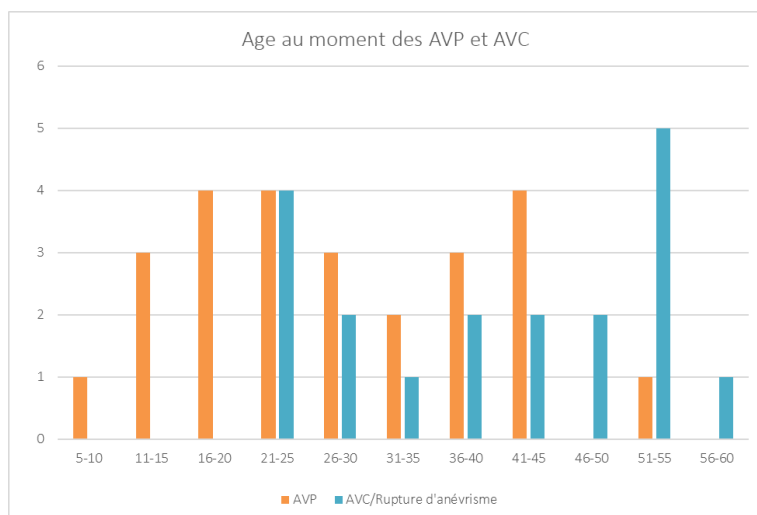
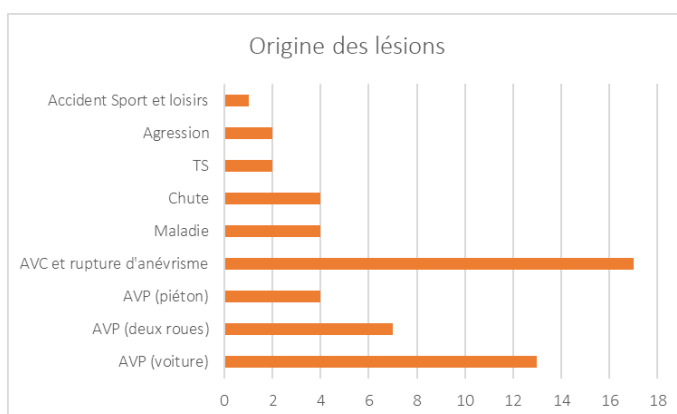
Les interventions se conduisent principalement à domicile ou à l'extérieur – notamment pour l'accompagnement aux rendez-vous médicaux, générant de nombreux déplacements des professionnels – *60 000 kms parcourus dans l'année (pour les deux services SAVS et SAMSAH).*

Les personnes accompagnées sont généralement orientées par un établissement sanitaire, de rééducation ou médicosocial ; pour autant, les démarches individuelles ou des familles représentent – en 2023, 20% des demandes.

Il est à noter que près de 30% des demandes sont refusées car « hors agrément » - *le travail de communication sur la spécificité du public est à poursuivre.*

Ces personnes souffrent de lésions cérébrales acquises à la suite de :

- Un **accident de la voie publique** (AVP : auto, moto, vélo, piéton) – 40%.
- Un **AVC ou une rupture d'anévrisme** – 28%
- Un **accident de la vie** (chute, sport, travail) – 12% (dont près de 30% concernent les suites d'une agression ou d'une rixe).
- Une maladie – 6%
- Une tentative de suicide – 3%



L'âge des personnes au moment de « l'accident » est varié.

Toutefois, les AVP concernent principalement des personnes jeunes, voire très jeunes au moment de l'événement.

Alors que les AVC concernent principalement les plus de 40 ans.

Les personnes accompagnées ont entre 20 et 65 ans ; **près de 47% des usagers ont 50 ans et plus et 47% ont entre 30 et 49 ans.**

En termes de besoins et d'attentes pour les plus âgés, la question du vieillissement est ainsi souvent abordée au sens de l'autonomie principalement : impact de l'avancée dans l'âge et risques de perte ou d'autonomie ou d'aggravation, faisabilité d'un maintien à domicile dans les années à venir.

Pour les personnes entre 30 et 50 ans, les préoccupations – au-delà de la coordination des soins, résident principalement autour de la vie sociale, de la vie affective et familiale, et d'une projection possible dans une vie active et citoyenne.

Les personnes vivent majoritairement seules – 40% sont célibataires, 28% sont séparées ou divorcés.

Les personnes accompagnées sont majoritairement sans activité, du fait de leur situation (*manque d'envie ou difficulté d'accès à une activité 45%*), d'une invalidité (20%), ou parce qu'à la retraite (5%).

30% des personnes sont actives : Travail en milieu ordinaire (6 personnes), en ESAT ou entreprise adaptée (7 personnes), suivent une formation (4 personnes) ou s'investissent dans le bénévolat (1 personne).

En termes de besoins et d'attentes, le souhait d'une participation sociale pour prévenir l'isolement est souvent au cœur des préoccupations.

Pour une partie des personnes, le maintien ou l'appui à l'exercice d'un rôle social « utile » - activité professionnelle ou bénévole, fait partie des besoins explicites.

Pour les personnes vivant en couple et/ou familles, le besoin de médiation avec les proches est important, notamment en termes de compréhension de la situation et des évolutions (souvent plurielles, parfois contradictoires). Et le besoin d'appui et de soutien des aidants est prégnant, pour être « à la bonne place » auprès de leur conjoint / parent. Les personnes vivant en logement autonome, elles peuvent avoir des besoins dans la relation et l'interrelation avec autrui, notamment le voisinage.

40% des personnes (24 sur 60) bénéficient d'une mesure de protection – curatelle simple (30%) ou renforcée (62%), tutelle (8%). La mesure est exercée par la famille dans 30% des cas.

En termes de besoins et d'attentes, une articulation avec le mandataire, judiciaire ou familial, est attendue pour l'accès et le maintien des droits et les démarches administratives.

Les mandataires judiciaires sont souvent peu disponibles, et les mandataires familiaux manquent parfois de compétences et de ressources. L'équipe est ainsi souvent en appui face à des besoins dont les réponses devraient être ailleurs.

Les spécificités des personnes cérébrolésées font que TOUS les besoins de la nomenclature SERAFIN-PH peuvent être présents (cf. **Annexe 3**) – *selon les situations*.

Toutefois, au regard de l'activité du SAVS, **trois catégories « principales »** de besoins pourraient être repérées.

Un besoin spécifique de soutien psychologique

Le SAVS « Lou Camin » a fait le choix d'avoir une psychologue clinicienne au sein de son équipe, qui intervient auprès des professionnels (éclairage clinique) mais également auprès des personnes, lors d'animation de groupes de parole ou de suivis individuels, ou encore de l'entourage familial.



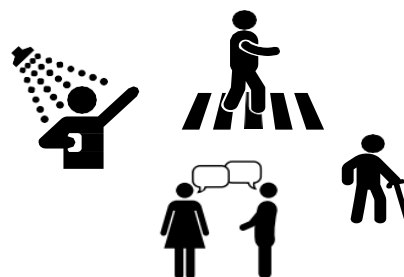
1.1.1.10

Besoins pour entretenir et prendre soin de sa santé psychique

Les personnes vivent à domicile, mais peuvent nécessiter d'un appui psychologique, d'écoute, parfois de suivi régulier pour se réassurer dans la vie quotidienne et les projets.

Un besoin spécifique en matière d'autonomie pour vivre en sécurité et prendre des décisions adaptées.

En lien avec le besoin de prévenir les risques en termes de sécurité liés à des déficits sensoriels, **900 actes de stimulation sensorielle**, ont été réalisés par l'Analyste sensoriel spécialisé en 2023, dans les bilans et la prise en charge des troubles sensoriels, troubles séquellaires et spécifiques de la lésion cérébrale.



1.2.1.4

Besoins pour prendre des décisions adaptées et pour la sécurité

Les personnes souffrant de troubles sensoriels ont une perception erronée de leur environnement, les mettant possiblement en risques au quotidien - freins importants à l'autonomie de vie.

Un besoin spécifique en matière de participation sociale pour exercer ses rôles sociaux.

1680 actes concernant les démarches professionnelles et socio-administratives ont été proposés par les professionnels. Les besoins des personnes concernent l'exercice de différents rôles sociaux – au sein d'une vie citoyenne, professionnelle, familiale, sociale.



1.3.3

Besoins pour l'insertion sociale et professionnelle et exercer ses rôles sociaux

Les personnes vivent à leur domicile et entendent, malgré leur handicap, s'inscrire dans une vie "ordinaire" - familiale, sociale, professionnelle et citoyenne.

3.2.2. Les besoins de l'entourage

Comme évoqué en partie 2, l'accident de la personne génère pour elle-même ET pour son entourage, une rupture subite avec une vie antérieure « normale », dont chacun garde le souvenir.

Le handicap « acquis » est une situation dans laquelle le « deuil de la vie passée » est essentiel pour se projeter vers l'avenir. C'est aussi le cas pour l'entourage proche de la personne.

Mais ce deuil n'est possible que si la situation est comprise :

... Les causes : *que s'est-il passé ? qu'est-ce que l'accident a induit chez mon proche ?*

... Les conséquences : *le comportement d'aujourd'hui est-il une conséquence directe de l'accident ? Les changements que je perçois sont-ils liés à l'accident ? l'accident peut-il tout expliquer ?*

En effet, l'accident génère chez la personne des séquelles parfois très importantes et pour certaines « invisibles », donnant parfois une image à l'entourage d'une personne « à mauvais caractère » ou « perturbée psychologiquement », avec qui il est difficile de vivre.

Enfin, la vie après l'accident est si différente, nécessite tant d'efforts et d'aménagements – matériels, organisationnels, émotionnels, que les proches peuvent parfois se sentir dépassés, fatigués, ou « pas à la hauteur ».

Même si l'accompagnement du SAVS s'adresse à la personne cérébrolésée, il doit prendre en considération l'entourage de la personne, ses « états » et ses besoins. En effet, cet entourage est un appui essentiel au rétablissement de la personne comme un étayage indispensable à l'équipe dans ses interventions.

L'entourage a des besoins d'information, d'écoute, de réassurance, parfois de répit.
S'il est écouté dans ses questionnements, rassuré dans sa place, et appuyé dans la compréhension et l'acceptation de la situation, il est une ressource pour la personne.

3.3. L'organisation des moyens

3.3.1. L'équipe pluridisciplinaire et son organisation

Dans le respect du cadre réglementaire et des missions confiées, le service s'appuie sur une équipe plurielle – cf. Annexe 6 « Organigramme ».

- **Une fonction d'encadrement**, portée par le chef de service sous la responsabilité de la Direction – *la fonction de chef de service (CDS) est commune avec le SAMSAH « Les Vents du Sud ».*

Le chef de service est garant des orientations définies par la Direction, du fonctionnement du service comme du respect du périmètre de la mission confiée et du projet de service. Ainsi,

- Il représente l'institution et le cadre auprès des personnes accompagnées, qu'il est amené à rencontrer lors de la phase d'admission, de l'accueil – signature des documents contractuels, et tout au long de l'accompagnement autant que nécessaire.
- Il représente l'institution et le service auprès des familles et des partenaires.
- Il encadre l'activité du service et est garant de la cohérence des projets d'accompagnement, de leur bon déploiement et de leur évaluation.
- Il anime l'équipe dans le cadre des réunions du service, et lors d'échanges individuels en tant que de besoin sur les situations complexes, les relations partenariales, les projets transversaux qu'elle encourage, accompagne et régule en lien avec la Direction.
- Il pilote la démarche d'évaluation de la qualité des prestations, participe à la démarche qualité et veille à la bienveillance et bientraitance des personnes accompagnées.

- **La fonction d'accueil – secrétariat**, portée par la secrétaire médicosociale du SAMSAH et la secrétaire du SAVS.

Le service est ouvert 5 jours sur 7 de 9h à 18h30.

Le secrétariat travaille en lien avec le chef de service et l'équipe.

- Il est le premier interlocuteur des professionnels dans le cadre des orientations de parcours, et des personnes / familles qui sollicitent le service suite à une notification de la CDAPH.
- Il veille à la constitution et complétude des dossiers individuels (logiciel) pour chaque accompagnement.
- Il assure le suivi administratif de l'activité (tableaux de bord) et la diffusion d'informations et de documents au sein de l'équipe et aux différents partenaires.
- Il participe aux réunions d'équipe sur les questions de fonctionnement.

☞ La fonction d'accompagnement

Près de 10 professionnels travaillent du lundi au vendredi de 9h à 18h30 – les horaires pouvant être légèrement décalés pour s'adapter au rythme de vie des personnes.

- **Les travailleurs sociaux (éducateur spécialisé, moniteur éducateur, CESF)** conduisent une action éducative et participe à l'insertion sociale des personnes. Ils assurent une intervention socioéducative adaptée des personnes sur différents volets en fonction des besoins : appui administratif, appui à la participation sociale et à la vie sociale au sens large.
 - **Le psychologue clinicien** intervient sur deux volets – sous la responsabilité directe de la Direction :
 - L'accompagnement des personnes – la prise en compte de la dimension psychologique est essentielle pour un accompagnement holistique psycho-social.
. La rencontre systématique des personnes lors de la phase d'admission permet le recueil de l'histoire, des éléments de parcours et du « vécu » de la personne, la réalisation de bilans.
 - Le soutien technique à l'équipe proposant un éclairage clinique de la situation, en vue de prises de décisions cohérentes sur les modalités d'accompagnement et les objectifs fixés.
- NOTA : les psychologues des « Passerelles d'Ô » sont formés aux thérapies comportementales et cognitives, particulièrement pertinentes pour l'accompagnement des personnes accueillies.
- **Le neuropsychologue** intervient sur deux volets – sous la responsabilité directe de la Direction :
 - L'accompagnement des personnes – prise en compte de la dimension neuropsychologique pour un accompagnement holistique.
. La rencontre systématique des personnes lors de la phase d'admission permet le recueil de l'histoire, des éléments de parcours et du « vécu » de la personne, la réalisation de bilans et des évaluations des fonctions cognitives.
. La réhabilitation cognitive par une prise en charge neuropsychologique et la proposition d'ateliers à visée thérapeutique.
 - Le soutien technique à l'équipe proposant un éclairage de la situation pour « lecture » de la personne accompagnée, en vue de prises de décisions cohérentes sur les modalités d'accompagnement et les objectifs fixés.

Les différents professionnels du SAMSAH et du SAVS sont engagés dans une dynamique collaborative (et la possible mutualisation des compétences de l'un et de l'autre) :

- Au sein de l'équipe, dans le cadre des réunions de service : l'une hebdomadaire permet de préparer les projets personnalisés, l'autre tous les 15 jours pour réaliser le suivi des personnes.
- Dans le cadre de la réunion de fonctionnement mensuelle a minima, pour évoquer l'organisation des interventions, le fonctionnement du service, les formations souhaitées, prévues, réalisées.
- Dans le cadre de l'Analyse des Pratiques Professionnelles (APP) mensuelle, animée par un tiers.
- Dans le cadre de la formation continue afin de développer les compétences et les modalités d'intervention. En 2023, tous les salariés du service ont suivi au moins une formation, dont pour l'équipe d'intervention, « La vie affective et sexuelle des personnes en situation de handicap : Quels accompagnements ? » et « Contribuer aux questionnements éthiques : définition, préalables et mise en œuvre ».
- Dans le cadre de la participation à des réunions ou événements proposés par le réseau du territoire (autorités de tarification et de contrôle, partenaires...).
- Dans le cadre de l'accueil et de l'accompagnement de stagiaires, en partenariat avec FAIRE-ESS et l'IRTS de Montpellier.

3.3.2. Les coopérations professionnelles

Le SAVS et le SAMSAH interviennent dans des missions d'accompagnement et des missions de coordination de différents acteurs, dans le cadre du projet personnalisé d'accompagnement, en complémentarité des services et des aides dont bénéficie ou pourrait bénéficier la personne.

Dans ce cadre, les coopérations professionnelles sont très importantes, en premier lieu avec les autres établissements et services des « Passerelles d'Ô » (EAM et son Accueil de jour, Résidence « I. FIORETTI ») – *cf. préambule et partie 2*.

Les collaborations sont également nombreuses avec les différents acteurs du territoire, voire au-delà. **Le service, ouvert sur l'extérieur**, a pour vocation d'installer ou de conforter les liens de la personne avec son environnement social, administratif, professionnel, culturel...

Par ailleurs, les missions du service comportent une fonction de **veille et d'expertise** de la personne cérébrolésée, exercée auprès des partenaires (sensibilisation et appui), pour la qualité globale des accompagnements offerts à la personne.

➔ Le réseau primaire ou réseau naturel

Il concerne l'environnement personnel, familial, amical, professionnel... de la personne, repère fondamental pour elle et élément incontournable dans l'accompagnement des personnes.

Le réseau primaire est celui sur lequel le SAVS peut s'appuyer dès les premiers temps de l'accompagnement. Il apporte un autre regard, des éléments de compréhension complémentaires à ceux déjà apportés par la personne elle-même. Il est également un soutien dans la prise en charge.

L'intérêt de ce travail en collaboration avec **l'environnement proche de la personne** est d'avoir pour effet de la rendre acteur de son projet d'insertion, acteur au sein d'un tissu social.

➔ Le réseau secondaire

Il est constitué d'acteurs avec qui des liens sont forgés au niveau institutionnel, au niveau opérationnel et au niveau individuel dans le cadre de l'activité du service.

« Au sens strict, le travailleur social a toujours « travaillé en réseau ». Il ne peut pas en être autrement. Ce travail ne peut tout simplement pas se faire s'il n'est pas connecté à une chaîne et plus largement un réseau d'autres professionnels. » ³⁴

Ce réseau secondaire est activé :

. Pour la bonne réalisation des missions globales du service et son inscription dans le territoire ;
. Pour venir étayer l'accompagnement de la personne et son inscription dans le *territoire de vie* (projet personnalisé d'accompagnement).

Le service joue un rôle de médiation (mise en lien, collaboration, facilitateur de la transmission d'information...) auprès des différents acteurs, permettant ainsi de disposer d'une palette de possibles, pour une réponse adaptée aux besoins de la personne.

Les principaux secteurs et acteurs de ce réseau sont :

- L'accès aux droits : La Caisse d'Allocation Familiale (CAF), les Centres Communaux d'Actions Sociale (CCAS), les Services Territoriaux de la Solidarité (STS), la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) et les mutuelles (pour le droit à la santé).
- L'accompagnement social et médicosocial : autres SAVS et SAMSAH, SAD, structures d'hébergement (EANM), HandiConsult³⁴ du centre PROPARA.
- Le logement et la gestion du quotidien : les services d'aide à domicile (SAD), le Groupement pour l'Insertion des Personnes Handicapées (GIHP), les transports urbains (TAM) et périurbains (Hérault Transports) ...
- La formation et l'emploi : Unité d'Evaluation de Réentraînement et d'Orientation Socioprofessionnelle (UEROS), qui est le dispositif spécialisé dans l'évaluation et l'orientation professionnelle des personnes traumatisées crâniennes, CAP Emploi et France Travail (ex-Pôle Emploi), le CRIP (Centre de Rééducation et d'Insertion

³⁴ « Le travail social en réseau : de l'injonction gestionnaire vers une pratique inter-médiatrice » - Fabrice DHUME, Avril 2005

Professionnelle) de Castelnau-le-Lez, les Etablissements et Services d'Aide par le Travail (ESAT), la Maison Départementale Pour les Personnes Handicapées (MDPH)...

- Le secteur associatif pour les activités culturelles (Maison pour Tous et de Quartier, Culture du Cœur...), sportives (Handisport, clubs de sport) et de bénévolat (La Banque Alimentaire, La Croix-Rouge...).
- L'Association des Familles de Traumatisés Crâniens (AFTC), association d'entraide et de solidarité qui lutte pour les droits des personnes traumatisées crâniennes et cérébrolésées.
- Les acteurs du droit : Avocats, Juristes, les organismes de tutelles et mandataires judiciaires, parce que le handicap fait souvent suite à un accident dont le volet juridique est à gérer.

➔ Les acteurs « conventionnés » - les partenaires

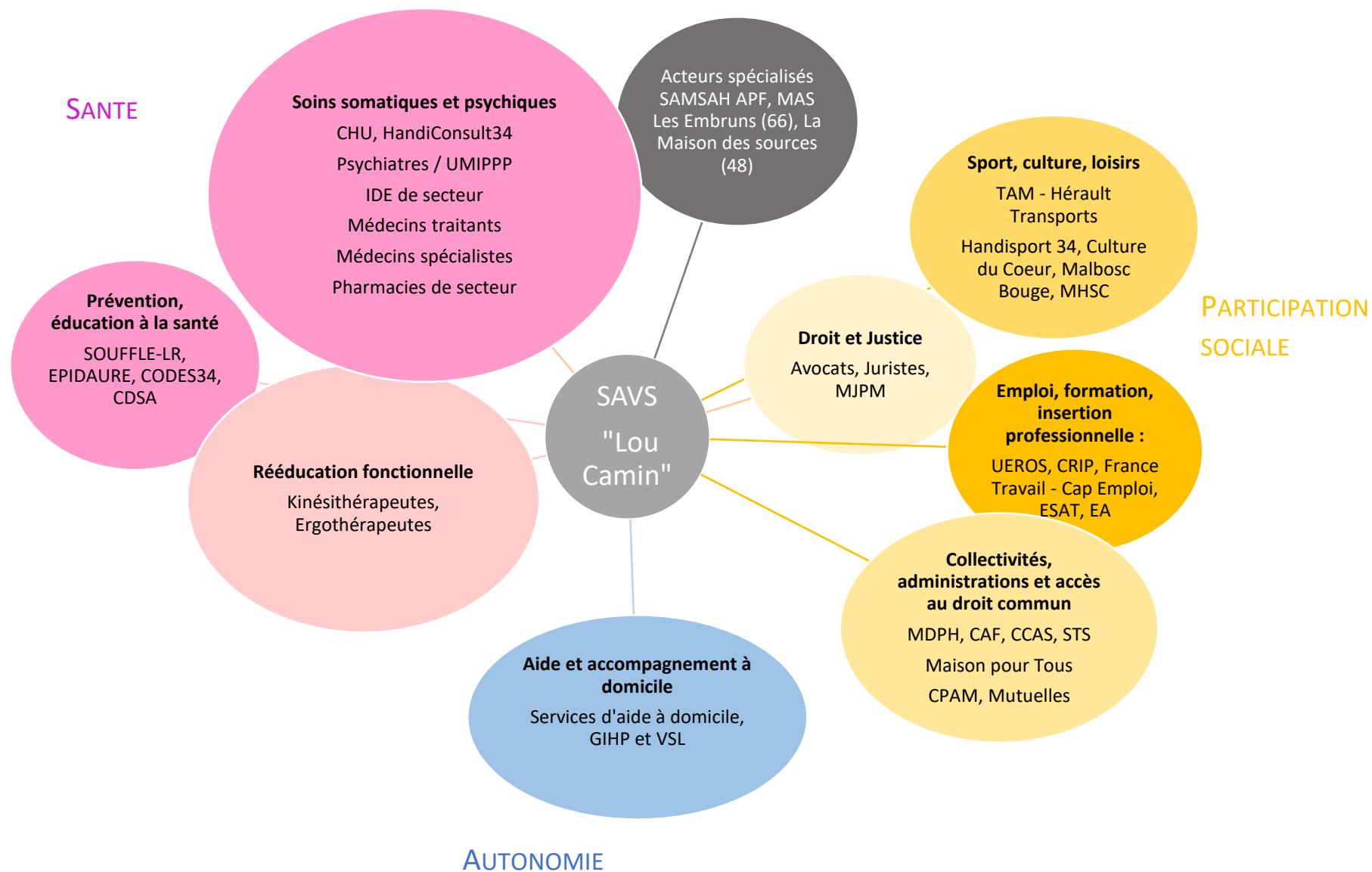
Il est constitué d'acteurs avec qui la coopération est formalisée (avec le service, un autre établissement des « Passerelles d'Ô » ou l'ADAGES).

Partenaires	Modalités de coopération	Modalités de coordination
Intervenants extérieurs*	Convention ou contrat de prestation de service	Selon le rythme d'intervention : participation aux réunions, échanges avec les professionnels, point annuel avec le Chef de service
UEROS, CRIP	Convention	Appui à l'évaluation professionnelle et aux orientations. Travail selon les situations des personnes – collaboration équipes Bilan annuel d'activité.
Organismes de formation (FAIRE-ESS : IRTS et IFOCAS, CEMEA, INITIATIVES IFSI CHU LAPEYRONIE (Montpellier), IFSI CHBT Sète, IFMS Béziers).	Convention de site qualifiant pour l'accueil de stagiaire	. Accueil de stagiaire(s) chaque année au sein de l'établissement. . Actions pour la professionnalisation. . Interventions ponctuelles dans les parcours de formation.

* Conventionnement des intervenants pour les activités :

- Association MALBOSC BOUGE
- Association AFM – TELETHON
- MHSC
- Fédération française de cardiologie
- Association SOUFFLE-LR (Mois sans tabac)
- Epidaure – OCTOBRE ROSE
- CDSA : Comité Départemental de Sport Adapté.

La dynamique partenariale doit toujours être consolidée pour des coopérations pérennes (cf. FICHE ACTION PASSERELLES 3).



4. L'OFFRE D'ACCOMPAGNEMENT

Dans le cadre de sa mission, **le service contribue au maintien à domicile de la personne dès lors que c'est son choix de vie.**

Pour répondre à la diversité des besoins des personnes cérébrolésées à domicile, le SAVS « Lou Camin » offre un accompagnement pluriprofessionnel (social, professionnel et psychologique) porté par l'équipe du service et des professionnels extérieurs.

Le service propose :

- Un soutien en se positionnant comme point de repère rassurant dans le quotidien (appui vers une autonomie adaptée), en termes psychologiques (présence régulière, écoute et disponibilité, groupes de parole).
- Un accompagnement dans les démarches administratives et juridiques, les démarches favorisant la socialisation et la réinsertion professionnelle.
- Une médiation et coordination avec les acteurs de l'environnement pour un étayage cohérent.
- Un soutien aux familles en leur proposant un espace d'écoute et de parole.
- Au regard de la spécificité du public accompagné, le SAVS assure également une veille sur le plan médical, avec prise de RDV et possible accompagnement et suivi par le travailleur social.

NOTA : Une compensation des difficultés liées aux séquelles des lésions cérébrales peut être proposée dans le cadre d'ateliers à visée thérapeutique de réhabilitation cognitive et sensorielle (en mutualisation avec le SAMSAH).

Les accompagnements se réalisent dans le quotidien de la personne accompagnée : à son domicile, sur son lieu de travail, dans les services administratifs de l'Etat, dans les lieux permettant des activités socialisantes de loisirs ...

Les entretiens peuvent se conduire également dans les locaux du service, dont l'accès est facile – ligne de tram.

4.1. Les principes d'intervention

Les principes sont respectueux des valeurs associatives³⁵, et s'inscrivent dans les fondements d'intervention de la plateforme « Les Passerelles d'Ô »³⁶.

4.1.1. La personne est le premier acteur de son accompagnement

- **Le respect de chaque personne** dans son identité et sa singularité, au-delà des perceptions et préjugés, permet de proposer un accompagnement individualisé.

Chaque professionnel est ainsi invité à se questionner sur sa posture à l'égard de la personne, à s'interroger sur le respect de sa dignité, de sa singularité, de ses besoins physiques et affectifs, de ses rythmes et de son histoire avant, pendant et après l'accident.

C'est dans ces réflexions qu'il peut garantir à l'autre de « pouvoir être lui-même ».

- **La personne est le principal décideur et acteur** de l'accompagnement et du parcours.

Tout accompagnement ne peut se conduire qu'avec **son adhésion** (consentement éclairé).

- Le recueil de ses attentes est conduit dans une démarche particulière de questionnement et d'échange, pour favoriser autant que possible la « rencontre » des attentes (éviter de « susciter » / favoriser la spontanéité des demandes).
- La présentation de l'accompagnement, des « possibles » et des limites est finement conduite pour permettre sa véritable **acceptation** par la personne.

Une nécessaire « gestion des paradoxes »

△ La question de l'adhésion de la personne est au centre de l'accompagnement. Pour autant, ses attentes et ses besoins « conscientisés » ne sont pas toujours identiques aux besoins repérés par les professionnels dans le cadre des bilans conduits.

➔ L'équipe doit travailler en « priorisation » des besoins :

. A partir des attentes de la personne pour favoriser son adhésion et instaurer la confiance nécessaire à l'accompagnement ;

. En fonction de l'évolution de la situation – liée au handicap (séquelles) mais aussi du travail parallèlement mis en œuvre autour de possibles anosognosies.

➔ La plateforme Les « Passerelles d'Ô » est un véritable atout pour accompagner l'adhésion – qui doit parfois être travaillée dans le temps, car elle permet l'intervention ponctuelle de professionnels spécifiques (mutualisation de compétences) et/ou l'expérimentation d'activités et de conditions de vie favorisant parfois des prises de conscience et une meilleure acceptation d'accompagnement, voire d'orientation (accueil temporaire à l'EAM, accueil de jour...).

³⁵ Projet Associatif de l'ADAGES.

³⁶ Cf. [Préambule](#).

4.1.2. La coordination au cœur des préoccupations

Face à la diversité des besoins des personnes cérébrolésées à domicile et à l'intervention de professionnels souvent multiples, la mission de coordination du SAVS « Lou Camin » est fondamentale pour mettre en cohérence les interventions et le projet personnalisé de chaque personne accompagnée. L'objectif étant d'améliorer l'articulation des différents professionnels intervenants auprès d'eux, comme de l'entourage de proximité (famille et proches).

➡ En premier lieu, **la reconnaissance de la spécificité du handicap** de la cérébrolésion acquise est essentielle : séquelles très variées et variables dans leur « effectivité », dimension psychologique forte, notamment liée à la « dualité » entre la vie passée et la vie actuelle. Les différents acteurs intervenant auprès de la personne doivent y être sensibilisés, pour une intervention adaptée – technicité et posture d'intervention pour les professionnels, place et ajustements des perceptions et ressentis pour les proches.

➡ En second lieu, **la cohérence d'intervention au service des objectifs définis dans le projet d'accompagnement**, dont les différents acteurs professionnels peuvent prendre connaissance.

Cette coordination est d'autant plus importante que la pluralité des acteurs peut engendrer l'existence de plusieurs « projets personnalisés » (*d'un accueil de jour, d'un service d'aide à domicile, d'une mesure de protection – DIPM Document Individuel de Protection des Majeurs...*).

Ce n'est pas tant la coexistence de différents projets qui est problématique, mais le risque qu'ils soient « déconnectés », ou pire « contradictoires ».

Un travail est à mettre en œuvre autour de ces questions (cf. FICHE ACTION PASSERELLE 1).

4.1.3. L'application des droits des personnes accompagnées

➔ Les outils de garantie des droits

Les outils (exigés par la 2002-2) sont disponibles.

- Le livret d'accueil³⁷ est remis à la personne lors de la phase d'admission ; une lecture peut en être faite avec la personne pour répondre à ses éventuelles questions.

La charte des droits et des libertés de la personne accueillie³⁸ y est annexée ; le recours à la personne qualifiée³⁹ (liste jointe) et/ou à un médiateur⁴⁰ y est mentionné et

³⁷ Circulaire DGAS-SD 5 n°2004-138 du 24 mars 2004 relative à la mise en place du livret d'accueil.

³⁸ Arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie.

³⁹ Article R311-1 du CASF, modifié par le Décret n°2021-684 du 28 mai 2021.

⁴⁰ En application de l'article L.211-30 et de l'article L.612-1 du code de la consommation.

expliqué – en cas de difficulté ou de litige. *Ces personnes sont autorisées à visiter l'établissement à tout moment.*

- Le règlement de fonctionnement⁴¹ précise les droits et les devoirs de la personne, et mentionne les limites d'intervention des professionnels.
- La co-construction de l'accompagnement est le socle d'un accompagnement individualisé, formalisé par le Projet d'Accompagnement Personnalisé (PAP).
- La contractualisation de l'accompagnement est proposée par la signature du contrat d'accompagnement, qui mentionne le référent de l'accompagnement.
- Le projet de service est disponible et communiqué à l'ensemble de l'équipe, ainsi qu'aux personnes, familles et partenaires qui le souhaitent.

➔ L'expression et la participation des personnes accompagnées

Les modalités d'accompagnement reposent sur une participation constante de la personne :

- Lors de l'évaluation des besoins de la personne qui se réalise avec elle, en termes de difficultés, mais aussi de compétences et de potentialités. Chaque bilan est partagé avec elle, pour permettre un consentement « éclairé », le libre-choix des prestations et le droit à la renonciation.
- Lors de l'élaboration et la réactualisation du projet d'accompagnement personnalisé – échanges avec les professionnels, travail avec le référent, validation des objectifs et des moyens d'actions...
- À tout moment, avec la possibilité d'échanger avec tout professionnel, le chef de service ou la Direction, et celle de formaliser une insatisfaction voire une réclamation (courrier, mail...) si elle le souhaite.
- Dans le cadre d'une enquête de satisfaction – qu'il convient de réactiver (cf. FICHE ACTION 1).

4.1.4. L'évaluation de la qualité des prestations

Les critères d'évaluation sont définis et suivis, notamment dans le rapport annuel de vie institutionnelle, transmis au siège social et aux autorités de tarification et de contrôle :

- La qualité de l'accueil (à travers notamment la mise en place d'un questionnaire de satisfaction à destination des personnes accompagnées).
- Les sorties de l'accompagnement – nombre et typologie.
- La diversification des prestations rendues – adaptabilité aux publics et aux évolutions des besoins et attentes.
- La professionnalisation du service et la formation sous toutes ses formes.

⁴¹ Conformément au décret 2003-1095 du 14 novembre 2003 relatif au règlement de fonctionnement.

— L'implication des services dans un travail partenarial sur le territoire d'intervention.

L'évaluation de la qualité des prestations est également conduite dans le cadre du référentiel HAS 2022⁴², par la mise en œuvre d'autoévaluations, relatives aux différents critères définis, et la visite – tous les 5 ans⁴³, d'un organisme accrédité⁴⁴, sélectionné par l'association dans le cadre d'une procédure de consultation.

4.2. Les prestations proposées

La mission du SAVS « Lou Camin » s'inscrit dans un **projet d'accompagnement à la vie sociale** qui définit plus précisément les orientations en matière de suivi social et apprentissage de techniques compensatoires qui n'entrent pas dans le domaine du soin – *Financement par le Conseil Départemental de l'Hérault*.

Les interventions proposées consistent en des actions de compensation du handicap ainsi que d'un accompagnement social.

Les interventions proposées varient selon les personnes, leurs besoins identifiés et leur niveau d'adhésion à la mise en œuvre du projet d'accompagnement. Les interventions sont principalement de la coordination entre les différents acteurs intervenant auprès de la personne.

Le choix du SAVS est également de proposer un **accompagnement psychologique** et, si nécessaire, grâce à la coopération avec le SAMSAH « Les Vents du Sud », des actions de réhabilitation des fonctions cognitives et sensorielles.

Le SAVS propose un **ensemble de prestations sur différents volets** ; elles sont mises en œuvre de manière réfléchie et coconstruites – dans le cadre du PAP, pour atteindre les objectifs fixés. Le service s'appuie sur les nomenclatures SERAFIN PH (cf. **Annexe 4**)⁴⁵ pour définir son offre de services et la rendre lisible pour les personnes, leur famille, et les acteurs de leur environnement.

⁴² Lien vers le dispositif d'évaluation de la qualité des ESSMS :

https://www.has-sante.fr/jcms/c_2838131/fr/comprendre-la-nouvelle-evaluation-des-essms

⁴³ La première évaluation à conduire dans le cadre nouveau dispositif est planifiée à l'automne 2024.

⁴⁴ Conformément au décret n° 2022-742 du 28 avril 2022 relatif à l'accréditation des organismes pouvant procéder à l'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS).

⁴⁵ SERAFIN-PH – brochure CNSA – Secrétariat d'état chargé des personnes handicapées, 2018.

4.2.1. Les prestations dans les domaines de l'appui aux capacités fonctionnelles – spécificité du SAVS « Lou Camin »

2.1.1 Soins somatiques et psychiques			
Prestations SERAFIN	Déclinaison en Activités	Professionnels intervenants	Impact sur la personne accompagnée
2.1.1.3 Prestations de psychologues et neuropsychologues	<u>Cette prestation recouvre :</u> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluation cognitive et psychologique. • Soutien psychologique pour limiter les impacts négatifs des troubles psychologiques et comportementaux – thérapie individuelle, animation de collectif. • Eclairage clinique de situations à la demande de l'équipe. • Réhabilitation des fonctions cognitives : entretiens individuels, mise en place d'ateliers à visé thérapeutique et culinothérapie. • Mise en place de compensations autour des troubles de la mémoire, du langage, de l'attention, des fonctions exécutives, de l'orientation spatio-temporelle. 	<u>Cette prestation est assurée par :</u> Psychologue et Neuropsychologue du SAVS Analyste sensoriel du SAMSAH (mutualisation)	<ul style="list-style-type: none"> . Développement de la confiance et l'estime de soi. . Développement du mieux-être de vie et amélioration de l'état de bien-être général. . Prévention et/ou limite des risques, des inquiétudes. . Compréhension des forces et des faiblesses cognitives. . Meilleure mobilisation des ressources cognitives et comportementales préservées.

4.2.2. Les prestations dans le domaine de l'autonomie

Prestations SERAFIN	Déclinaison en Activités	Professionnels intervenants	Impact sur la personne accompagnée
2.2.1.1 Accompagnements pour les actes de la vie quotidienne	<u>Cette prestation recouvre :</u> <ul style="list-style-type: none"> . Mise en place de l'éclayage pour un appui à la réalisation de certains actes au domicile – repas / équilibre alimentaire. <i>Appui possible en attente de cet éclayage.</i> <ul style="list-style-type: none"> . Accompagnement (temps individuel ou atelier à visée thérapeutique) pour la (re)construction de repères spatio-temporels dans les espaces de vie (domicile, emploi, activités extérieures), dans les actes courants de la vie quotidienne, dans la gestion des activités domestiques (culinothérapie), professionnelles et ludiques. 	<u>Cette prestation est assurée par :</u> Travailleurs sociaux Psychologue et neuropsychologue Appui possible de l'analyste sensoriel du SAMSAH. Collaboration avec la famille. Coordination d'intervenants pour l'aide à domicile.	<ul style="list-style-type: none"> . Eveil de la personne à son environnement / appropriation et maîtrise de l'environnement – Se sentir à l'aise dans son corps, se repérer dans l'espace... . Acquisition ou amélioration de l'autonomie dans les activités de vie quotidienne – « quotidien facilité ». . Développement de la confiance en soi, de l'estime de soi / compréhension des forces et des faiblesses cognitives. . Développement des bonnes pratiques en sécurité.

2.2.1.2 Accompagnements pour la communication et les relations avec autrui	<u>Cette prestation recouvre :</u> <ul style="list-style-type: none"> . Accompagnement pour être en capacité repérer et d'interpeler les acteurs adéquats. . Appui à l'utilisation des outils de communication (téléphone, informatique – mails, internet...) . Appui à la compréhension / réapprentissage de l'environnement (spatio-temporel, règles de vie – règles sociales...): ateliers collectifs, rencontres entre pairs, sorties et activités extérieures, groupes de parole. . Appui à l'entourage (fonction ressource). 	<u>Cette prestation est assurée par :</u> Ensemble des professionnels – dimension transversale.	<ul style="list-style-type: none"> . Appropriation et maîtrise de l'environnement – Se sentir à l'aise dans les relations à autrui, oser prendre la parole et s'exprimer... . Acquisition ou amélioration de l'autonomie dans les activités de vie quotidienne. . Développement de la confiance en soi, de l'estime de soi/ compréhension des forces et des faiblesses cognitives. . Développement des liens sociaux.
2.2.1.3 Accompagnements pour prendre des décisions adaptées et pour la sécurité	<u>Cette prestation recouvre :</u> <ul style="list-style-type: none"> . Appui à la mise en place d'une mesure de protection si besoin. . Mise à disposition d'outils de planification et d'organisation, de repérage et de gestion du temps, de priorisation. . Accompagnement à la prise de conscience des troubles : ateliers thématiques (abus de faiblesse, pratiques à risques, réseaux sociaux...). . Apprentissages autour de la mobilité en sécurité (transports en commun, rue...). . Maintien des capacités autour de la sécurité au quotidien. . Appui aux démarches de demandes de PCH, de matériels (dispositif de surveillance, téléassistance) et de transport / financements. 	<u>Cette prestation est assurée par :</u> Chef de service TS Psychologue / neuropsychologue Appui possible de l'analyste sensoriel du SAMSAH. Collaboration avec la famille Collaboration avec le mandataire judiciaire le cas échéant.	<ul style="list-style-type: none"> . Appropriation et maîtrise de l'environnement - se repérer dans l'espace et le temps. . Acquisition ou amélioration de l'autonomie dans les activités de vie quotidienne. . Développement de la confiance et de l'estime de soi pour prendre des décisions pour soi. . Développement des bonnes pratiques en sécurité. . Augmentation du périmètre de déplacement de la personne.

4.2.3. Les prestations dans le domaine de la participation sociale

2.3.1 Accompagnement pour exercer ses droits			
Prestations SERAFIN	Déclinaison en Activités	Professionnels intervenants	Impact sur la personne accompagnée
2.3.1.1 Accompagnements à l'expression du projet personnalisé	<u>Cette prestation recouvre :</u> <ul style="list-style-type: none"> . Le repérage partagé des besoins : bilans, entretiens de préparation puis de suivi du projet personnalisé. 	<u>Cette prestation est assurée par :</u> Ensemble des professionnels (bilans) Référent de projet - <i>lien privilégié mais non exclusif pour les entretiens à</i>	<ul style="list-style-type: none"> . Participation et expression facilitée. . Apprentissage de la personne à exprimer son avis et ses choix.

	<ul style="list-style-type: none"> . Mise en place d'un lien entre la personne, la famille, les professionnels – lisibilité du processus de co-construction. . Processus de co-élaboration du Projet d'Accompagnement Personnalisé. 	<i>conduire, rencontres de la famille et des partenaires</i> Chef de service.	<ul style="list-style-type: none"> . Appropriation de l'accompagnement proposé en tant qu'acteur. . Appui à la famille à prendre sa juste place.
2.3.1.2 Accompagnements à l'exercice des droits et libertés	<u>Cette prestation recouvre :</u> <ul style="list-style-type: none"> . Transmission des informations sur les droits, accompagnement à l'ouverture / renouvellement des droits. . Appui à la mise en œuvre des démarches administratives, dont les démarches numériques (utilisation d'internet), du traitement du courrier. . Mise en place de groupes de parole et d'expression – accompagnement à prendre la parole, à exprimer un avis. . Ateliers et activités pour découvrir la citoyenneté et les règles sociales – sorties, événements. <u>Spécificité de Lou Camin : accompagnement juridique dédié aux suivis de l'accident le cas échéant (lien acteurs de la justice, assurance...).</u>	<u>Cette prestation est assurée par :</u> Travailleurs sociaux Référent de projet Chef de service	<ul style="list-style-type: none"> . Meilleure connaissance des droits et des devoirs de chacun . Appropriation de ses rôles sociaux – selon la période de vie de la personne. . Mise en mouvement et prise d'initiatives. . Réassurance dans le suivi juridique et judiciaire le cas échéant.
2.3.2 Accompagnement au logement			
Prestations SERAFIN	Déclinaison en Activités	Professionnels intervenants	Impact sur la personne accompagnée
2.3.2.1 Accompagnements pour vivre dans un logement	<u>Cette prestation recouvre :</u> <ul style="list-style-type: none"> . Appui quant à l'aménagement du logement pour un cadre de vie adapté. 	<u>Cette prestation est assurée par :</u> Travailleurs sociaux / psychologue / neuropsychologue	<ul style="list-style-type: none"> . Bénéficier d'un logement pérenne et adapté (salubrité, aménagements). . Appropriation et maîtrise de l'environnement de vie.
2.3.2.2 Accompagnements pour accomplir les activités domestiques	<u>Cette prestation recouvre :</u> <ul style="list-style-type: none"> . En VAD : Appui à la personne pour maintenir / retrouver une participation à la vie familiale et du foyer. . En VAD : Appui dans activités domestiques – planification des tâches, des repas, aide à la réalisation pour apprentissage. . Temps collectifs (culinothérapie notamment). 	Appui possible de l'analyste sensoriel du SAMSAH. Collaboration avec la famille. Coordination avec des services d'aide à domicile	<ul style="list-style-type: none"> . Développement de l'autonomie quotidienne . Facilitation quant aux places et rôles de chacun au sein de la cellule familiale le cas échéant. . Amélioration de la confiance en soi pour « inviter » chez soi son entourage.

2.3.3 Accompagnements pour exercer ses rôles sociaux			
Prestations SERAFIN	Déclinaison en Activités	Professionnels intervenants	Impact sur la personne accompagnée
2.3.3.1 Accompagnements pour mener sa vie d'élève, d'étudiant ou d'apprenti	<u>Cette prestation concerne les très jeunes adultes en demande pour :</u> . L'appui à l'orientation scolaire – études postbac. . La coordination avec les équipes pédagogiques pour l'adaptation des conditions d'apprentissage. . L'appui aux stages (recherche, préparation, soutien et aménagement de poste...) de la personne et de la structure d'accueil.	<u>Cette prestation est assurée par :</u> Travailleurs sociaux Psychologue / neuropsychologue Collaboration avec l'entourage familial.	. Développement de la confiance et l'estime de soi . Réassurance dans les apprentissages . Réalisation du parcours facilité par l'étayage du service.
2.3.3.2 Accompagnements pour préparer sa vie professionnelle	<u>Cette prestation recouvre :</u> . Appui à l'élaboration du projet d'insertion socioprofessionnelle : reprise de l'activité antérieure, réorientation, activités de bénévoles... . Appui individualisé au parcours de formation professionnelle . Préparation des stages – rencontre des tuteurs (sensibilisation).	<u>Cette prestation est assurée par :</u> Travailleurs sociaux Psychologue / neuropsychologue Collaboration avec l'entourage familial. Collaboration avec l'UEROS, le CRIP.	. Développement de la confiance et l'estime de soi. . Projection dans l'avenir. . Réassurance dans les apprentissages . Acceptation, utilisation et maîtrise des outils de compensation . Réalisation du parcours facilité par l'étayage du service.
2.3.3.3 Accompagnement pour la vie professionnelle	<u>Cette prestation recouvre :</u> . Appui à l'élaboration du projet socioprofessionnel : reprise de l'activité antérieure, reclassement et réorientation, bénévolat... . Appui individualisé pour la recherche d'emploi, pour le maintien dans l'emploi, pour des actions de bénévolat... . Adaptation des situations de travail – rencontre des employeurs (ESAT, entreprises...) pour sensibilisation au handicap invisible, adaptation du poste...	<u>Cette prestation est assurée par :</u> Travailleurs sociaux Neuropsychologue / Psychologue Collaboration avec l'entourage familial. Collaboration avec l'UEROS, le CRIP... Collaboration avec France Travail – Cap Emploi, ESAT, association de bénévoles.	. Maintien dans l'emploi, emploi retrouvé, investissement dans une activité « utile » à la société. . Développement de la confiance et l'estime de soi. . Projection dans l'avenir. . Réassurance dans les apprentissages . Acceptation, utilisation et maîtrise des outils de compensation . Réalisation du parcours facilité par l'étayage du service.
2.3.3.4 Accompagnements pour réaliser des	<u>Cette prestation recouvre :</u> . Atelier de culinothérapie / autres ateliers collectifs . Rencontres entre pairs	<u>Cette prestation est assurée par :</u> Ensemble des professionnels car dimension transversale – Particularité de l'accompagnement : « Toute activité, de la	. Développement de la confiance et l'estime de soi . Maintien des acquis / Réassurance dans les apprentissages.

activités de jour spécialisées	<ul style="list-style-type: none"> . Participation à certaines activités mutualisées des « Passerelles d'Ô » . Utilisation de certains espaces pour des expérimentations d'activité (au sein de l'EAM). 	<i>personne et/ou qu'on lui propose, tout temps de vie... est propice à la stimulation et aux (ré)apprentissages des gestes, des règles, des émotions... ».</i> Partenariat avec le GEM, les Accueils de Jour – notamment des « Passerelles d'Ô ».	. Facilitation / dynamisation des relations et des échanges avec autrui
2.3.3.5 Accompagnements de la vie familiale, de la parentalité, de la vie affective et sexuelle	<u>Cette prestation recouvre :</u> <ul style="list-style-type: none"> . Accompagnement individuel pour la facilitation du questionnement individuel (besoins / PAP) de la personne / de l'entourage. . Groupe de parole. . Soutien à la « place » au sein de la famille / de l'entourage. . Accompagnement dans la vie de couple – suite à rencontre, choix de vie commune, séparation... . Soutien pour la vie affective et sexuelle et prévention des risques. 	<u>Cette prestation est assurée par :</u> Ensemble des professionnels – dimension transversale. NOTA : en cas d'accompagnement de deux personnes en couple, les référents sont différents. <i>Une réflexion est en cours autour des PAP (individuels et de couple).</i>	<ul style="list-style-type: none"> . Développement de la confiance et l'estime de soi – pour la personne dans sa relation à l'autre, pour l'entourage. . Adaptation des comportements avec autrui. . Projection dans l'avenir.
2.3.3.6 Accompagnements pour l'exercice de mandats électoraux, la représentation des pairs et la Pair-aidance	<u>Cette prestation recouvre :</u> <ul style="list-style-type: none"> . Accompagnement individuel à la vie de citoyen (droits, vocation), à des projets personnels de « mandat » (vie courante, vie publique...), à des engagements limitant (<i>« faire connaître le handicap invisible » pour exemple</i>). . Ateliers à visée thérapeutique . Appui à des projets individuels de bénévolat. . Rencontres – groupes de parole, activités, sorties entre « pairs » - notamment dans le cadre des « Passerelles d'Ô ». 	<u>Cette prestation est assurée par :</u> Ensemble des professionnels – thématique transversale de la citoyenneté Collaboration avec le GEM Collaboration avec des associations proposant des actions de bénévolat.	<ul style="list-style-type: none"> . Développement de la confiance, de l'acceptation de soi et de l'estime de soi. . Facilitation / dynamisation des relations et des échanges avec autrui . Projection dans l'avenir.
2.3.4 Accompagnements pour participer à la vie sociale			
Prestations SERAFIN	Déclinaison en Activités	Professionnels intervenants	Impact sur la personne accompagnée
2.3.4.1 Accompagnements du lien avec les proches et le voisinage	<ul style="list-style-type: none"> . Lors de VAD ou au bureau, médiation avec l'entourage en cas de difficultés. . Accompagner la personne pour l'accès ou le maintien d'activités sociales, de loisirs – culturelles – sportives 	<u>Cette prestation est assurée par :</u> Ensemble des professionnels – thématique transversale de la vie sociale et l'inscription sur le territoire de vie.	<ul style="list-style-type: none"> . (Re)Découverte, maintien ou développement d'activités. . Amélioration du bien-être global – physique (sports, activités) et mental (liens

2.3.4.2 Accompagnements pour la participation aux activités sociales et de loisirs	<ul style="list-style-type: none">• Mise en lien avec les acteurs du territoire – <i>dimension inclusive</i>.• Ateliers de découverte / de réalisation d’activités.• Rencontres entre pairs / extérieures pour la construction de liens sociaux.	Neuropsychologue	sociaux, « utilité » sociale, acteur de la vie de la cité). . Sentiment de continuité de son développement personnel. . Développement de la confiance et l’estime de soi dans sa relation à l’autre. . Autonomie développée au quotidien. . Prévention des risques d’isolement social . Facilitation / dynamisation des relations et des échanges avec autrui . Projection dans l’avenir.
2.3.4.3 Accompagnements pour le développement de l’autonomie pour les déplacements	<ul style="list-style-type: none">• Activités dédiées à la mobilité (repérer des trajets, aller faire ses courses, aller prendre un verre dans le quartier...) pour faciliter les déplacements et accroître le périmètre.• Appui à l’appropriation d’outils de compensation (ex : chien d’assistance).• Appui à la recherche et les démarches informatiques (Internet) – <i>à développer</i>		
2.3.5 Accompagnement en matière de ressources et d’autogestion			
Prestations SERAFIN	Déclinaison en Activités	Professionnels intervenants	Impact sur la personne accompagnée
2.3.5.1 Accompagnements pour l’ouverture des droits	<u>Cette prestation recouvre :</u> . Interventions tout au long du parcours pour l’ouverture et le renouvellement des droits : AAH, complément de ressources, ACTP, carte d’invalidité.... . Intervention pour l’accès aux soins . Interventions quant au droit au logement – DALO notamment dans certains cas.	<u>Cette prestation est assurée par :</u> Travailleurs sociaux Psychologue Chef de service Appui possible de l’Assistant de service social du SAMSAH.	. Accès aux droits facilité . Connaissance, compréhension et maîtrise des démarches administratives. . Développement de l’autonomie.
2.3.5.2 Accompagnements pour l’autonomie de la personne dans la gestion de ses ressources	<u>Cette prestation recouvre :</u> en entretiens individuels notamment (VAD / rencontres au bureau) . Accompagnements au maintien des droits (déclarations obligatoires) pour maintenir le niveau de ressource et prévenir les risques d’impayés. . Appui à l’organisation de ses « documents et outils personnels » (administratifs, de paiement...), au traitement des courriers. . Appui pour la gestion du budget, des principales dépenses de vie quotidienne.	<u>Cette prestation est assurée par :</u> Travailleurs sociaux Psychologue Appui possible de l’Assistant de service social du SAMSAH. Articulation avec le mandataire judiciaire le cas échéant.	. Développement de la confiance et l’estime de soi. . Autonomie développée au quotidien. . Facilitation / dynamisation des relations et des échanges avec autrui . Projection dans l’avenir.

	. Appui de projets « personnels » (achat d'une voiture...).		
2.3.5.3. Informations, conseils et mise en œuvre des mesures de protection des adultes.	<u>Cette prestation recouvre :</u> . Informations et appui à la mise en œuvre d'une mesure adaptée. . Coordination / médiation avec le mandataire judiciaire.	<u>Cette prestation est assurée par :</u> Travailleurs sociaux Articulation avec le mandataire judiciaire.	Situation administrative et/ou financière clarifiée, assainie, sécurisée.

4.2.4. Les prestations de coordination renforcée pour la cohérence de parcours

2.4 Prestations de coordination renforcée pour la cohérence du parcours			
Prestations SERAFIN	Déclinaison en Activités	Professionnels intervenants	Impact sur la personne accompagnée
2.4.1 Prestations de coordination renforcée pour la cohérence du parcours	<u>Cette prestation recouvre :</u> Coordination des parcours . D'accompagnement social et médicosocial – réunions pour les situations complexes. . Au sein des « Passerelles d'Ô ». . Vers l'extérieur et/ou la vie autonome. Appui-conseil à la famille / aux acteurs de l'environnement / aux professionnels intervenants Pour la sensibilisation et la formation à la cérébrolésion. Dans le cadre de la participation aux réseaux spécialisés (traumatisés crâniens, AVC...).	<u>Cette prestation est assurée par :</u> Ensemble de l'équipe Equipe d'encadrement des « Passerelles d'Ô ». Acteurs du territoire dans le cadre des situations complexes (DAC34, Communauté 360...)	. Meilleure compréhension et acceptation des parcours. . Appropriation de l'accompagnement dans une confiance et une estime de soi. . Liens facilités avec les différents professionnels intervenant au quotidien / dans le parcours. . Projection de l'avenir facilitée.

La fonction de coordination et le rôle « pivot » du SAVS dans le parcours de la personne doit être renforcée, pour permettre la gestion d'une file active importante – (cf. FICHE ACTION 1).

4.3. L'organisation de l'accompagnement

4.3.1. L'admission et l'accueil

Les personnes admissibles (**critères d'admissibilité**) au sein du SAVS « Lou Camin » sont des personnes :

- Atteintes de cérébrolésions acquises – le volet médical du dossier de demande doit l'acter (certificat médical, bilans...).
Pour les traumatisés crânio-cérébraux, seules les personnes GOS 1 sont acceptées.
- Agées entre 20 et 65 ans.
- Ayant une notification de la CDAPH effective.

Une vigilance est portée sur la commune de résidence de la personne, afin que les déplacements soient possibles dans l'organisation du service.

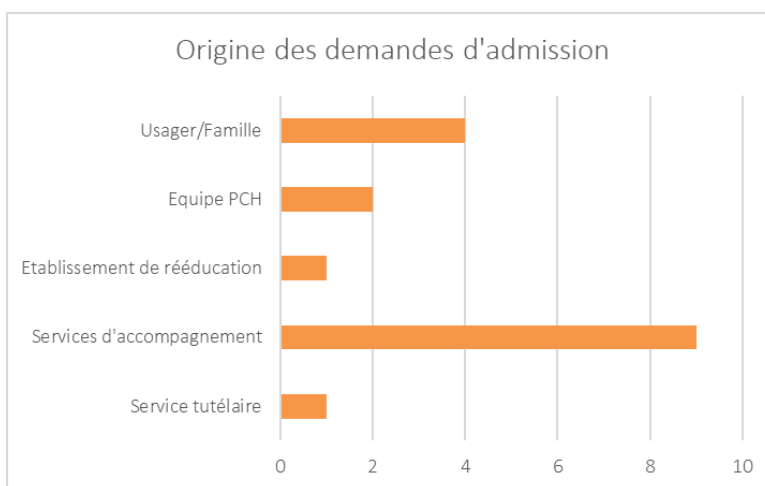
NOTA : en cas d'absence de notification, un appui peut être apporté au demandeur / la famille en termes de démarches à effectuer (interlocuteurs, étapes), et des orientations préconisées pour la période d'attente.

Cet appui est d'autant plus prégnant que les délais d'obtention d'une notification peuvent être long, et la situation de la personne peut se dégrader de manière importante.

En 2023, 19 dossiers de demandes d'admission ont été reçus par le service.

Pour 4 d'entre eux, aucune suite n'a été possible, les personnes étaient « hors champ » de l'autorisation.

9 personnes ont été admises au sein du service (6 dossiers étaient encore, au 31/12/2023, en attente de documents complémentaires).



La procédure d'admission doit être révisée pour être optimisée, et permettre de répondre à des situations parfois « urgentes » dans des délais convenables – (cf. **FICHE ACTION 2**).

La procédure débute à partir d'une **demande explicite** de l'intéressé, de sa famille ou de son représentant légal – déposée sur Via Trajectoire, dès lors qu'il bénéficie d'une notification d'orientation de la CDAPH et justifie de sa qualité d'assuré social.



La demande peut également se faire par les services sociaux, structures sanitaires ou médicosociales, mais ne pourra être effective qu'après accord de la personne.

Après validation de la complétude du dossier et des critères d'admissibilité, la personne est **rencontrée à domicile** par le Chef de service et un membre de l'équipe.

Cette première visite doit permettre :

- De présenter le SAVS – fonctionnement, prestations proposées, équipe... *le livret d'accueil (et ses annexes) est remis et présenté.*
- De recueillir les premières informations relatives à l'histoire de vie de la personne, sa situation actuelle (besoins, troubles, environnement) et sa demande,
- De collecter les renseignements et documents administratifs, sociaux et éventuellement paramédicaux.
- D'envisager les bilans nécessaires et spécifiques à la cérébrolésion pour l'étude du dossier en commission d'admission.

Si la personne est d'accord pour poursuivre, elle **rencontre le psychologue**. L'échange et la réalisation d'un bilan permettent d'établir un « profil » psychologique, et également de préciser les souhaits et les attentes de la personne.

La demande est ensuite étudiée en **Commission d'admission**⁴⁶ qui valide ou non la pertinence d'un accompagnement par le SAVS.

Dans ce cas, différents **bilans d'évaluation** (cf. **Annexe 5**) sont organisés par le professionnel ayant réalisé la première visite, et conduits par les différents professionnels, en fonction des éléments déjà disponibles dans le dossier de demande d'admission.

A l'issue de la phase de bilans, une synthèse de la situation est présentée en **réunion d'équipe**, afin de :

- Dégager les pistes de travail en fonction des souhaits, attentes et besoins qui ont pu être exprimés par l'utilisateur et de l'évaluation pluriprofessionnelle.
- Hiérarchiser les priorités en fonction des souhaits et de l'urgence de la situation : sécurité, situation socio-administrative qui mettrait en risque d'exclusion...

NOTA : il est parfois difficile de dégager des pistes de travail en raison d'une anosognosie, de difficultés langagières, de compréhension, de déni... Il est alors possible de proposer des rencontres complémentaires (des proches, des partenaires) avec l'accord de la personne.

⁴⁶ La Commission d'admission est composée de la Direction, du Médecin Coordonnateur, du Chef de service et de l'intégralité de l'équipe.

A ce stade, l'adéquation de l'orientation CDAPH et les besoins de la personne peut être évoquée, et donner lieu à des orientations plus adaptées (autre SAVS spécifique, SAMSAH, établissement, double orientation avec un Accueil de jour...).

- Désigner le référent.

L'admission, si elle est validée, est proposée à la personne qui peut la refuser.

Toutes les démarches et décisions issues de la procédure d'admission sont saisies sur Via Trajectoire, en lien avec la MDPH.

4.3.2. L'accompagnement et la coordination du parcours

➔ Le contrat d'accompagnement

Le contrat d'accompagnement est signé dans le mois suivant l'admission de la personne. Il décrit les objectifs généraux de l'accompagnement et les moyens nécessaires pour les mettre en œuvre. Il fait référence aux éléments collectés lors des différentes rencontres avec la personne ainsi qu'aux informations issues de la commission d'admission.

➔ Le projet d'accompagnement personnalisé (PAP)

Un premier projet d'accompagnement personnalisé (PAP) est élaboré dans les 3 à 6 mois après signature du contrat.

Il est co- construit avec l'utilisateur et signé par celui-ci en présence de la Direction, des référents et de la chef de service.

Il décline les attentes telles que formulées par la personne et/ou la famille, les besoins repérés par les professionnels, les objectifs retenus, et les moyens à mettre en œuvre pour les atteindre (actions, échéances et résultats attendus).

Parole de personne accompagnée : « Le projet d'accompagnement est utile ; il permet de nous remettre dans notre vie d'avant, en faisant les choses petit à petit. »

La trame du PAP a été travaillée par les professionnels des « Passerelles d'Ô », pour un document unique mobilisé quel que soit le service ou l'établissement.

Les référents sont garants de la mise en œuvre du projet.

Les actions conduites par les différents professionnels sont saisies dans le dossier de la personne (logiciel DUI).

Un **bilan annuel**⁴⁷ **pluridisciplinaire**, partagé avec la personne, permet d'évaluer le projet personnalisé, de mesurer les écarts au regard des objectifs et d'adapter les nouvelles propositions aux résultats obtenus (poursuite ou arrêt de l'accompagnement). Ce bilan est réalisé lors d'une **réunion de synthèse**.

La synthèse est le fruit du recueil régulier d'informations par les acteurs du service grâce à des rencontres et des entretiens réguliers avec l'usager, sa famille et le réseau...

Avant la synthèse, une rencontre formelle entre les référents et la personne est organisée pour lui présenter le bilan annuel du travail effectué, recueillir ses remarques et nouvelles attentes, puis coconstruire le nouveau Projet Personnalisé.

Le nouveau Projet personnalisé, après validation par l'ensemble de l'équipe, est présenté à la personne pour recueillir son avis, vérifier la bonne compréhension de l'ensemble. Il est signé. Le contrat d'accompagnement fait alors l'objet d'un avenant.

➔ Le référent

Le référent est désigné en début d'accompagnement, dans le but d'assurer une cohérence dans la prise en charge de la personne, et en fonction de sa situation.

Le référent, dans une posture d'écoute et d'échange, permet :

- La fluidité du recueil et de la transmission d'informations entre le service et la personne / la famille, au sein de l'équipe, avec les partenaires. Il est un *facilitateur et l'interlocuteur privilégié de la personne et des différents acteurs*.
- D'assurer la cohérence de l'accompagnement, par l'articulation extra et intra-institutionnelle. Il est un *coordinateur et un promoteur* des axes à mettre au travail.
- De disposer d'informations accessibles et d'écrits lisibles. Il est garant du dossier partagé de la personne, et *rédacteur* des éléments de la synthèse, promoteur et transmetteur des axes de travail du projet de la personne.

Le référent s'inscrit dans un travail d'équipe autour de la personne, puisque tous les professionnels sont amenés à intervenir, selon le PAP et les objectifs définis.

Cette fonction de référence s'exerce de façon privilégiée mais non exclusive dans le cadre d'une élaboration conceptuelle de l'équipe dans son ensemble (éducatif et soin) sous la responsabilité du chef de service et de la Direction, et en lien avec la psychologue du service.

⁴⁷ Le PAP est élaboré pour 12 mois – durée maximale ; le bilan est annuel, mais il peut être réalisé avant si la situation le nécessite.

4.3.3. Les modalités d'intervention

→ Les rythmes d'intervention

L'accompagnement est adapté aux besoins de la personne et à son organisation de vie, dans le cadre des objectifs fixés par le PAP.

- . L'intensité d'intervention peut être allégée, régulière ou soutenue – cette intensité pouvant varier tout au long de l'accompagnement.
- . Les horaires d'intervention des professionnels sont ceux d'ouverture du service – en journée, du lundi au vendredi. Ils peuvent être ajustés *ponctuellement* (demandes d'horaires décalés de personnes ayant une activité professionnelle ou de formation).

La rythmicité de l'accompagnement est ainsi adaptée⁴⁸, selon :

- . Des objectifs visés.
- . La situation de la personne : complexité du handicap, problématiques associées, niveau d'autonomie ;
- . La vie de la personne : lieu de vie, évolution de son environnement de vie (éléments exogènes et endogènes)
- . L'activité du service et la densité des interventions des professionnels.

→ Les modes d'intervention

Le service intervient principalement auprès et avec la personne :

- **Dans le cadre d'interventions individuelles** – visite à domicile ou dans les lieux de vie / d'activité (travail pour exemple), dans les locaux du service, sur des lieux de rendez-vous (dans le cadre des accompagnements aux rendez-vous et/ou démarches).
- **Dans le cadre d'activités collectives** – ateliers à visée thérapeutique, sorties et événements extérieurs. La participation à un temps collectif est définie par rapport aux objectifs du PAP et décidée dans ce cadre le cas échéant.

La dynamique collective de l'accompagnement est importante, mais elle n'est pas systématique.

Le service peut intervenir auprès de l'entourage de la personne :

La personne vit à domicile, dans un environnement affectif (famille, voisins, amis ...), associatif (sports, culture, loisirs, engagements personnels), professionnel (employeurs, collègues de travail...), ou social et médico-social (aide-ménagère, auxiliaire de vie).

Le vécu du handicap de la cérébrolésion peut amener des difficultés à verbaliser ses besoins et attentes, et à communiquer avec son entourage. Les séquelles sont parfois invisibles.

Le Service a une **fonction « ressource »** d'information, de sensibilisation de l'entourage et une **fonction de médiation** qui constitue une aide auprès de la personne.

⁴⁸ Conformément au Cahier des charges des SAVS – SAMSAH du Conseil Départemental de l'Hérault.

Les actions auprès de l'entourage sont généralement individuelles et individualisées, en réponse à une demande ou une sollicitation.

Des actions collectives peuvent toutefois être menées auprès de l'entourage « professionnel » – dans le cadre des « Passerelles d'Ô » notamment. Ces actions permettent aux personnes de participer, pour venir parler de leur vécu et de leur réalité.

4.3.4. Les fins d'accompagnement

L'accompagnement du SAVS a pour objectif de préserver l'équilibre de la personne et son maintien à domicile ; il est ainsi un processus très évolutif en fonction des besoins et des attentes de la personne, qui nécessite d'être constamment interrogé, évalué et adapté.

Toute sortie du service est signifiée à la CDAPH⁴⁹.

Les fins d'accompagnement sont liées :

- **A l'atteinte des objectifs fixés** – la personne a acquis assez d'autonomie pour poursuivre son chemin sans l'étayage du SAVS (mais possiblement avec le recours à un autre accompagnement). Cette sortie d'accompagnement est envisagée dans un premier temps avec la personne et/ou la famille, puis co-décidée et préparée afin qu'il n'y ait aucune rupture dans les différents volets de la vie de la personne.
A une évolution telle de la situation que le SAVS n'est plus adapté ; une proposition d'accompagnement par le SAMSAH est généralement faite en premier lieu. D'autres possibilités de réorientation peuvent être également évoquées avec la personne et/ou la famille, et préparées – sur les plans administratif (notification, demande d'admission...), « technique » (préparation des relais avec les professionnels à venir) et psychologique (accompagnement à l'acceptation, réassurance, levée des freins...).
- **Au souhait de la personne**, et quelle que soit la situation ; l'accompagnement peut prendre fin à tout moment, dès lors que la personne le demande.
- Pour des raisons liées aux « critères » d'admission : changement de lieu de vie de la personne hors du département de l'Hérault, non-renouvellement de la notification CDAPH. Dans ces cas, l'orientation vers d'autres acteurs est proposée, travaillée si acceptée et le relais est préparé et accompagné autant que possible.
- En cas de non-respect du contrat d'accompagnement et/ou du règlement de fonctionnement du service. La sortie du service est également préparée, même si elle est parfois difficile à accepter (« sanction »).
- En cas de décès de la personne, l'accompagnement s'arrête de fait. Le service accompagne la famille dans les démarches administratives si nécessaire. *Une réflexion*

⁴⁹ La personne peut, à tout moment, demander à quitter l'établissement d'accueil. Elle conserve cependant le droit reconnu par la CDAPH pour la période indiquée sur la notification. En revanche, elle ne peut être exclue de l'établissement qu'après avis de la CDAPH.

est en cours au sein des « Passerelles d'Ô », autour de l'accompagnement de fin de vie
(cf. FICHE ACTION PASSERELLES 1 et FICHE ACTION PASSERELLES 2).

La sortie du service est une étape difficile pour tous les acteurs – personne accompagnée, famille, professionnels du service. Elle implique l'idée de la séparation, elle est source d'angoisse et d'inquiétudes et demande une préparation et un travail dans la durée.

Le travail en réseau s'avère essentiel ; le service doit disposer d'une palette de réponses la plus large possible, mais également élaborer et travailler avec les « partenaires » la suite du parcours (rencontres préalables, visite de l'établissement / service futur, accompagnement de la personne à son entrée...

La sortie de l'accompagnement est « ritualisée » par un entretien de fin de prise en charge en présence de la direction et/ou son représentant : un bilan de l'accompagnement est partagé, la décision d'arrêt de l'accompagnement est « prononcée » et un document récapitulatif de la prise en charge est remis à la personne (*en cours de travail*).

La possibilité de recontacter le service lui est rappelée.

En 2023, 5 personnes sont sorties du SAVS :

Dans le cadre d'une fin de prise en charge – objectifs atteints	1
Dans le cadre d'une réorientation*	4

* Les réorientations sont proposées dès lors que l'accompagnement du SAVS :

- N'est plus adapté – elles concernent généralement une orientation vers le SAMSAH « Les Vents du Sud » ou un autre SAMSAH.
- N'est plus possible suite à un déménagement hors du département. La personne est orientée vers un service adapté sur son nouveau territoire de vie.

5. LES ORIENTATIONS STRATEGIQUES

L'ADAGES a négocié puis signé un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) avec l'Agence Régionale de Santé Occitanie et le Conseil Départemental de l'Hérault pour l'ensemble des établissements et services du périmètre « Handicap » gérés par l'association, dont l'EAM « Les Fontaines d'Ô », le SAMSAH « Les Vents du Sud » et le SAVS « Lou Camin ».

Parmi les fiches actions du CPOM, ayant une date d'effet fixé du 1 janvier 2021 au 31 décembre 2025, certains objectifs concernent spécifiquement les établissements et services des « Passerelles d'Ô », notamment la fiche action 12 « Plateforme de services coordonnés et spécialisés cérébrolésés dont traumatisés crâniens » visant à :

- Créer de nouvelles places d'Accueil de Jour à l'EAM « Les Fontaines d'Ô » : cet objectif fait l'objet d'une « fiche action » dans le projet de service de l'Accueil de Jour.
- Relocaliser les services externalisés de la plateforme « Les Passerelles d'Ô » : cet objectif fait l'objet d'une action déclinée dans la fiche action « PASSERELLES 1 » présentée ci-après.
- Optimiser la file active pour préserver la qualité d'accompagnement tout en assurant un fonctionnement efficient du SAVS et du SAMSAH : cet objectif est au cœur des trois « fiches action » du SAMSAH présentées ci-après.

5.1. Les orientations stratégiques du SAVS

Le SAVS, dans son fonctionnement et la réponse apportée aux personnes accompagnées à domicile, est fortement articulée avec le SAMSAH « Les Vents du Sud ». Les Fiches Actions concernent les deux services.

5.1.1. FICHE ACTION 1 – Renforcer la mission de coordination

FICHE ACTION N°1 – RENFORCER LA MISSION DE COORDINATION	
La mise en place de la file active a conduit les services à réorganiser la prise en charge pour accompagner un plus grand nombre de personnes – intensité d'accompagnement modulable, renforcement du travail en partenariat pour l'étayage à domicile. Ainsi, l'accompagnement doit aujourd'hui consister à coordonner les différents acteurs en charge des interventions « techniques » en termes de soins (intervenants libéraux ou SSIAD), d'appui aux démarches administratives (mandataire judiciaire) et d'appui aux actes de la vie quotidienne (Intervenants et services d'aide à domicile).	
Objectifs :	Permettre un accompagnement de qualité pour l'ensemble des personnes accompagnées – 75 personnes en file active pour le SAMSAH
Lien avec le projet associatif	Participer aux objectifs stratégiques : <ul style="list-style-type: none">• Délivrer des prestations de qualité• Adapter l'offre d'accompagnement en l'inscrivant dans son environnement

Actions à entreprendre	<p><u>1.1. Consolider les expertises techniques :</u> Enjeux : L'accompagnement est pluriel et les expertises nécessaires sont nombreuses – veille quant aux dispositifs légaux et règlementaires et démarches, connaissance des acteurs pertinents pour les mobiliser en étayage.... Objectif : Permettre la disponibilité de ressources au sein de l'équipe Points de travail :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Construire un dispositif de « référents techniques » au sein des services – définition du référent technique et de ses missions (veille, partenariat, rencontre des personnes...), modalités de mise à disposition des informations nécessaires à l'équipe. ➤ Identifier les thématiques pertinentes à travailler (soins, administratif, logement, emploi et formation, vie sociale, volet juridique, parentalité...). ➤ Désigner les référents au sein de l'équipe à partir des appétences et des parcours professionnels (compétences). <p>Point d'appui : l'expérience de la Cellule Insertion Professionnelle et Bénévolat (CIPB) peut être un levier de réflexion et d'analyse des actions pertinentes à construire.</p> <p><u>1.2. Consolider les réseaux :</u> Enjeux : L'accompagnement à domicile doit inscrire les personnes dans leur territoire de vie ; les réseaux à développer sont donc nombreux au regard de la zone d'intervention géographique des services. Objectif : Mutualiser les contacts et collaborations mises en œuvre à chaque accompagnement. Points de travail :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ A partir de la structuration des référents techniques, consolider le référencement des acteurs repérés – par thématique, par territoire... ➤ Consolider les pratiques de traçabilité des contacts / réseaux / partenaires sur les différents territoires de vie : modalités de mise à jour des informations, modalités de partage... ➤ Consolider les pratiques de collaboration avec les différents acteurs : transmission d'informations, modalités de coopération et coordination, modalité d'alerte le cas échéant. <p><u>1.3. Réactiver l'enquête de satisfaction :</u> Enjeux : Adosser l'évolution de l'offre d'accompagnement (et la coordination renforcée) sur l'expression et la participation des personnes à cette évolution. Objectif : Favoriser l'expression et la participation des personnes à leur accompagnement. Points de travail :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Réfléchir un processus pertinent de mesure de la satisfaction : par étapes ? (En début d'accompagnement, en cours d'accompagnement, au moment de la sortie – bilan). ➤ Construire les outils en conséquence : questionnaires différenciés ou non, modalités d'administration du questionnaire, modalités de retour des résultats ... <p>Point de vigilance : coordination du parcours et des étayages à mettre en évidence dans l'enquête.</p>
Les moyens à mobiliser	Acteurs : Chef de service, équipe SAMSAH et équipe SAVS
Les échéances	2024-2026

Les critères d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> . Nombre de référents techniques / impacts sur les accompagnements . Nombre d'acteurs repérés par thématique / par territoire et évolution . Evolution de la répartition des activités de l'équipe (typologie et nombre d'actes). . Taux de satisfaction des personnes accompagnées et évolution.
Le pilote	Chef de service

5.1.2. FICHE ACTION 2 - La consolidation de l'offre collective

FICHE ACTION N°2 – CONSOLIDER L'OFFRE COLLECTIVE D'ACCOMPAGNEMENT	
<p>L'accompagnement proposé par les services est majoritairement individuel – visite à domicile, rendez-vous individuel... La dimension collective est mobilisée dans une moindre mesure ; pour autant, elle est particulièrement pertinente :</p> <ul style="list-style-type: none"> . Pour les personnes accompagnées, pour qui le collectif est levier d'émulation (mise en mouvement), de rencontre et partage (lien social), voire de Pair-aidance. . Pour l'organisation globale des accompagnements, le collectif permettant des mutualisations et la mise en place de collaborations avec des acteurs du territoire. . Pour l'amélioration globale des accompagnements des personnes cérébrolésées, les collaborations partenariales permettant de sensibiliser au handicap invisible. 	
Objectifs :	<ul style="list-style-type: none"> . Consolider les pratiques d'accompagnement collectif. . Permettre d'accompagner plus de personnes au sein du service.
Lien avec le projet associatif	<p>Participer aux objectifs stratégiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Délivrer des prestations de qualité. • Promouvoir les droits fondamentaux des personnes en situation de vulnérabilité. • Adapter l'offre d'accompagnement en l'inscrivant dans son environnement. • Communiquer sur le sens de notre action et nos savoirs faire.
Actions à entreprendre	<p><u>Elaborer une offre collective ajustable</u></p> <p><u>Points de travail :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➡ Mettre en réflexion les thématiques pertinentes à proposer en collectif ➡ Différencier les actions « à inscrire dans le PAP » - en lien direct avec les objectifs individualisés (visée thérapeutique), et les actions « à visée sociale » - dimension plus ludique, avec une participation « à la carte » des personnes. ➡ Systématiser – pour chaque action proposée, une élaboration en mode « projet » : thématique de l'activité, objectifs visés, modalités de mise en œuvre, éléments d'évaluation (impacts).
Les moyens à mobiliser	Acteurs : Chef de service, équipe SAMSAH et équipe SAVS
Les échéances	2025-2029
Les critères d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> . Nombre d'actions collectives proposées . Taux de participation des personnes . Nombre de partenaires mobilisés.
Le pilote	Chef de service

5.1.3. FICHE ACTION 3 – Faire face aux demandes croissantes

FICHE ACTION N°3 – S'ORGANISER POUR FAIRE FACE A L'AUGMENTATION DES DEMANDES	
<p>En Région Occitanie, le « réseau TC » s'est organisé, porté par l'AFTC – réseau des familles, et les CHU de Toulouse, Montpellier et Nîmes, afin de mieux répondre aux besoins des personnes cérébrolésées et éviter la rupture dans leur parcours. Parallèlement, le CHU de Montpellier a créé la « clinique du cérébrolésé », service qui permet de suivre sur le long terme les personnes dans le cadre d'orientations dès leur sortie du CHU.</p> <p>Ces structurations ont entraîné une augmentation nette du nombre de demandes auprès du SAMSAH (et une relative diminution des sollicitations du SAVS), auxquelles les services doivent répondre en étant autant que possible réactifs.</p>	
Objectifs :	<ul style="list-style-type: none"> . Rester visible au sein du réseau et conserver l'expertise dans l'accompagnement des personnes cérébrolésée à domicile. . Honorer les engagements de file active sur l'accompagnement en milieu ordinaire (SAVS et SAMSAH).
Lien avec le projet associatif	<p>Participer aux objectifs stratégiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promouvoir les droits fondamentaux des personnes. • Délivrer des prestations de qualité. • Adapter l'offre d'accompagnement en l'inscrivant dans son environnement. • Moduler les ressources humaines au service du projet.
Actions à entreprendre	<p>3.1. Réviser la procédure d'admission et d'accueil : <u>Enjeux</u> : Prévenir les dégradations de situation des personnes par des réponses réactives aux demandes d'admission. <u>Points de travail</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➡ Les phases – appui ante-admission (anticipation des démarches pour notification), étude d'admissibilité (dossier), étude d'admission (bilans / places). ➡ Les bilans à conduire – modalités de réalisation, temporalité, appui systématique ou non d'un accueil temporaire EAM (double notification). ➡ Les modalités de gestion d'une liste d'attente – qualification régulière, priorisation d'accueil... ➡ Les réorientations dès que nécessaire (cartographie des acteurs possibles et modalités d'admission pour information aux personnes et familles). <p>3.2. Faire évoluer la répartition des places d'accueil : <u>Enjeux</u> : Prévenir les dégradations de situation des personnes par des réponses réactives aux demandes d'admission en SAMSAH. <u>Points de travail</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➡ Transformer quelques places de SAVS en places de SAMSAH – réflexion en cours / vigilance aux appels à projet et appels à candidatures pour extension non importantes de places SAMSAH. ➡ Evaluer la faisabilité (technique / moyens humains) d'extension de la zone d'intervention aujourd'hui privilégiée à l'ensemble du département de l'Hérault.
Les moyens à mobiliser	Acteurs : Chef de service, équipe SAMSAH et équipe SAVS
Les échéances	2025-2029
Les critères d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> . Evolution du nombre de places des services . Evolution de la file active / du taux d'occupation des places. . Evolution du territoire d'intervention et impacts sur les moyens.
Le pilote	Direction

5.2. Les orientations stratégiques des Passerelles d'Ô

Le SAVS « Lou Camin », acteur des « Passerelles d'Ô », est concerné par l'ensemble des Fiches Actions de la plateforme.

Ces fiches sont pilotées par la Direction, garante de la cohérence globale des orientations stratégiques et de l'implication des différents établissements et services en fonction des enjeux et des objectifs.

Les personnes accompagnées, les familles et les professionnels sont très en attente d'une Direction affirmée, dans le respect de l'histoire des « Passerelles d'Ô » – la Direction en 2024 étant encore identifiée comme « transitoire ».

5.2.1. FICHE ACTION Passerelles 1 – Consolider la mutualisation au service des parcours

Parole de famille : « ma fille a souhaité vivre seule, alors même que son niveau d'autonomie au quotidien rendait difficile ce projet. Pour autant, l'établissement a fait tout ce qu'il a pu pour accéder à ses souhaits. Sans les « possibles » proposés par « Les Passerelles d'Ô » (la résidence « I. FIORETTI », l'appui du SAMSAH), ma fille n'aurait jamais pu vivre dans son logement, avec le sentiment d'être enfin libre chez elle ».

FICHE ACTION PASSERELLE 1 – CONSOLIDER LES MUTUALISATIONS AU SERVICE DU PARCOURS	
Les « Passerelles d'Ô » se sont construites dans le but d'accompagner les personnes cérébrolésées tout au long de leur parcours, et d'ajuster les prestations selon les souhaits et le projet de vie de chaque personne.	
Objectifs :	Cette logique de parcours doit être consolidée de manière transversale, tant dans les process d'accompagnement – orientations, mutualisation et lisibilité des périmètres d'intervention... que dans les outils – passage de relais, projet d'accompagnement...
Lien avec le projet associatif	Participer aux objectifs stratégiques : <ul style="list-style-type: none">• Délivrer des prestations de qualité.• Adapter l'offre d'accompagnement en l'inscrivant dans son environnement.• Expérimenter pour répondre à de nouveaux besoins.• Moduler les ressources humaines au service du projet.• Optimiser la gestion des ressources financières et du patrimoine immobilier.• Mobiliser des instances associatives en capacité de porter le projet associatif.
Actions à entreprendre	1.1. La logique de parcours au sein de la plateforme <u>Enjeux</u> : permettre la fluidité de parcours par des relais pertinents et des périmètres d'intervention clairement définis <u>Objectifs</u> : . Anticiper les orientations par des évaluations fines de l'autonomie des personnes.

. Mettre à profit les mutualisations (de compétences, d'activités) sans apporter de la confusion dans les périmètres d'accompagnement.

Points de travail :

- Conduire le projet de relocalisation des services externalisés de la Plateforme « Les Passerelles d'Ô » (AJ, SAMSAH et SAVS) dans des locaux adaptés aux extensions envisagées et autorisées – *conformément au CPOM ADAGES 2021-2025 – fiche action n°12.*
- Actualiser les procédures transversales à l'ensemble des établissements et services et les diffuser – S'assurer d'une mise en pratique harmonisée.
- Consolider les espaces d'expérimentation de l'autonomie :
 - . Au quotidien – par une mutualisation structurée (quand, comment, pourquoi) des espaces de vie sociale de l'EAM au service des services et l'Accueil de Jour,
 - . Dans le parcours – évaluer la faisabilité d'un « appartement thérapeutique » au sein de l'EAM ou de la résidence « I. FIORETTI » pour expérimenter en sécurité la vie en logement autonome (espace dit « autonome » avec accompagnement de proximité mais suffisamment distancié pour la prise de conscience par la personne et l'évaluation par les professionnels).
- Consolider les périmètres d'accompagnement même si les temporalités, les espaces et les activités peuvent être partagés
 - . En cas d'activité partagée : repérer les modalités d'inscription / de participation des personnes selon l'accompagnement dont elles bénéficient (EAM, SAMSAH, SAVS),
 - . En cas d'espace partagé : repérer clairement qui conduit l'activité et qui peut y participer (éviter les allées-venues non prévues, les intrusions dans l'activité...).
- Structurer les « relais » et « interfaces » des différents accompagnements : élaboration d'un PAP de sortie travaillé en partie avec la structure « suivante » le cas échéant, transmissions d'informations essentielles...

1.2. La logique de parcours en cas de « double accompagnement » au sein des « Passerelles d'Ô »

Cas de « double notification » ADJ – SAMSAH ou SAVS ou de double accompagnement (Résidence – Autres).

Enjeux : rendre l'accompagnement et les interventions lisibles pour les personnes et les familles

Objectifs : Structurer les process

Points de travail :

- Evaluer la pertinence d'un ou plusieurs PAP et les modalités d'articulation selon les choix établis.
- Systématiser des espaces de coordination formalisés

Points de vigilance : liens « affectifs » et nécessaire prise de distance des professionnels lors des évolutions de parcours des personnes.

1.3. La logique de parcours au service du parcours de vie : parcours des personnes vieillissantes

Enjeux : les établissements et services accueillent les personnes jusqu'à 65 ans, et des orientations doivent être faites pour les personnes vieillissantes. Cette période de vie est parfois difficile pour chacun – y compris dans une vie « ordinaire » : le vieillissement contraint parfois à changer de domicile, de territoire de vie... et de repères tant affectifs que sociaux.

	<p><u>Objectifs</u> : permettre aux PHV – dont le vieillissement peut être précoce et bien avant 65 ans, d’être accompagnées de manière adaptée à leurs besoins.</p> <p><u>Pistes à mettre au travail</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ La consolidation d’un <i>accompagnement spécifique tenant compte du vieillissement</i> de la personne : activités spécifiques, mise en place de complémentarités professionnelles innovantes... ➤ La réflexion autour de <i>l’accompagnement de fin de vie</i> – le vieillissement augmente les risques de fin de vie ; les établissements et services collaborent aujourd’hui avec des structures dédiées vers lesquelles les personnes sont orientées. L’accompagnement pourrait être proposé au sein des « Passerelles d’Ô » mais nécessiterait alors l’engagement et l’adhésion des professionnels (accompagnement très particulier pouvant être difficile), la montée en compétences des équipes comme des espaces d’accueil (équipements). ➤ La création d’une <i>Unité PHV au sein de l’EAM « Les Fontaines d’Ô »</i> – faisabilité technique, juridique, financière à évaluer. ➤ La création d’une « unité pour personnes cérébrolésées » dans un <i>EHPAD partenaire</i>, ➤ La <i>création d’un EHPAD dédié</i> aux personnes cérébrolésées – stratégie de développement associatif.
Les moyens à mobiliser	Association gestionnaire, Direction des « Passerelles d’Ô », ensemble des équipes des établissements et services. OPCO Santé Autorités de tarification et de contrôle.
Les échéances	2024-2029
Les critères d’évaluation	. Nombre de personnes concernées par des parcours au sein des « Passerelles d’Ô ». . Nombre de co-accompagnements conduits . Evolution de l’offre d’accompagnement.
Le pilote	Direction

5.2.2. FICHE ACTION Passerelles 2 – Mutualiser les compétences et expertises

FICHE ACTION PASSERELLES 2 – CONSOLIDER LES EXPERTISES THEMATIQUES	
Les « Passerelles d'Ô » permettent une richesse professionnelle remarquable par la collaboration de différents experts autour de thématiques d'accompagnement identiques, même si les modalités de mise en œuvre sont finement ajustées aux besoins des personnes et aux missions des établissements et services. Cette collaboration doit permettre des réflexions partagées pour innover dans l'accompagnement, particulièrement autour de nouveaux besoins et/ou de situations singulières.	
Objectifs :	Consolider la qualité des accompagnements et l'expertise fine des interventions.
Lien avec le projet associatif	Participer aux objectifs stratégiques : <ul style="list-style-type: none"> • Délivrer des prestations de qualité • Expérimenter pour répondre à de nouveaux besoins • Moduler les ressources humaines au service du projet.
Actions à entreprendre	<p><u>2.1. Construire des modalités d'intervention adaptées / innovantes autour de thématiques ciblées</u> – pour chacune d'elles :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➡ En définir finement les enjeux à la lumière des singularités de la personne cérébrolésée, et les objectifs pertinents à viser. ➡ Repérer les apports théoriques, conceptuels, techniques pertinents. ➡ Définir les axes de développement des compétences nécessaires. ➡ Identifier le réseau de partenaires à mobiliser : <ul style="list-style-type: none"> . Pour la montée en compétences des professionnels, . Pour l'intervention auprès des personnes –interne ou orientation. ➡ Elaborer une offre – individuelle / collective, mutualisable et/ou spécifique par service. <p><u>Thématiques à mettre au travail :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> — La vie affective et sexuelle des personnes accompagnées : comment aborder la thématique ? Comment élaborer des « réponses » aux besoins et attentes ? — Vie de couple et accompagnement des couples : garantie des individualités ? quelle place des professionnels dans l'intimité de vie et quelles limites d'intervention ? Quelle formalisation de l'accompagnement (PAP individuels / PAP couple) ? <i>A construire à partir des expérimentations et accompagnements déjà réalisés.</i> — Vie familiale et soutien à la parentalité : droits et aides (PCH parentalité, partenaires...), rôle des professionnels et limites d'intervention, montée en compétences des équipes... — Utilisation des outils numériques et Internet : autonomie des personnes VS sécurité des pratiques, prévention des risques... — La santé et la prévention des risques : comment accompagner les situations d'addictions ? Quelle pertinence à l'accompagnement « réduction des risques et des dommages » (RDRD) ? <i>Pour ces différentes thématiques, les partenariats avec certaines structures seraient à activer et/ou consolider (Intim'Agir Occitanie, CODES34...).</i> — La fin de vie : comment aborder la thématique avec la personne / la famille (souhaits et directives anticipées, personne de confiance, contrat obsèques...) ? comment accompagner les professionnels devant annoncer une maladie grave dont l'issue est le décès (<i>notamment dans le cadre des accompagnements aux rendez-vous médicaux</i>) ? Les RBPP HAS « accompagner les personnes en fin de vie en EHPAD » et « à domicile » (décembre 2017) peuvent être un appui.

	<p>2.2. La nomination d'un référent PRAPS pour « Les Passerelles d'Ô » (suite au départ du salarié référent depuis 2017), dans le cadre de la prévention des risques</p> <p><u>Points de travail :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➡ Identifier les professionnels volontaires et/ou déjà qualifiés (exemple des ergothérapeutes) ➡ Engager la démarche de formation de formateur PRAPS si nécessaire. ➡ Réimpulser la dynamique dans le cadre de la mission de référent.
Les moyens à mobiliser	Association gestionnaire, Direction des « Passerelles d'Ô », ensemble de la plateforme. OPCO Santé
Les échéances	2024-2029
Les critères d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> . Nombre d'actions ciblées mises en œuvre . Nombre de partenaires sollicités. . Nombre d'actions de montée en compétences des professionnels conduites.
Le pilote	Direction

5.2.3. FICHE ACTION Passerelles 3 – Consolider la dynamique partenariale

FICHE ACTION PASSERELLES 3 – CONSOLIDER LA DIMENSION PARTENARIALE	
<p>L'approche inclusive n'est pas toujours facile à opérationnaliser, dans une société qui ne l'est pas toujours elle-même : l'offre à destination des personnes en situation de handicap est très limitée (sport, culture, loisirs).</p> <p>Par ailleurs, la période COVID19 et post-COVID a mis à mal certains partenariats, certains projets d'ouverture vers et avec l'extérieur. Beaucoup de personnes accompagnées disent avoir souffert d'isolement, de sentiment de repli sur soi contraint.</p> <p>Il est essentiel de collaborer pour coconstruire en mutualisant les compétences – expertise des « Passerelles d'Ô » pour proposer une offre adaptée au public, technicité des partenaires pour proposer une offre variée.</p>	
Objectifs :	<ul style="list-style-type: none"> . Se faire connaître et faire connaître le handicap invisible . Promouvoir l'ouverture à et sur son environnement . Conventionner avec des acteurs pertinents – dont les autres structures de l'ADAGES.
Lien avec le projet associatif	<p>Participer aux objectifs stratégiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promouvoir les droits fondamentaux des personnes. • Délivrer des prestations de qualité. • Adapter l'offre d'accompagnement en l'inscrivant dans son environnement. • Expérimenter pour répondre à de nouveaux besoins. • Mobiliser des instances associatives en capacité de porter le projet associatif. • Moduler les ressources humaines au service du projet. • Communiquer sur le sens de notre action et nos savoirs faire.
Actions à entreprendre	<p>3.1. Les partenariats au service de l'accompagnement et du parcours</p> <p><u>Points de travail :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➡ Structurer un « <i>plan de campagne</i> » annuel, porté par la Direction – CDS et l'ASS auprès des « acteurs » clés d'un parcours d'utilisateur : <ul style="list-style-type: none"> . Soins : CHU, Clinique Bourges... . Autres ESSMS : parcours / temps communs (festifs, culture...). . Administrations / accès aux droits : CAF/ CPAM / MDPH / Associations Tutélaires, . Emploi et activités – UEROS, Asso pro-bénévolat, France Travail... ➡ Structurer une <i>dynamique partenariale</i> (générale ou par thématique)

	<ul style="list-style-type: none"> . VEILLE : Réflexion autour d'instances (type Cellule IPB) ou de référents pour assurer une veille dédiée(s) . MISE EN ŒUVRE et pérennisation : <ul style="list-style-type: none"> - Conventonnement si pertinent (mission possible pour l'ASS) - Identification de personnes « Ressource » pour continuité des projets (suite départ salariés, stagiaires, contrat Pro) – notamment sur les activités de culture et loisirs. ➡ Structurer un <i>réseau actif pour le BENEVOLAT</i> <ul style="list-style-type: none"> . Réactiver le format de la cellule IPB en zoomant uniquement sur le bénévolat. . Cartographier les acteurs potentiels – « grosses » associations comme petits acteurs susceptibles d'accueillir des bénévoles <i>ex du nettoyage des voitures du golf de Massane</i>). . Outiller le déploiement : grille d'évaluation des capacités et freins des personnes, fiche « de mission bénévole », « contractualisation » de l'accueil de la personne (charte...), articulation avec les référents d'accompagnement... <p><u>3.2. Dynamiser les collaborations intra associatives (ADAGES)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➡ Intégrer dans le « plan de campagne » de communication (cf. action 3.1) les établissements et services ADAGES (ou les pôles). ➡ Être acteur de la nouvelle dynamique associative et solliciter des collaborations – Champs possibles / pertinents de mutualisation associative identifiés : <ul style="list-style-type: none"> . Logistique : location de site pour des séjours de vacances mutualisés inter-établissements (<i>ex de la Lozère évoqué</i>), . Partenarial : conventonnement institutionnel (<i>CPAM, CAF...</i>), organisation d'activités d'envergure (actions citoyennes – bénévolat, humanitaire, événements festifs ou culturels...) . Expertise : formations communes, rencontres professionnelles, appui technique (<i>ex de la Maison du Logement</i>). . Accompagnement : fluidité de parcours (<i>ESAT, CHRS</i>). <p><u>3.3. Favoriser les doubles notifications dès lors qu'elles sont pertinentes</u> pour le parcours de la personne (Ex : notifications EAM et structure liée à l'emploi (UEROS, ESAT...)). Travailler le lien avec la MDPH / CDAPH à plusieurs niveaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➡ Institutionnel (Direction, CDS) – pour régulièrement rappeler les missions des « Passerelles d'Ô » et la spécificité du public accueilli. ➡ Administratif et social (ASS) – pour construire voire conventionner des modalités collaboratives. ➡ Technique (TS) – pour solliciter des « dérogations » sur des situations qui le nécessitent.
Les moyens à mobiliser	Association gestionnaire, Direction des « Passerelles d'Ô », ensemble des équipes (EAM – services). OPCO Santé Autorités de tarification et de contrôle.
Les échéances	2024-2029
Les critères d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> . Nombre de partenaires – dont partenaires ADAGES. . Nombre d'actions partenariales conduites. . Nombre d'actions de bénévolats proposées – taux de participation. . Nombre de doubles notifications effectives / obtenues.
Le pilote	Direction

GLOSSAIRE DES ABREVIATIONS

ANESM	Agence Nationale de l'Évaluation de la qualité des établissements et services Sociaux et Médicosociaux	OETH	Objectif Emploi Travailleur Handicapé
ARS	Agence Régionale de Santé	OPCO	Opérateur de Compétences
AVC	Accident Cardio Vasculaire	PAP	Projet d'Accompagnement Personnalisé
AVP	Accident de la Voie Publique	PCH	Prestation de Compensation du Handicap
AVQ	Actes de la Vie Quotidienne	PHV	Personne Handicapée Vieillissante
CASF	Code de l'Action Social et des Familles	PRAP	Prévention des Risques liés à l'Activité Physique
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale	QHSE	Qualité Sécurité Hygiène Environnement
CDAPH	Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées	RBPP	Recommandation(s) de Bonnes Pratiques publiée(s) par l'HAS.
CHU	Centre Hospitalier Universitaire	RH	Ressources Humaines
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens	RSO	Responsabilité Sociétale des Organisations
CSE	Comité Social et Economique	SAMSAH	Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
CSS	Complémentaire Santé Solidaire (ex-CMU – Couverture Médicale Universelle)	SAVS	Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
CVS	Conseil de la Vie Sociale	TC	Traumatisé Crânien
DDETS	Direction Départementale de l'Emploi, du Travail et des Solidarités	TMS	Troubles Musculo Squelettiques
DUERP	Document Unique d'Évaluation des Risques Professionnels	TS	Travailleur Social
EAM	Etablissement d'Accueil Médicalisé	URIOPSS	Union Régionale Interfédérale des Œuvres et organismes Privés non lucratifs Sanitaires et Sociaux
EANM	Etablissement d'Accueil Non Médicalisé		
ESAT	Etablissement et Service d'Accompagnement par le Travail		
ESSMS	Etablissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux		
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes		
ETP	Equivalent Temps Complet		
FAM	Foyer d'Accueil Médicalisé		
GEPP	Gestion des Emplois et des Parcours Professionnels		
HAS	Haute Autorité de Santé		
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat		
MDPH	Maison Départementale Des Personnes Handicapées		
MDA	Maison De l'Autonomie		

ANNEXES

Annexe 1 – Méthodologie d'élaboration du projet d'établissement / de service

Etapes clés	Date(s)	Mission dans l'élaboration ou l'actualisation du PE/PS	Composition
Cadrage en lien avec le Comité de pilotage	05/12/2024 19/12/2023 29/01/2024	Réunion de Cadrage Siège / Direction Réunion Comité Technique (cadres) Lancement COPIL1	. DG, Responsable Qualité, Direction Plateforme. . Comité technique et COPIL : cf. composition ci-après.
GT 1 : Bilan du projet précédent	27/02/2024	Favoriser la démarche à partir du bilan des 5 dernières années Assurer la continuité de l'histoire	Groupe mixte – échantillons de professionnels EAM, ADJ, Services, Résidence + cadre.
GT 2 : Le public, ses besoins et les missions de la structure	05/03/2024	Repérer les besoins et les évolutions de la population accueillie	Groupe mixte – échantillons de professionnels EAM, ADJ, Services, Résidence + cadre.
GT 3 : L'offre de services	19/03/2024 + 19/06/2024 02/04/2024 23/04/2024 30/04/2024	Offre de services ADJ Offre de la Résidence Offre de services EAM Offre SAMSAH et SAVS	Groupe dédié à chaque établissement / service – échantillons de professionnels + cadre.
GT 4 : Bienveillance, éthique et garantie des droits	19/03/2024	Démarche déontologique, principes d'intervention	Groupe mixte – échantillons de professionnels EAM, ADJ, Services, Résidence + cadre.
GT 5 : L'organisation et les RH	28/03/2024 16/05/2024	Moyens et équipes professionnelles – partenariats	Groupe mixte – échantillons de professionnels EAM, ADJ, Services, Résidence + cadre.
GT 6 : les perspectives à 5 ans	Toutes les séances + synthèse le 11/06/2024	Dimension transversale à toutes les thématiques	Groupe mixte – échantillons de professionnels EAM, ADJ, Services, Résidence + cadre.
GT avec les personnes accompagnées	21/05/2024 11/06/2024	Rencontre des personnes et des familles Groupe de professionnels sur le pouvoir d'agir	5 personnes 2 familles Groupe mixte – échantillons de professionnels EAM,

			ADJ, Services, Résidence + cadre.
Point intermédiaire des travaux	10/06/2024 24/06/2024	Comité Technique Cadres COFIL 2	Cf. Composition
Rédaction des 5 projets	Eté 2024	Rédaction : PE EAM « Les Fontaines d'Ô » PS Accueil de Jour PS SAMSAH « Les Vents du Sud » PS SAVS « Lou Camin » PE Résidence « I. FIORETTI »	Prestataire
Comité de lecture	04/09/2024 20/09/2024	SAMSAH, SAVS, Résidence EAM, Accueil de Jour	Membres du COFIL
Clôture de la démarche en COFIL	23/09/2024	COFIL 3 : Présentation des livrables et clôture	Cf. Composition
Consultation du CSE			
Présentation aux instances associatives			

Composition du Comité de pilotage (COFIL) :

- Un représentant du siège ADAGES (Direction Qualité),
- La Direction des « Passerelles d'Ô »,
- Les 2 CDS de l'EAM,
- La CDS SAMSAH – SAVS,
- Le référent QHSE des « Passerelles d'Ô »,
- 5 professionnels (accompagnement) de la plateforme.

Composition du Comité Technique :

- La Direction des « Passerelles d'Ô »,
- La CDS EAM Soins,
- La CDS EAM Hébergement,
- La CDS SAMSAH-SAVS.

Annexe 2 – Le cadre légal, réglementaire et technique du service

→ Les principales références législatives

- La loi n°2002-2 du 2 janvier 2002, **renovant l'action sociale et médico-sociale**, rappelle la pleine citoyenneté des personnes en situation de handicap accueillies, en réaffirmant leurs droits.
- La loi n°2002-303 du 4 mars 2002 **relative au droit des malades et à la qualité du système de santé** renforce la déontologie médicale et soignante, met le patient au centre du dispositif de soin. Elle lui reconnaît le droit d'être informé, de participer aux décisions qui le concerne.
- La loi n°2005-102 du 11 février 2005 **pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées**. Elle institue la notion d'accessibilité et de compensation du handicap.
- Le Décret n° 2005-223 du 11 mars 2005 relatif aux conditions d'organisation et de fonctionnement des services d'accompagnement à la vie sociale et des services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés.
- La loi du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs.
- La loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire (HPST) n° 2009-879 du 20 juillet 2009 dresse un nouveau contexte pour le secteur médico-social, avec la création des ARS et le schéma régional d'organisation médico-sociale.
- La loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.
- La loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et la transformation du système de santé (OTSS).

→ Les principales références réglementaires

- L'arrêté du 8 septembre 2003, relatif à la charte des droits et libertés. Annexée au livret d'accueil, elle annonce des principes éthiques et déontologiques. Son application est un outil de prévention contre les risques de maltraitance ;
- Le décret du 22 octobre 2003 relatif à la gestion budgétaire, comptable et financière et aux modalités de financement et de tarification des ESSMS ;
- Le décret n°2003-1094 du 14 novembre 2003 relatif à la personne qualifiée ;
- Le décret n°2003-1095 du 14 novembre 2003 relatif au règlement de fonctionnement ;
- Le décret du 26 novembre 2003 concernant les modalités de mise en œuvre de la visite de conformité ;
- Le décret du 26 novembre 2003 relatif à la composition, à l'organisation et aux modalités d'autorisation de création, de transformation ou d'extension d'établissements et services médico-sociaux ;
- Le décret du 26 novembre 2003 relatif à la composition, à l'organisation et aux missions du conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale.

- Les décrets n°2004-287 du 25 mars 2004 relatif au conseil de la vie sociale et aux formes de participation et n° 2005-1367 du 2 novembre 2005 y portant modifications de certaines dispositions ;
- La circulaire DGAS-SD 5 n°2004-138 du 24 mars 2004 relative à la mise en place du livret d'accueil.
- Le décret n° 2004-1274 du 28 novembre 2004 relatif au contrat de séjour ;
- Le décret du 15 mai 2007 fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des ESSMS ;
- L'Arrêté du 4 juin 2007 pris en application de l'article R. 314-141 du code de l'action sociale et des familles fixant le plafond du tarif journalier de soins applicable aux foyers d'accueil médicalisé et services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés ;
- Le décret n°2009-322 du 20 mars 2009 relatif aux obligations des établissements et services accueillant ou accompagnant des personnes handicapées adultes n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie, précise les besoins des personnes accueillies, les objectifs des établissements accueillant des personnes handicapées en perte d'autonomie, ainsi que le plateau technique nécessaire ;
- La circulaire interministérielle DGCS du 30 septembre 2011 relative à la mise en œuvre du programme national de prévention des infections dans le secteur médico-social ;
- Le décret n° 2016-1813 du 21 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures médico-sociales et l'Arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales
- Le décret n°2017-982 du 9 mai 2017 – nomenclature simplifiée.
- La circulaire du 2 mai 2017 relative à la transformation de l'offre d'accompagnement des personnes handicapées, qui affirme clairement les nouvelles orientations en termes de transformation et de rénovation de l'offre médicosociale, notamment celles de « partir des besoins et des attentes des personnes handicapées et de leurs aidants », de « favoriser une vie en milieu ordinaire lorsque cela est possible et conforme aux souhaits de la personne » et de « répondre à la logique d'un « parcours » global alliant précocité des interventions et renforcement de l'inclusion sociale.
- Le décret n° 2021-1476 du 12 novembre 2021 relatif au rythme des évaluations de la qualité des ESSMS et de son décret modificatif n° 2022-695 du 26 avril 2022.
- Le décret n° 2024-166 du 29 février 2024 relatif au projet d'établissement ou de service des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

➔ Les Recommandations des Bonnes Pratiques Professionnelles (RBPP) de l'ANESM-HAS

- Le répit des aidants – Juin 2024 ;
- Prévention des addictions et réduction des risques et des dommages dans les ESSMS – janvier 2023 ;
- Bientraitance : promouvoir une culture commune pour les professionnels et les usagers des secteurs sanitaire et médicosocial – Janvier 2023 ;

- Evaluation des ESSMS – référentiel et manuel – 2022 ;
- Accompagner la personne nécessitant une mesure de protection juridique dans l'exercice de ses droits et vers un parcours de vie inclusif (note de cadrage) – Décembre 2022 ;
- Vie affective et sexuelle dans le cadre de l'accompagnement des ESSMS (note de cadrage) – Juin 2022 ;
- Dossier de Liaison Urgence – Domicile (DLU-Dom) – Mars 2021 ;
- Outil de repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation – Avril 2018
- Pratiques de coopération et de coordination du parcours de la personne en situation de handicap – Janvier 2018 ;
- L'adaptation de l'intervention auprès des personnes handicapées vieillissantes – Mars 2015 ;
- Le soutien des aidants non professionnels (recommandation à destination des professionnels du secteur social et médico-social pour soutenir les aidants de personnes âgées, adultes handicapées ou souffrant de maladie chronique vivant à domicile) – Janvier 2015 ;
- L'accompagnement à la santé de la personne handicapée, juillet 2013
- La participation des personnes protégées dans la mise en œuvre des mesures de protection juridique, juillet 2012
- Le questionnaire éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux – Octobre 2010 ;
- Elaboration, rédaction, et animation du projet d'établissement ou de service – Mai 2010 ;
- Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement – Novembre 2009 ;
- Ouverture de l'établissement à et sur son environnement – Décembre 2008 ;
- Les attentes de la personne et le projet personnalisé – Décembre 2008 ;
- Mission du responsable de service et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance – Septembre 2009 ;
- La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre – Juillet 2008 ;
- Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées – Juillet 2008.

Nomenclature des besoins

<p>1.1 et 1.1.1 - Besoins en matière de santé somatique ou psychique</p> <p>1.1.1.1 - Besoins en matière de fonctions mentales, psychiques, cognitives et du système nerveux</p> <p>1.1.1.2 - Besoins en matière de fonctions sensorielles</p> <p>1.1.1.3 - Besoins en matière de douleur</p> <p>1.1.1.4 - Besoins relatifs à la voix, à la parole et à l'appareil bucco-dentaire</p> <p>1.1.1.5 - Besoins en matière de fonctions cardio-vasculaire, hématopoïétique, immunitaire et respiratoire</p> <p>1.1.1.6 - Besoins en matière de fonctions digestive, métabolique, endocrinienne</p> <p>1.1.1.7 - Besoins en matière de fonctions génito-urinaires et reproductives</p> <p>1.1.1.8 - Besoins en matière de fonctions locomotrices</p> <p>1.1.1.9 - Besoins relatifs à la peau et aux structures associées</p> <p>1.1.1.10 - Besoins pour entretenir et prendre soin de sa santé</p>	<p>1.3 - Besoins pour la participation sociale</p> <p>1.3.1 – Besoins pour accéder aux droits et à la citoyenneté</p> <p>1.3.1.1 - Besoins pour accéder aux droits et à la citoyenneté</p> <p>1.3.2 – Besoins pour vivre dans un logement et accomplir les activités domestiques</p> <p>1.3.2.1 - Besoins pour vivre dans un logement</p> <p>1.3.2.2 - Besoins pour accomplir les activités domestiques</p> <p>1.3.4 – Besoins pour participer à la vie sociale et se déplacer avec un moyen de transport</p> <p>1.3.4.1 - Besoins pour participer à la vie sociale</p> <p>1.3.4.2 - Besoins pour se déplacer avec un moyen de transport</p> <p>1.3.3 – Besoins pour l'insertion sociale et professionnelle et pour exercer ses rôles sociaux</p> <p>1.3.3.1 - Besoins en lien avec la vie scolaire et étudiante</p> <p>1.3.3.2 - Besoins en lien avec le travail et l'emploi</p> <p>1.3.3.3 - Besoins transversaux en matière d'apprentissages</p> <p>1.3.3.4 - Besoins pour la vie familiale, la parentalité, la vie affective et sexuelle</p> <p>1.3.3.5 - Besoins pour apprendre à être pair-aidant</p> <p>1.3.5 – Besoins en matière de ressources et d'autosuffisance économique</p> <p>1.3.5.1 - Besoins en matière de ressources et d'autosuffisance économique</p>
<p>1.2 et 1.2.1 - Besoins en matière d'autonomie</p> <p>1.2.1.1 - Besoins en lien avec l'entretien personnel</p> <p>1.2.1.2 - Besoins en lien avec les relations et les interactions avec autrui</p> <p>1.2.1.3 - Besoins pour la mobilité</p> <p>1.2.1.4 - Besoins pour prendre des décisions adaptées et pour la sécurité</p>	

Annexe 4 – La nomenclature des prestations SERAFIN PH

Nomenclature des prestations - Prestations directes / Soins et accompagnement

2.3 - Prestations pour la participation sociale			2.1 – Prestations de soins , de maintien et de développement des capacité fonctionnelles
2.3.1 – Accompagnements pour exercer ses droits	2.3.2 – Accompagnements au logement	2.3.3 – Accompagnements pour exercer ses rôles sociaux	
2.3.1.1 – Accompagnements à l'expression du projet personnalisé	2.3.2.1 – Accompagnements pour vivre dans un logement	2.3.3.1 – Accompagnements pour mener sa vie d'élève et d'étudiant	
2.3.1.2 – Accompagnements à l'exercice des droits et libertés	2.3.2.2 – Accompagnements pour accomplir les activités domestiques	2.3.3.2 – Accompagnements pour préparer sa vie professionnelle	2.1.1 - Soins somatiques et psychiques
2.3.4 – Accompagnements pour participer à la vie sociale	2.3.5 – Accompagnements en matière de ressources et d'autogestion	2.3.3.3 – Accompagnements pour mener sa vie professionnelle	2.1.1.1 - Soins médicaux à visée préventive, curative ou palliative
2.3.4.1 – Accompagnements du lien avec les proches et le voisinage	2.3.5.1 – Accompagnements pour l'ouverture des droits	2.3.3.4 – Accompagnements pour réaliser des activités de jour spécialisées	2.1.1.2 – Soins des infirmiers, des aides soignants et auxiliaires de puériculture à visée préventive, curative et palliative
2.3.4.2 – Accompagnements pour la participation aux activités sociales et de loisirs	2.3.5.2 – Accompagnements pour l'autonomie de la personne dans la gestion des ressources	2.3.3.5 – Accompagnements à la vie familiale, la parentalité, la vie affective et sexuelle	2.1.1.3 – Prestations des psychologues y compris à destination des fratries et des aidants
2.3.4.3 – Accompagnements pour le développement de l'autonomie dans les déplacements	2.3.5.3 – Informations, conseils et mise en œuvre des mesures de protections des adultes	2.3.3.6 – Accompagnements pour l'exercice des mandats électoraux, la représentation des pairs et la pair-aidance	2.1.1.4 - Prestations des pharmaciens et préparateurs en pharmacie
2.3.4.4 – Accompagnements après la sortie de l'ESMS			2.1.2 - Soins de rééducation et réadaptation fonctionnelle
2.3 et 2.3.1 - Prestations en matière d' autonomie			2.1.2.1 - Prestations des auxiliaires médicaux, des instructeurs en locomotion et avéjistes
2.2.1.1 – Accompagnements pour les actes essentiels	2.2.1.2 – Accompagnements pour la communications et les relations avec autrui		2.1.2.2 – Prestations des superviseurs non psychologues
2.2.1.3 – Accompagnements à l'extérieur avec déplacement d'un professionnel pour mettre en œuvre une prestation en matière d'autonomie			
2.2.1.4 – Accompagnements pour prendre des décisions adaptés et pour la sécurité			

Annexe 5 – les bilans d'évaluation

Tout accompagnement de la personne débute par une phase d'évaluation où différents bilans sont effectués par l'équipe pluridisciplinaire, permettant ainsi d'apporter des préconisations très précises et individualisées, adaptées au profil de la personne et à ses attentes. Ces évaluations sont reconduites tout au long de l'accompagnement, autant que nécessaire selon l'évolution de la situation de la personne et/ou en réponse à ses attentes et demandes.

Ces bilans sont conduits en tenant compte de l'environnement de la personne – familial, social et professionnel.

BILAN	Réalisé par	Finalité / Objectifs
Bilan social	Assistant de service social	Recueillir l'ensemble des informations et des documents relatifs à la situation sociale de la personne (antérieure à l'accident et actuelle) : ouverture des droits, environnement familial, logement, activité professionnelle, environnement social et activités...
Bilan des actes de la vie quotidienne (AVQ)	Les référents de la personne : <ul style="list-style-type: none"> . Evaluation en direct (observation) . Evaluation selon les observations de l'entourage (famille, infirmier(e)s en libéral, auxiliaires de vie...). 	<p>Les AVQ sont regroupés dans différents temps :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Les temps des levers et couchers ▪ Les temps des repas ▪ Les moments de soins d'hygiène ▪ La gestion du budget et des consommations diverses / réalisation des courses. ▪ Le repérage dans l'espace et le temps. <p>L'objectif général est de déceler les besoins en aide humaine et technique pour tendre vers la plus grande autonomie et proposer des préconisations en ce sens.</p>
Bilan médical	Médecin <ul style="list-style-type: none"> . Dans le cadre de l'étude du dossier, en amont de la commission d'admission. . Dans le cadre d'un examen médical (suivi). 	<p>Etudier :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'anamnèse, ▪ L'origine de la lésion cérébrale, ▪ Les antécédents personnels et familiaux, ▪ Les facteurs de risque, ▪ Les bilans cliniques. <p>Permet :</p> <ul style="list-style-type: none"> . La validation ou non de l'admission, . L'établissement d'un bilan d'évaluation des séquelles . La proposition d'orientation pour favoriser un accompagnement médical global, adapté et personnalisé.

<p>Bilan psychologique</p>	<p>Psychologue</p> <p>NOTA : évaluation basée sur la connaissance de la pathologie lésionnelle, tout autant que sur la psychopathologie clinique.</p>	<p>Objectifs principaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Décrire les séquelles psycho-affectives et comportementales suite aux lésions cérébrales. ▪ Comprendre l'impact de l'ensemble des séquelles sur la sphère sociale et familiale, cet impact ayant lui-même un retentissement psychologique et comportemental sur la personne. ▪ Proposer à l'équipe un éclairage et des préconisations pour un accompagnement individualisé, qui tient compte des fragilités mais aussi des ressources psychologiques, sociales et familiales de la personne. <ul style="list-style-type: none"> ➔ Eclairage toujours partagé avec la personne pour poser les bases d'une alliance thérapeutique et d'un accompagnement adapté, dont le futur bénéficiaire sera le principal acteur. <p>Outil principal : recueil de données autobiographiques à partir d'entretiens cliniques, directifs et semi directifs.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➔ Ces entretiens se conduisent sur une période (quelques semaines en amont d'une admission ou en accueil temporaire à l'EAM). ➔ Au besoin complétés par la passation d'échelles psychométriques qui permet une mesure objective des troubles. <p>NOTA : L'évaluation psychologique ne prend en compte dans un premier temps que la parole de la personne. Le rapprochement de ces récits personnels et subjectifs avec la réalité objective vécue par la personne, est réalisé par le clinicien. Ceci permettra d'analyser la façon dont la personne intègre ses séquelles dans son parcours de vie et dans son présent, de recueillir des éléments révélateurs de sa personnalité, mais également et surtout d'évaluer la conscience des troubles et de leurs impacts au quotidien.</p> <p>Ceci est d'autant plus important qu'un même trouble peut prendre un sens différent d'un individu à un autre, et avoir un impact différent, selon sa capacité à en prendre conscience, à l'accepter.</p> <p>Concernant la pathologie lésionnelle, il existe une grande diversité des étiologies responsables d'une atteinte du système nerveux central. Les séquelles qui en résultent conduisent à un tableau de handicap chronique qui affecte de manière durable la qualité de vie des personnes cérébrolésées et de leur entourage. Ces séquelles se définissent par plusieurs catégories de déficit, dont l'association est très fréquente mais à des degrés de sévérité différents.</p> <p>Ainsi, pour chaque personne, le bilan permet de repérer comment s'articulent singulièrement :</p> <ul style="list-style-type: none"> – <i>Les déficits neurologiques</i> : déficit moteur hémicorporel, syndrome cérébelleux, tremblements ou mouvements anormaux, épilepsie, déficits neurosensoriels (cécité, diplopie, amputation du champ visuel et endocriniens neuroendocriniens...). – <i>Les déficits cognitifs (neuropsychologiques)</i> : troubles de la mémoire et de l'orientation temporo-spatiale, troubles du langage (aphasie, dysarthrie), troubles de la pensée et du raisonnement... – <i>Les séquelles comportementales</i> : impulsivité mal contrôlée (verbale et/ou physique), euphorie excessive, familiarité inappropriée, instabilité, troubles de l'alimentation, désinhibition verbale ou physique... – <i>Les séquelles psycho-affectives</i> : anxiété, affects dépressifs, labilité de l'humeur, apathie, troubles du sommeil...
----------------------------	---	--

Annexe 6 – Organigramme des « Passerelles d’Ô »

