

2013 - 2018

# PROJET D'ETABLISSEMENT

---

Appartements de Coordination Thérapeutique  
Etablissement Médico-Social



Adresse : 43 Boulevard du Maréchal Joffre  
92340 Bourg-la-Reine

Tel : 01.41.13.48.26

Fax : 01.41.13.48.29

Mail : [act@initiatives.asso.fr](mailto:act@initiatives.asso.fr)

Site : [www.initiatives.asso.fr](http://www.initiatives.asso.fr)

**Article L311-8 du CASF** : 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. Le cas échéant, ce projet identifie les services de l'établissement ou du service social ou médico-social au sein desquels sont dispensés des soins palliatifs et précise les mesures qui doivent être prises en application des dispositions des conventions pluriannuelles visées à l'article L. 313-12. Ce projet est établi pour une durée maximale de cinq ans après consultation du conseil de la vie sociale ou, le cas échéant, après mise en œuvre d'une autre forme de participation.

---

## SOMMAIRE

---

### INTRODUCTION

PAGE 5

- *Finalités du projet d'établissement*
- *Choix méthodologique*

---

### 1. LES CARACTERISTIQUES GENERALES

PAGE 7

- 1.1. *Caractéristiques administratives***
- 1.2. *Zone géographique***
- 1.3. *Organigramme***
- 1.4. *Cartographie des processus***
- 1.5. *Historique***
- 1.6. *Les valeurs***
- 1.7. *La charte des valeurs***
- 1.8. *Le cadre législatif et réglementaire***
- 1.9. *Données statistiques***

---

### 2. L'OFFRE DE SERVICES

PAGE 25

#### **2.1. *La procédure d'admission***

- 2.1.1. *Le traitement des demandes*
- 2.1.2. *L'admission*

#### **2.2. *L'accueil du résident***

- 2.2.1. *L'accueil*
- 2.2.2. *Le dossier administratif d'hébergement*
- 2.2.3. *L'état des lieux*
- 2.2.4. *Les biens personnels*
- 2.2.5. *Au cours du premier mois d'hébergement*
- 2.2.6. *Les visites à domicile*
- 2.2.7. *Le Projet d'Accompagnement Personnalisé*
- 2.2.8. *Les astreintes*
- 2.2.9. *Les situations d'urgence*
- 2.2.10. *La durée de séjour*
- 2.2.11. *La résiliation du contrat de séjour*
- 2.2.12. *La fin de prise en charge*

#### **2.3. *L'accompagnement des résidents***

- 2.3.1. *Le pôle de direction et administratif*
- 2.3.2. *La coordination médicale*
- 2.3.3. *L'accompagnement social et éducatif*

- 2.3.4. *L'accompagnement psychologique*
- 2.3.5. *L'équipe technique*
- 2.4. Les activités collectives et individuelles de loisirs**
  - 2.4.1. *L'animation d'ateliers collectifs*
  - 2.4.2. *Sorties culturelles collectives*
  - 2.4.3. *Accompagnement individualisé vers les loisirs, le sport et la culture*
  - 2.4.4. *Organisation d'une fête pour la nouvelle année*
- 2.5. Le réseau partenarial**
  - 2.5.1. *L'Agence Régionale de Santé*
  - 2.5.2. *Les hôpitaux*
  - 2.5.3. *La COREVIH*
  - 2.5.4. *Les réseaux villes-hôpital.*
  - 2.5.5. *Les associations*
  - 2.5.6. *Les services territoriaux*
  - 2.5.7. *Les fédérations*

---

## 3. L'APPLICATION DES DROITS DES USAGERS

PAGE 45

### **3.1. Les droits fondamentaux de la personne accueillie**

### **3.2. Les outils de la loi du 2 janvier 2002**

- 3.2.1 *Le livret d'accueil*
- 3.2.2 *Le règlement de fonctionnement*
- 3.2.3 *Le contrat de séjour*
- 3.2.4 *Le Conseil de la Vie Sociale*
- 3.2.5 *Le Projet d'Accompagnement Personnalisé*

### **3.3. La bientraitance**

- 3.3.1 *La lutte contre la maltraitance*
- 3.3.2 *Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles*

---

## 4. L'ORGANISATION ET LE FONCTIONNEMENT

PAGE 49

### **4.1. Les ressources humaines**

- 4.1.1 *Le fonctionnement de l'équipe*
- 4.1.2 *L'entretien annuel d'évaluation*
- 4.1.3 *La formation professionnelle*
- 4.1.4 *L'analyse des pratiques*
- 4.1.5 *L'accueil des stagiaires*
- 4.1.6 *Les réunions*

- 4.1.7 *Les écrits*
- 4.1.8 *Les outils de communication*

## 5. LE SUIVI ET L'ÉVALUATION

PAGE 56

---

### **5.1. Le suivi de l'activité**

### **5.2. L'évaluation des activités et de la qualité des prestations**

---

## INTRODUCTION

---

### **Méthodologie de conception du projet d'établissement – contexte-**

La rédaction de notre projet d'établissement a été réalisée dans le cadre d'une démarche participative de l'ensemble des salariés.

Notre premier projet d'établissement a été validé par le Conseil d'administration du 14 décembre 2007. La validité d'un projet d'établissement étant de 5 ans, en janvier 2012, le directeur a mis en place un **CO**mité de **PI**lotage (COFIL) composé du chef de service, d'une psychologue, d'un travailleur social et d'un agent technique afin d'engager ce travail de réécriture.

La première action du COFIL a été de demander à l'ensemble des salariés de s'approprier individuellement la **Recommandation de Bonnes Pratiques Professionnelles (RBPP)** de l'Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et **Services sociaux et Médico-sociaux (anesm)** sur le **projet d'établissement**. Dans un deuxième temps une réunion collective a permis de partager et de mettre en commun nos observations sur cette recommandation.

Le comité de pilotage a mis à disposition de l'ensemble des salariés sur le serveur des ACT différents documents nécessaires pour leur travail

- ✚ Les axes de progrès de l'évaluation interne effectuée en 2004 et leurs suivis
- ✚ Le projet d'établissement 2007 – 2012 et ses axes de progrès
- ✚ Le bilan de l'évaluation externe effectué en 2010
- ✚ Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles éditées par l'anesm

Le comité de pilotage a établi une feuille de route pour chaque groupe de travail. Il y a eu 10 groupes de travail tout au long de cette année 2012-2013. Chaque groupe de travail était composé de plusieurs catégories de professionnels entre 2 & 3 permettant une transversalité dans le travail de réécriture. Le COFIL devait relire le travail des différents groupes de travail et éventuellement demander des corrections.

Tous les trimestres une réunion plénière regroupant le directeur et l'ensemble des salariés a permis de valider le travail effectué.

Le directeur et le chef de service prennent chaque semaine un temps de réunion pour faire le point sur le dispositif.

Les salariés ont eu accès sur le serveur à l'ensemble des travaux effectués.

### **Les limites du projet précédent**

#### **Les aspects qui ont évolué**

Depuis 5 ans, dans le cadre de notre démarche continue de la qualité, l'association Initiatives et l'équipe des ACT ont pris en compte certains axes prioritaires de progrès :

- ✚ L'élaboration d'une charte des valeurs
- ✚ La mise en place d'un **Conseil de la Vie Sociale (CVS)**
- ✚ Révision du règlement de fonctionnement avec le CVS
- ✚ Mise en place d'enquête de satisfaction
- ✚ La mise en place d'activités collectives (ateliers de création, de couture, d'écriture, et des repas collectifs)
- ✚ La mise en place d'un réseau informatique favorisant la transmission des informations (dont le cahier de liaison pour plus de confidentialité) et de leur mutualisation

- ✚ La révision et l'adaptation de notre outil **Projet d'Accompagnement Personnalisé (PAP)**
- ✚ La révision de certaines procédures (médecin-infirmière ; procédure d'admission ; astreinte ; l'entretien des appartements par l'équipe technique...)
- ✚ La mise en place d'un cahier d'incidents informatisé
- ✚ Le conventionnement de certains partenariats
- ✚ La formalisation de l'entretien individuel annuel
- ✚ L'adaptation des horaires de travail afin de mieux répondre aux besoins des usagers

## **La place des usagers**

Les résidents des ACT d'Initiatives ont été intégrés dans ce processus de réécriture du projet d'établissement.

Le CVS a été informé du projet de réécriture de notre projet d'établissement et de notre souhait de prendre en compte leurs avis au-delà de l'enquête de satisfaction.

Les résultats de l'enquête de satisfaction ont été communiqués à l'ensemble de l'équipe de direction de l'association Initiatives.

Le jeudi 9 août 2012, une matinée de travail a été réalisée en présence de 4 résidents sur le chapitre « offre de service ». Le compte rendu de ce travail a été validé par le CVS d'octobre 2012 puis donné au comité de pilotage.

Lors d'un CVS, les résidents ont pu réactualiser l'enquête de satisfaction, celle-ci a été dépouillée par le CVS du 17 mai 2013.


Le projet d'établissement a été soumis Conseil de la Vie Social réunis le vendredi 13 septembre 2013.

Le projet d'établissement a été soumis au Conseil d'Administration du vendredi 11 octobre 2013.

# **1. LES CARACTERISTIQUES GENERALES**

---

## CHAPITRE 1.1: CARACTERISTIQUES ADMINISTRATIVES

<p><b>Nom et adresse du siège</b></p>	<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;">  <div style="text-align: right;"> <p>Association INITIATIVES Centre de Formation et d'Insertion 43 Boulevard du Maréchal Joffre 92340 BOURG LA REINE</p> <p>Adresse électronique : <a href="mailto:initiatives@initiatives.asso.fr">initiatives@initiatives.asso.fr</a> Site : <a href="http://www.initiatives.asso.fr">www.initiatives.asso.fr</a></p> </div> </div>
<p><b>Statut :</b></p> <p>Créée en <b>1989</b>, <b>Initiatives</b> est une association loi 1901.</p>	<p><b>Objet:</b> <i>association d'origine protestante dont l'objet est, dans le respect de la laïcité et de la conscience de chacun, de se mettre au service des plus défavorisés en mettant en place des actions de formation et d'insertion culturelle, sociale et professionnelle et, plus généralement, de mettre sur pied tout type d'action pouvant se rattacher directement ou indirectement à la poursuite d'un objectif social ou susceptible d'en favoriser l'extension ou le développement</i></p>
<p><b>Catégorie :</b></p> <p>Médoco-social Appartement de Coordination Thérapeutique (ACT)</p>	<p><i>« Art. L. 312-1. - I. - Sont des établissements et services sociaux et médico-sociaux, au sens du présent code, les établissements et les services, dotés ou non d'une personnalité morale propre, énumérés ci-après...(1° à « 9o Les établissements ou services qui assurent l'accueil et l'accompagnement de personnes confrontées à des difficultés spécifiques en vue de favoriser l'adaptation à la vie active et l'aide à l'insertion sociale et professionnelle ou d'assurer des prestations de soins et de suivi médical, dont les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et les appartements de coordination thérapeutique ; »</i></p>
<p><b>Public :</b></p> <p>Hébergement de personnes seules, familles avec ou sans enfants, atteintes de maladies chroniques avec un traitement et en précarité sociale.</p>	<p><i>L'article 1 du Décret n°2002-1227 du 3 octobre relatif aux appartements de coordination thérapeutique, définit la fonction des ACT : « Les appartements de coordination thérapeutique fonctionnent sans interruption et hébergent à titre temporaire des personnes en situation de fragilité psychologique et sociale, nécessitant des soins et un suivi médical, de manière à assurer le suivi et la coordination des soins, à garantir l'observance des traitements et à permettre un accompagnement psychologique et une aide à l'insertion. ».</i></p>
<p><b>Tarifcation</b></p>	<p>Dotation Globale de financement</p>
<p><b>Financement</b></p>	<p>Etat / Agence Régionale de Santé</p>
<p><b>Convention</b></p>	<p>Convention Collective Nationale 1966</p>
<p><b>Date d'agrément et d'ouverture</b></p> <p><b>Agrément au 31/12/2012 à 26 places.</b></p>	<p><b>Arrêté du 30 août 1995</b> pour un agrément de <b>12 places ACT</b>. Renouvellement de l'agrément de 12 places pour 3 ans <b>le 17 décembre 1998</b>. <b>En 2001</b>, extension de 4 places soit <b>16 places</b>. <b>Arrêté n° 2003-1330 du 1er juillet 2003</b> portant sur l'autorisation des appartements de coordination thérapeutique en vue de leur transformation en un établissement médico-social, pour une capacité de 16 places « malades ». <b>En 2004</b>, extension de 4 places soit <b>20 places</b>. <b>En 2008</b>, extension de 4 places soit <b>24 places</b>. <b>En 2012</b>, extension de 2 places soit <b>26 places</b>.</p>
<p><b>Visite de conformité</b> <b>Le 14 octobre 2003</b></p>	<p>Procès verbal de visite de conformité Appartements de Coordination Thérapeutique. <b>Le 18 novembre 2003</b></p>



## CHAPITRE 1.2: ZONE GEOGRAPHIQUE

Le département des Hauts-de-Seine fait partie de la région [Île-de-France](#). La préfecture est à Nanterre. Une sous-préfecture à Antony. A proximité de nos ACT il y a l'Hôpital Antoine Béchère et l'Hôpital privé d'Antony. Nous sommes sur le territoire de la communauté d'agglomération des Hauts-de-Bievre.

- ✚ Deux appartements à Bourg-la-Reine
- ✚ Une résidence de 10 appartements à Sceaux

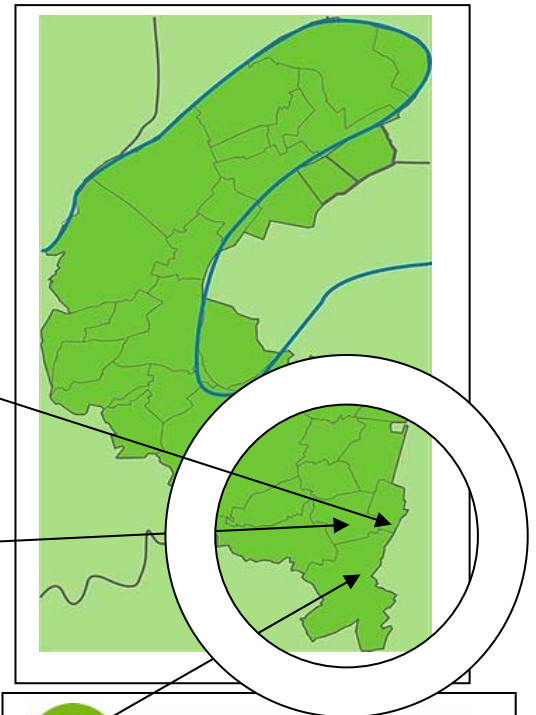


- ✚ Une résidence de 5 appartements à Antony



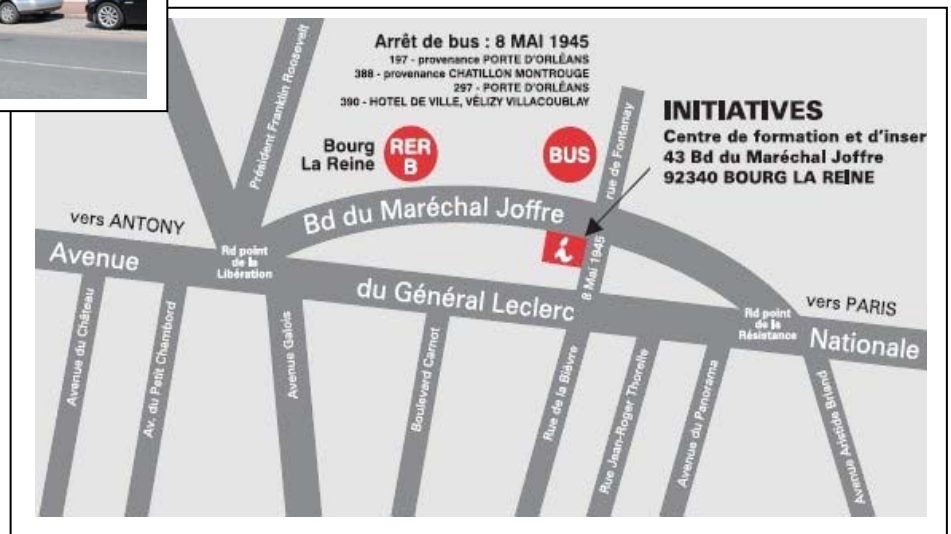
✚ Nos deux résidences sont à proximité des transports bus et du RER B.

✚ Nous sommes sur le territoire du COREVIH sud d'Ile-de-France.



Antony, Bourg-la-Reine, Châtenay-Malabry, Le plessis Robinson, Sceaux, Verrières-le-Buisson, Wissous

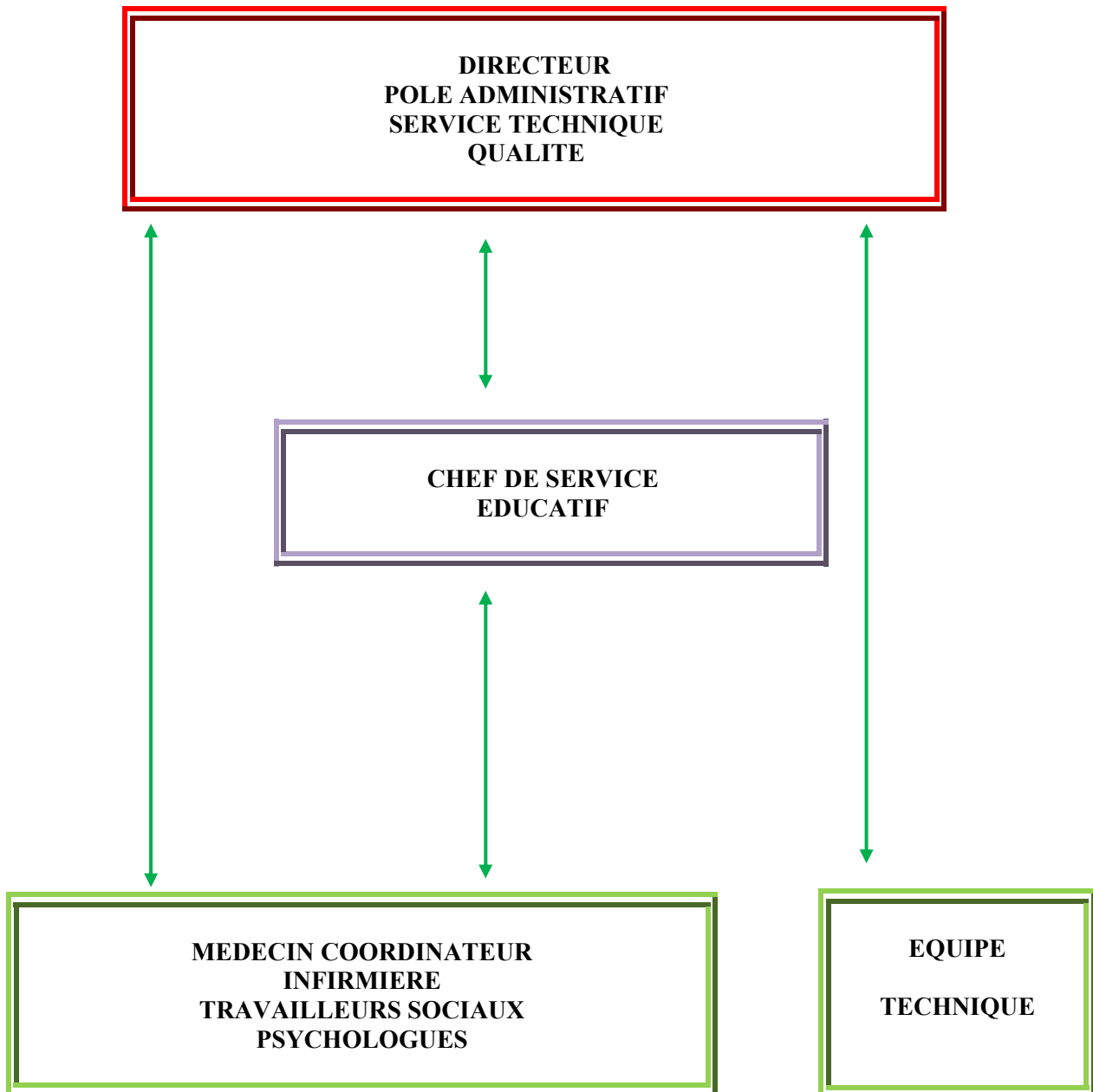
Siège de l'association



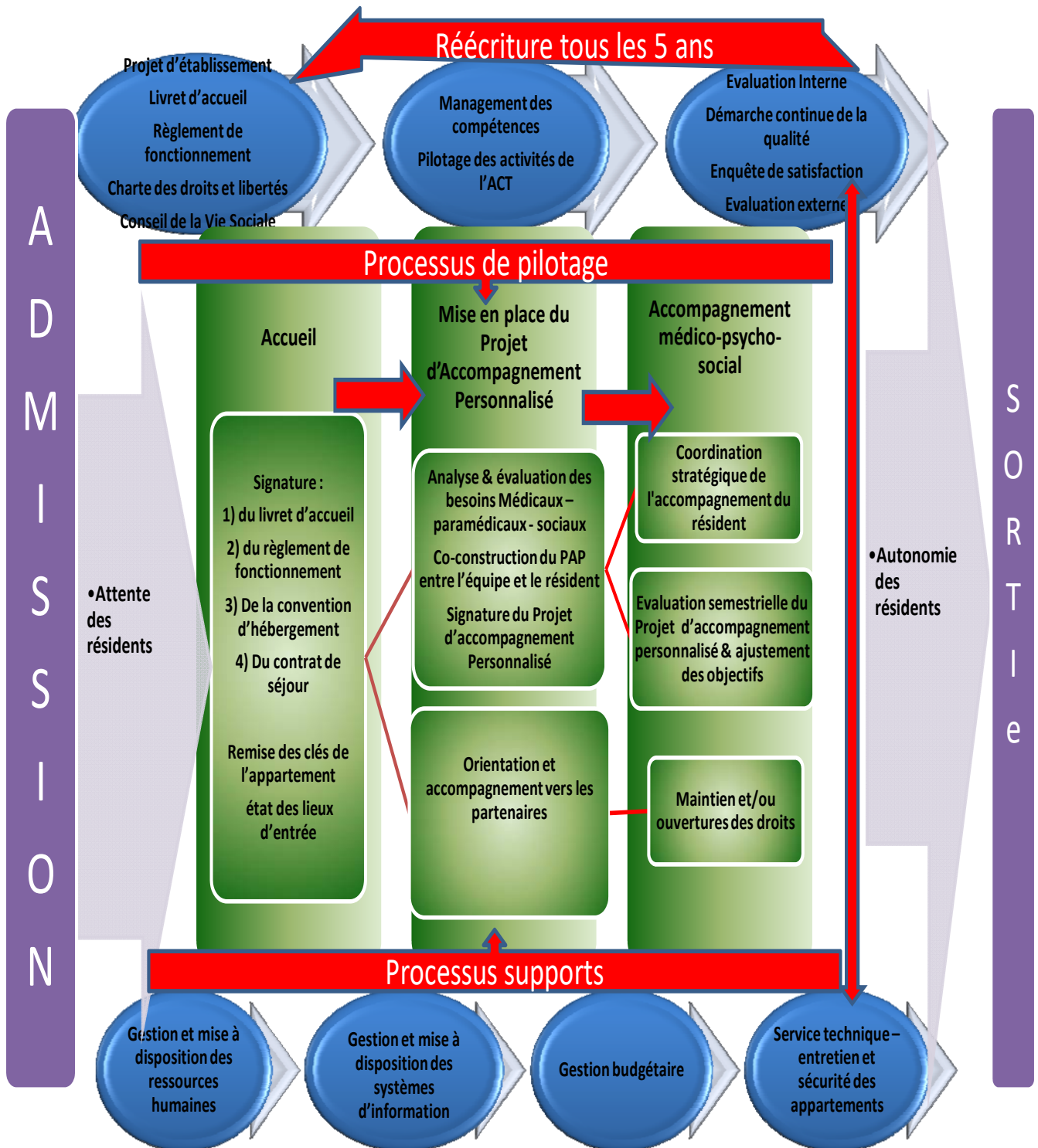
---

**CHAPITRE 1.3: ORGANIGRAMME DES ACT**

---



## CHAPITRE 1.4: CARTOGRAPHIE DES PROCESSUS DES ACT



---

## CHAPITRE 1.5: L'HISTORIQUE

---

### 1.1.1. L'HISTORIQUE DE L'ASSOCIATION

Créée en 1989, sous le nom Accueil et Service, l'association change de nom en 1991 et devient Initiatives. C'est une association loi de 1901.

Centre de Formation à l'origine pour des établissements médico-sociaux du sud des Hauts-de-Seine, l'association a étendu son action de formation sur le territoire national et a développé en parallèle un « service insertion » pour venir en aide aux personnes en situation d'exclusion et de fragilité sociale.

Depuis 1991, ce sont plus de 10.000 personnes qui ont été formées ou accompagnées par Initiatives dans différents domaines. :

- Le secteur de l'aide à la personne : Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Vie Sociale (DEAVS)
- Le secteur de l'animation : Brevet Professionnel de la Jeunesse, de l'Education Populaire et du Sport (BPJEPS)
- Le secteur social : Diplôme d'Etat d'Aide Médico-Psychologique (DEAMP)
- Le secteur médico-social : Diplôme d'Etat de Moniteur-Educateur (DEME) et Diplôme d'Etat d'Educateur spécialisé (DEES)
- La formation supérieure : Certificat d'Aptitude aux fonctions d'Encadrement et de Responsable d'Unité d'Intervention Sociale (CAFERUIS) et la formation de dirigeant Expert en Economie Solidaire et Gouvernance Sociale (EESGS)

L'association Initiatives développe en 2013 des formations professionnalisantes qui vont du niveau V au niveau I.

En 2012, le site internet de l'association a reçu plus de 150.000 visites.

En **2000**, l'association inaugure un **cyber-espace** dédié aux stagiaires et aux personnes suivies par le service insertion afin d'apporter une contribution active à la lutte contre la fracture numérique. Une action qui se poursuit en 2013 grâce à l'engagement de jeunes au sein de missions du service civique.

Sur le plan de la prévention, Initiatives ouvre en **2003**, un « **Point Ecoute Jeunes** » destiné à recevoir, de façon anonyme et gratuite, des adolescents désireux de s'informer, d'être écoutés ou conseillés dans le domaine de la sexualité, de la prévention des infections sexuellement transmissibles et des addictions.

En **août 2004**, l'association met en place une **équipe mobile de prévention** sur un lieu extérieur de rencontres à destination de personnes homosexuelles.

Progressivement, l'association a réorienté ses activités de prévention en associant le plus largement possible les jeunes accueillis ainsi que les professionnels collaborant à son centre de formation.

Ainsi dans la continuité de son engagement pour le Service Civil dont bénéficiaient les objecteurs de conscience avant la suppression du Service National, Initiatives s'est

immédiatement engagée, dès la création de l'Agence Nationale du Service Civique, dans ce nouveau dispositif citoyen et a obtenu un agrément national pour recevoir des jeunes en service civique. Les jeunes accueillis interviennent en soutien aux personnes en situation de fragilité sociale dans des structures à vocation sociale. Par ailleurs, la volonté associative étant de favoriser la prévention par les pairs, des jeunes en service civique interviennent au sein du pôle de prévention pour des actions de sensibilisation en direction d'autres jeunes.

### 1.1.2. L'HISTORIQUE DES ACT

Très engagée dans la lutte contre les discriminations sous toutes leurs formes, l'association Initiatives sera l'un des membres fondateurs de la FNH-VIH à la fin des années 1990.

En **1995**, Initiatives a reçu un agrément ministériel autorisant le fonctionnement de **12 places** d'Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT) pour accueillir des personnes touchées par le VIH/Sida, en situation de fragilité psychologique et sociale et nécessitant des soins et un suivi médical. En 2002, les ACT ont intégré le droit commun afin de donner à ce dispositif une assise pérenne et de l'ouvrir à d'autres pathologies chroniques et sévères. En 2001, la capacité d'accueil passe de 12 à 16 places puis à 20 places en 2004 et à 24 places en 2008. Depuis 2012, l'association dispose de **26 places**.

L'hypothèse d'avoir à assumer des accompagnements de fin de vie était très présente dans les années 1990 où le pronostic vital des résidents était gravement hypothéqué. Celui-ci s'est amélioré avec les progrès thérapeutiques et a permis aux personnes hébergées de se projeter dans l'avenir et d'envisager une réinsertion sociale. Mais cette évolution se traduit aussi par un travail d'acceptation de la maladie et du traitement, impliquant une hygiène de vie et justifiant un accompagnement pluridisciplinaire.

En 2012, l'accueil d'autres pathologies chroniques et sévères tels cancer, mucoviscidose, hépatite, ... est une réalité du fonctionnement des ACT d'Initiatives. Le souci de l'association est de rester en permanence à l'écoute des nouveaux besoins et d'y apporter des réponses adaptées.

Depuis son origine marquée par les valeurs du christianisme social et du personnalisme communautaire, l'association Initiatives s'est efforcée d'être un acteur de transformation sociale. C'est dans cet esprit que les membres de l'association se sont très tôt investis dans l'accompagnement des exclus et des malades du Sida et que, naturellement, initiatives est devenue membre fondateur de la FNH-VIH (Fédération Nationale des Hébergements VIH et autres pathologies).

L'association Initiatives avec d'autres a ainsi apporté une contribution active à la reconnaissance légale et réglementaire des Appartements de Coordination Thérapeutique.

L'expérience vécue nous a amenés à vouloir élargir les pratiques d'accompagnement à la prise en charge d'autres pathologies chroniques et sévères.

Cette démarche s'est également traduite dans l'engagement associatif en faveur de l'économie sociale et solidaire dès le début des années 1990.

L'association Initiatives sera à l'initiative avec les membres du RENESS (Réseau National de l'Economie Sociale et Solidaire), à l'occasion des élections présidentielles de 2012, d'un

appel national pour une nouvelle gouvernance sociale et solidaire qui rencontrera un grand écho auprès de nombreuses personnalités.

Dans la continuité des actions engagées, le Centre de Formation d'Initiatives est à l'origine d'une formation de dirigeant de l'économie sociale et solidaire partant des acteurs de terrain. Après plusieurs années d'expérimentation, cette formation a été enregistrée au Répertoire National des Certifications Professionnelles au niveau I et a reçu le parrainage de Benoît Hamon, premier Ministre délégué à l'Economie Sociale et Solidaire en 2012.

L'originalité d'Initiatives est de posséder au sein de la même association un établissement médico-social et un centre de formation au travail social, la pratique de l'un fécondant celle de l'autre. Il nous semble important dans l'avenir de garder cette diversité qui est source d'innovation et de réflexion en matière d'action sociale. Pour Initiatives, à partir de l'expérience des acteurs de terrain, la pratique doit permettre l'émergence d'une réflexion théorique, la démarche de recherche-action devant favoriser l'évolution des pratiques et leur adaptation aux nouveaux besoins.

Le projet associatif d'Initiatives pour les années à venir est de créer avec d'autres les conditions qui nous permettent de pouvoir construire et dire : « **Ensemble, innovons solidaires ...** ».



---

## CHAPITRE 1.6: LES VALEURS

---

Prendre des initiatives pour faire reculer toutes les formes de discrimination, telle est notre démarche depuis la création de l'association en 1989. Dans cette perspective, l'écoute, le respect et l'accompagnement de toutes les personnes accueillies sont au cœur de notre projet, quelle que soit leur situation.

Ainsi, l'accompagnement qui est proposé dans le cadre des ACT se veut fidèle à différents textes tels que :

La **Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen** de 1789. C'est un des textes fondateurs de la démocratie et de la liberté en France. Elle a pour fondement les quatre droits suivants : la liberté, la propriété, la sûreté et la résistance à l'oppression.

Le **Préambule** de la Constitution du 27 octobre 1946. Il définit certains droits fondamentaux comme l'accès au travail, au logement, à l'éducation, à la formation, à la culture et enfin à l'exercice de la citoyenneté.

La **Déclaration Universelle des Droits de l'Homme**, adoptée par l'Organisation des Nations Unies le 10 décembre 1948. Elle précise dans son article 29 que *« dans l'exercice de ses droits et dans la jouissance de ses libertés, chacun n'est soumis qu'aux limitations établies par la loi exclusivement en vue d'assurer la reconnaissance et le respect des droits et libertés d'autrui et afin de satisfaire aux justes exigences de la morale, de l'ordre public et du bien-être général dans une société démocratique »*.

La **Convention de Sauvegarde des Droits de l'Homme et des Libertés Fondamentales** est entrée en vigueur en septembre 1953. Elle affirme dans son article 14 que *« la jouissance des droits et libertés reconnus doit être assurée, sans distinction aucune, fondée notamment sur le sexe, la race, la couleur, la langue, la religion, les opinions politiques ou toutes autres opinions, l'origine nationale ou sociale, l'appartenance à une minorité nationale, la fortune, la naissance ou toute autre situation. »*

La **Charte Sociale Européenne**, adoptée en 1961 et révisée en 1996. Elle reconnaît certains droits notamment le droit à la sécurité sociale et le droit à l'aide et à l'action sociale.

La **Charte des Droits Fondamentaux de l'Union Européenne** du 7 décembre 2000 reprend en un texte unique, pour la première fois dans l'histoire de l'Union européenne, l'ensemble des droits civiques, politiques, économiques et sociaux des citoyens européens ainsi que de toutes personnes vivant sur le territoire de l'Union. Ces droits sont basés notamment sur les droits et libertés fondamentaux reconnus par la Convention européenne des droits de l'homme, les traditions constitutionnelles des Etats membres de l'Union européenne, la Charte sociale européenne du Conseil de l'Europe et la Charte communautaire des droits sociaux fondamentaux des travailleurs ainsi que d'autres conventions internationales auxquelles adhèrent l'Union européenne ou ses Etats membres.

Le logo d'INITIATIVES représente un personnage en forme de I qui sort d'un cadre noir. En Occident, le noir renvoie fréquemment à des notions de deuil, de tristesse. Symboliquement, un point noir anonyme devient successivement gris puis rouge avant d'engager un mouvement dynamique pour sortir du cadre.

Parce que chaque être humain est unique, la conviction qui anime INITIATIVES est que chacun est appelé librement à devenir acteur et auteur de sa vie. Le point noir anonyme sans valeur reconnue devient progressivement un personnage puis une personne qui se met en marche. Dans le village mondial dans lequel nous sommes appelés à vivre, les personnes sont trop souvent de simples numéros, des dossiers à gérer ou des réalités statistiques lointaines.



### ESPÉRANCE. BIENVEILLANCE.

Passer du noir au gris puis au rouge. Mort. Vie. Passer de l'exclusion à la libre insertion. Quelques mots qui pourraient résumer le fondement du projet d'INITIATIVES.

L'espérance des fondateurs d'INITIATIVES s'appuie sur la conviction que si un seul a pu passer de la mort à la vie, ce chemin est possible pour tous.

Dans le respect des convictions de chacun, ceux qui croient au Ciel et ceux qui n'y croient pas peuvent constater que la nuit les étoiles sont toujours plus visibles que le jour. Ainsi, lorsque le soleil se lève et que le jour succède à la nuit, il est toujours temps pour prendre ensemble des initiatives pour une société plus juste et plus fraternelle.



---

## CHAPITRE 1.8: LE CADRE LEGISLATIF ET REGLEMENTAIRE

---

**Vu les articles L.162-31, R.162-46 à R.162-50 et D.162-21 du code de la Sécurité Sociale relatif à l'organisation des actions expérimentales de caractère médical et social.** Un programme expérimental d'appartements de coordination thérapeutique (ACT) pour des personnes atteintes par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et en situation de précarité sociale a été progressivement mis en place à partir de 1994 (**circulaire du 17 août 1994**). En 1999, une seconde **circulaire** en date du **17 mars** est venue modifier et compléter celle de 1994 pour tenir compte de l'évolution des thérapeutiques concernant le VIH/Sida et des nouvelles problématiques (prise en charge plus précoce, problèmes liés à l'observance et aux effets indésirables) afin de répondre aux nouveaux besoins des personnes malades.

L'évaluation de l'ensemble du dispositif a démontré qu'il répondait de façon satisfaisante à la situation des malades accueillis, pour la plupart, en état de grande précarité. Dès lors, compte tenu des besoins persistants de la population, ces structures ont eu vocation à quitter le cadre expérimental et à être intégrées dans le droit commun afin de donner à ce dispositif une assise pérenne et de l'ouvrir à d'autres pathologies chroniques et sévères (cancers, VHC, ...).

Les ACT sont donc devenus des établissements médico-sociaux financés par l'Assurance Maladie depuis les **lois n° 2002-2 du 2 janvier 2002** rénovant l'action sociale et médico-sociale et **n° 2002-73 du 17 janvier 2002** de modernisation sociale.

La **loi du 2 janvier 2002** rénovant l'action sociale et médico-sociale est centrée sur les droits des personnes. Les établissements médico-sociaux doivent garantir à toute personne accompagnée, les droits fondamentaux prévus par le Code civil et énonce de nouveaux droits comme :

- ✚ l'accès de l'usager à toute information le concernant,
- ✚ l'accès à son dossier,
- ✚ la participation directe de la personne à sa prise en charge,
- ✚ l'information sur les droits fondamentaux.

La **loi du 4 mars 2002** relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé est également applicable dans notre établissement ; elle définit le droit au respect de la dignité des personnes malades, l'absence de discrimination dans l'accès à la prévention et aux soins et l'obligation de respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix.

Deux textes sont venus encadrer les ACT :

- **Le décret n°2002-1227 du 3 octobre 2002** définit la fonction des ACT:  
**Article 1er** « *Les appartements de coordination thérapeutique fonctionnent sans interruption et hébergent à titre temporaire des personnes en situation de fragilité psychologique et sociale et nécessitant des soins et un suivi médical, de manière à assurer le suivi et la coordination des soins, à garantir l'observance des traitements et à permettre un accompagnement psychologique et une aide à l'insertion* ».  
**Article 2** « *Pour assurer leurs missions, les gestionnaires des appartements de coordination thérapeutique ont recours à une équipe pluridisciplinaire. Celle-ci comprend au moins un médecin exerçant le cas échéant à temps partiel.* »

- **La circulaire du 30 octobre 2002** reconnaît l'ouverture des ACT aux autres pathologies et décline ces missions selon deux axes :
  - ✚ coordination médicale ;
  - ✚ coordination psychosociale.

## LE PLAN NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA ET LES AUTRES IST 2010-2014 S'INSCRIT DANS LE CADRE POSE PAR LA LOI N° 2009-879 DU 21 JUILLET 2009 PORTANT REFORME DE L'HOPITAL ET RELATIVE AUX PATIENTS, A LA SANTE ET AUX TERRITOIRES.

---

La loi a entraîné une refonte majeure de l'administration de la santé en région avec la création des 26 Agences Régionales de Santé (ARS). Cette autorité unique regroupe au niveau régional, des compétences de l'État et de l'Assurance Maladie. Chaque ARS a la responsabilité d'élaborer un Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS), tenant compte des orientations nationales et des particularités de son territoire, décliné en schémas sectoriels traduisant concrètement la stratégie de santé à 5 ans à mener dans la région dans l'offre de services et la qualité des prestations de santé. La loi prévoit aussi des programmes particuliers déclinant les modalités spécifiques d'application des schémas...

...En effet, lors de la rédaction du PSRS et de ses composantes, chaque ARS devra décliner ce plan national VIH/SIDA/IST en l'adaptant aux besoins régionaux. Le conseil national de pilotage des ARS veillera à une attribution différentielle des moyens entre les agences lors de l'élaboration des Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM).

**De plus, le caractère chronique de l'infection par le VIH impose d'apporter des réponses inscrites dans la continuité, intégrant la dimension de proximité, couvrant un spectre large allant de la prévention, aux prises en charge ainsi qu'à l'accompagnement social et médico-social. La prise en charge du VIH/SIDA doit ainsi bénéficier des dispositifs et des savoir-faire développés dans le champ plus large des maladies chroniques, tout en maintenant des dispositions liées à la spécificité des risques et à l'évolution de l'infection/maladie.**

Les deux commissions de coordination des politiques publiques de santé devraient en outre jouer un rôle dans la mise en cohérence des interventions entre l'ARS, les autres services de l'État, les collectivités territoriales et les organismes de Sécurité Sociale. Elles pourraient s'appuyer à ce niveau sur les Comités de Coordination Régionale de la lutte Contre le Virus de l'Immunodéficience Humaine (COREVIH) comme interlocuteur privilégié dans la déclinaison du plan. Les COREVIH sont par conséquent positionnés dans la partie relative à la gouvernance du plan VIH/IST 2010- 2014.

## PRISE EN CHARGE SOCIALE ET LUTTE CONTRE LES DISCRIMINATIONS

---

Les traitements antirétroviraux permettent aujourd'hui aux personnes vivant avec le VIH de recouvrer une immunité quasi normale. Néanmoins, leur environnement est une condition sine qua non pour adhérer au traitement et éviter les prises de risque. Or, **les problèmes de logement, de revenus, d'emploi et d'accès aux soins sont fréquents chez les personnes séropositives. L'isolement est plus courant que dans la population générale, notamment chez les femmes, les HSH (Hommes ayant des rapports sexuels avec des Hommes) et après 50 ans. 15 % des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) n'ont pas de logement personnel. Un quart des PVVIH vit au-dessous du seuil de pauvreté, avec moins de 760 € par mois. Presque la moitié est sans emploi et le risque d'être sans emploi est cinq fois**

**plus élevé que celui de la population générale. L'amélioration des conditions de vie et la prise en charge globale des PVVIH sont donc des impératifs, car elles conditionnent l'adhésion au traitement et la réduction des prises de risques. La précarisation des malades chroniques est un problème de société qui devient de plus en plus important.**

Le Plan pour l'amélioration de la Qualité de Vie des personnes atteintes de Maladies Chroniques (PQVMC) a fait de la lutte pour l'amélioration de la vie quotidienne des malades une de ses priorités.

Sur la question des conditions de vie, le plan VIH/SIDA-IST 2010-2014 a pour objectifs : d'une part, de renforcer l'application des recommandations du Plan pour l'amélioration de la Qualité de Vie des personnes atteintes de Maladies Chroniques (PQVMC) relevant du droit commun pour les Personnes Vivant avec le VIH (PVVIH); d'autre part, au regard des spécificités de la maladie, de développer des actions ciblées vers les PVVIH.

Il convient de veiller à ce que l'accès au droit commun soit identique pour les étrangers malades, pour certaines populations en situation de vulnérabilité (personnes usagères de drogue, personnes détenues, personnes qui se prostituent), pour certaines populations pouvant être discriminées en raison de leur orientation sexuelle ou de leur genre. Il convient également que l'accès au droit commun et la prise en charge sociale des PVVIH dans les Départements d'Outre-mer soient identiques à la métropole. **Lorsqu'il existe des freins à l'accès au droit commun, l'accompagnement par des dispositifs spécifiques doit être renforcé.**

Des actions nouvelles, permettant d'améliorer les conditions de vie, non seulement des PVVIH, mais aussi des personnes atteintes d'autres maladies chroniques, sont aussi proposées, dans l'espoir que le champ du VIH continue d'être à l'initiative de progrès dans la vie quotidienne des malades.

## PLAN CANCER 2009 - 2013

---

Trois grands thèmes transversaux structurent et irriguent la stratégie du plan. Ils y sont priorisés et se retrouveront dans chaque axe à travers des mesures et des actions spécifiques. Ils représentent en soi de nouveaux défis auxquels doit faire face la lutte contre les cancers. Ils visent :

- à mieux prendre en compte les inégalités de santé pour assurer plus d'équité et d'efficacité dans l'ensemble des mesures de lutte contre les cancers ;
- à stimuler l'analyse et la prise en compte des facteurs individuels et environnementaux pour personnaliser la prise en charge avant, pendant et après la maladie ;
- à renforcer le rôle du médecin traitant à tous les moments de la prise en charge pour permettre notamment une meilleure vie pendant et après la maladie.

### **Vivre pendant et après un cancer.**

Améliorer la qualité de vie pendant et après la maladie, combattre toute forme d'exclusion.

Le cancer est souvent vécu par les malades comme une rupture physique et morale et peut aboutir à la remise en cause de la vie sociale.

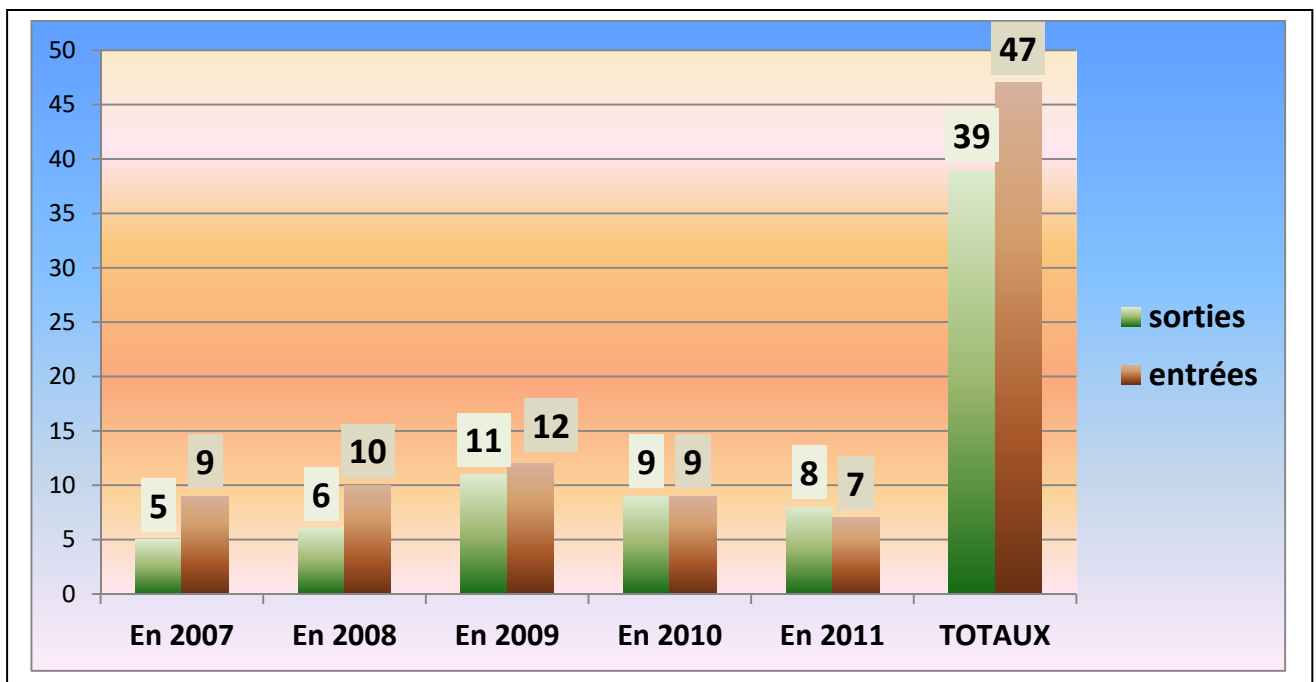
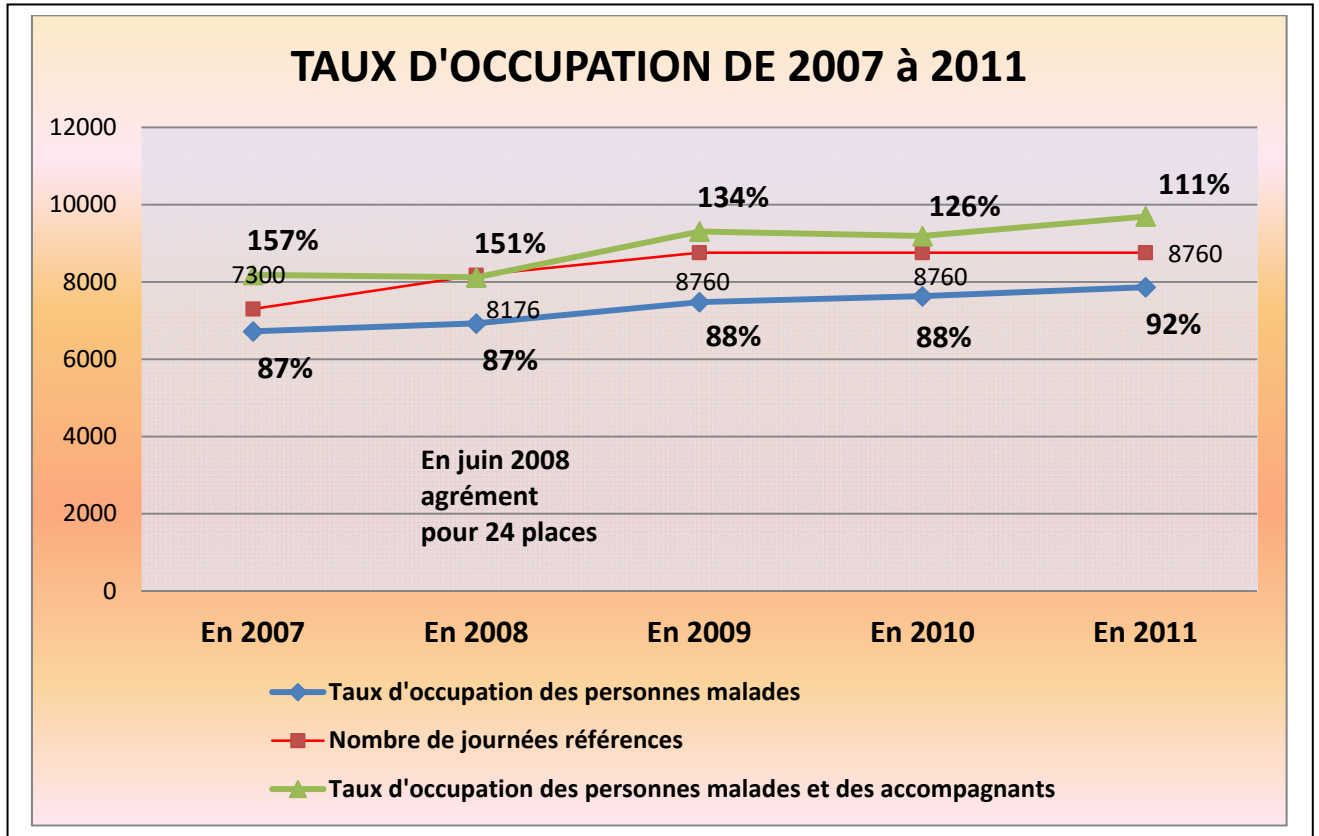
L'accompagnement social constitue un élément essentiel de la qualité de vie des malades tout au long de leur parcours de soins, dès l'annonce de la maladie, pendant le cancer et dans la vie après le cancer.

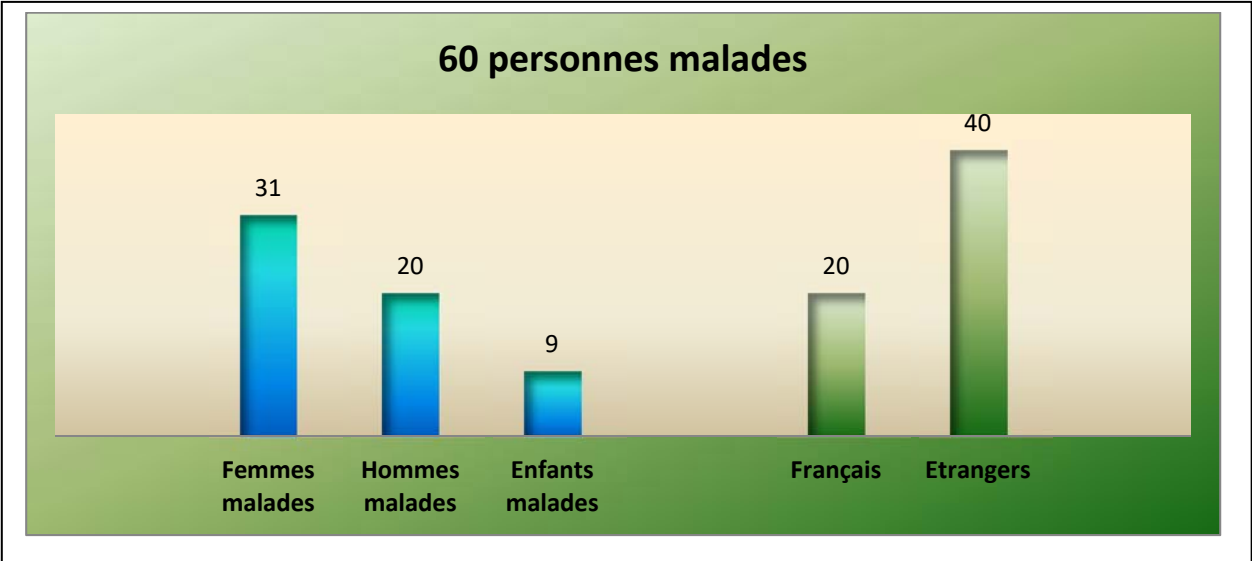
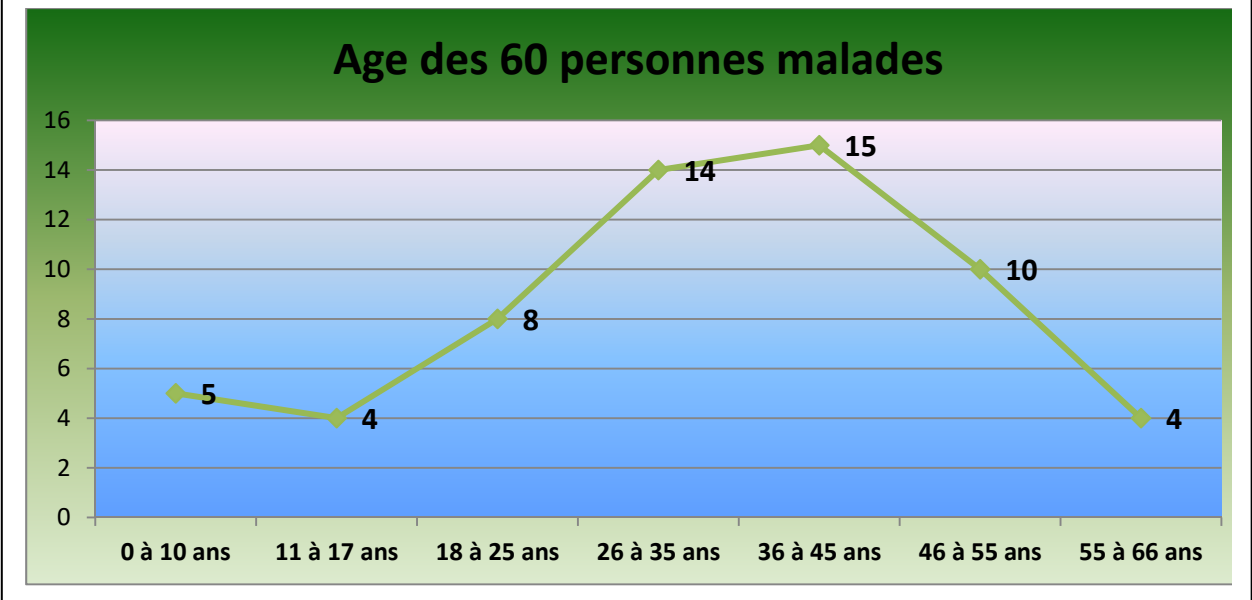
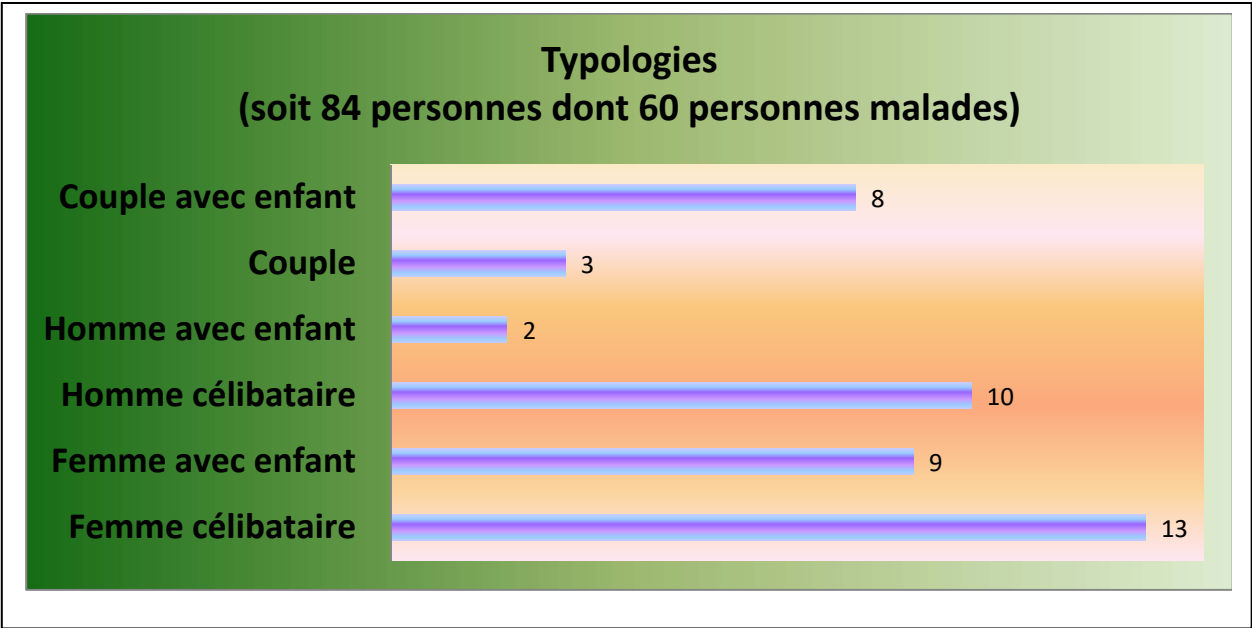
Il est important de prévoir une coordination de tous les acteurs du secteur sanitaire (hospitaliers et ambulatoires), du secteur médico-social (soins infirmiers à domicile, aides-soignantes, aide-ménagères, portage de repas à domicile,...) et du secteur social (prises en charge financières, administratives, professionnelles, familiales,...), pour permettre à la personne et à son entourage d'être dans la situation la meilleure possible à tout moment de l'évolution de la maladie.

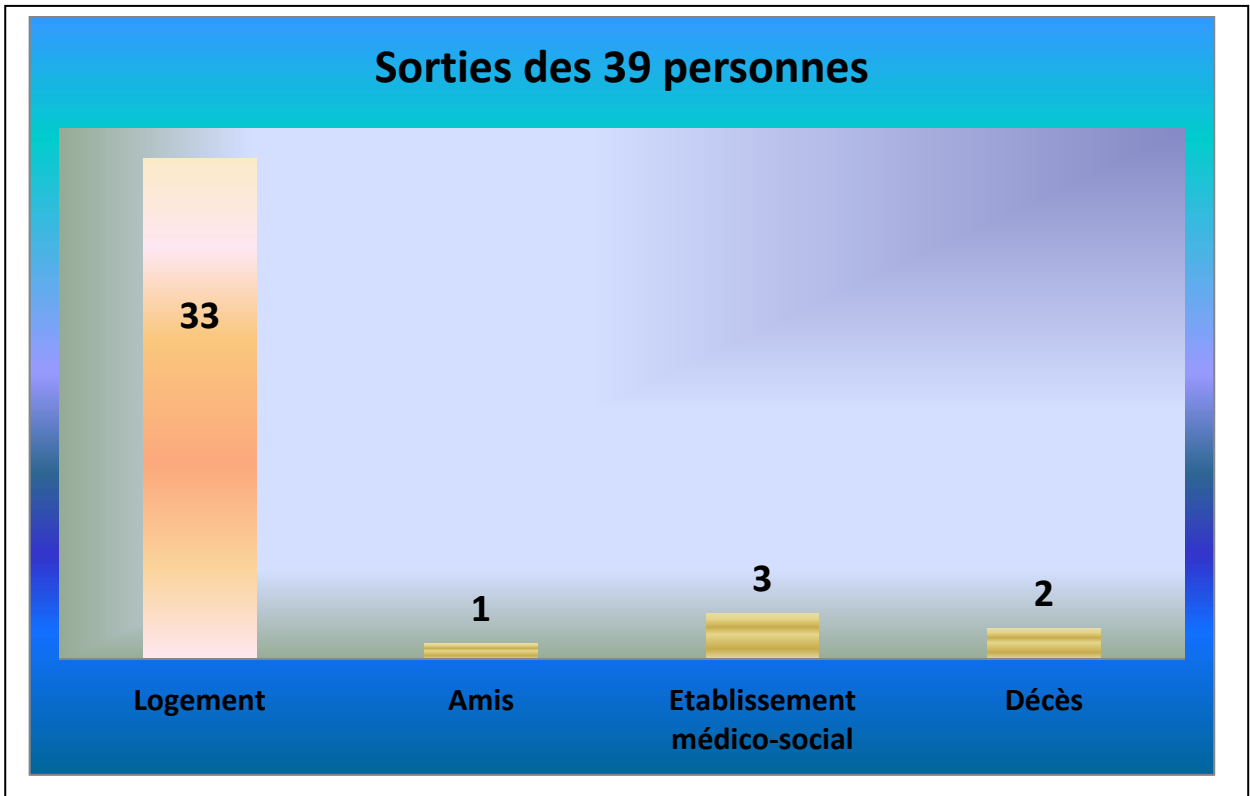
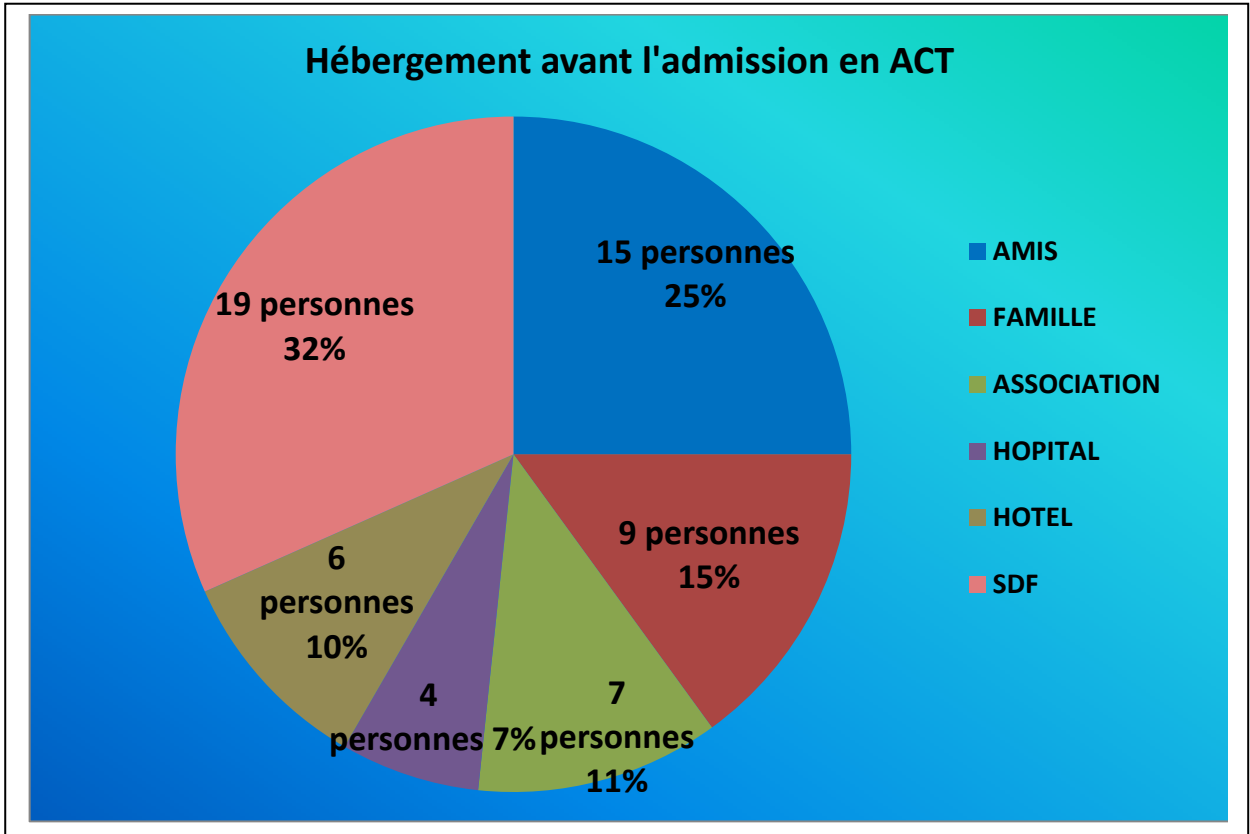
Les personnes en rémission ou guéries doivent pouvoir poursuivre leurs projets de vie après le cancer grâce à une réinsertion facilitée dans le monde professionnel, un accès amélioré aux prêts et aux assurances mais également un suivi personnalisé et continu...Le renforcement de l'accompagnement social personnalisé pendant et après le cancer implique le développement des hébergements et appartements thérapeutiques, ce qui devrait favoriser la réadaptation et la réinsertion des malades atteints de cancer et leur accompagnement social personnalisé.

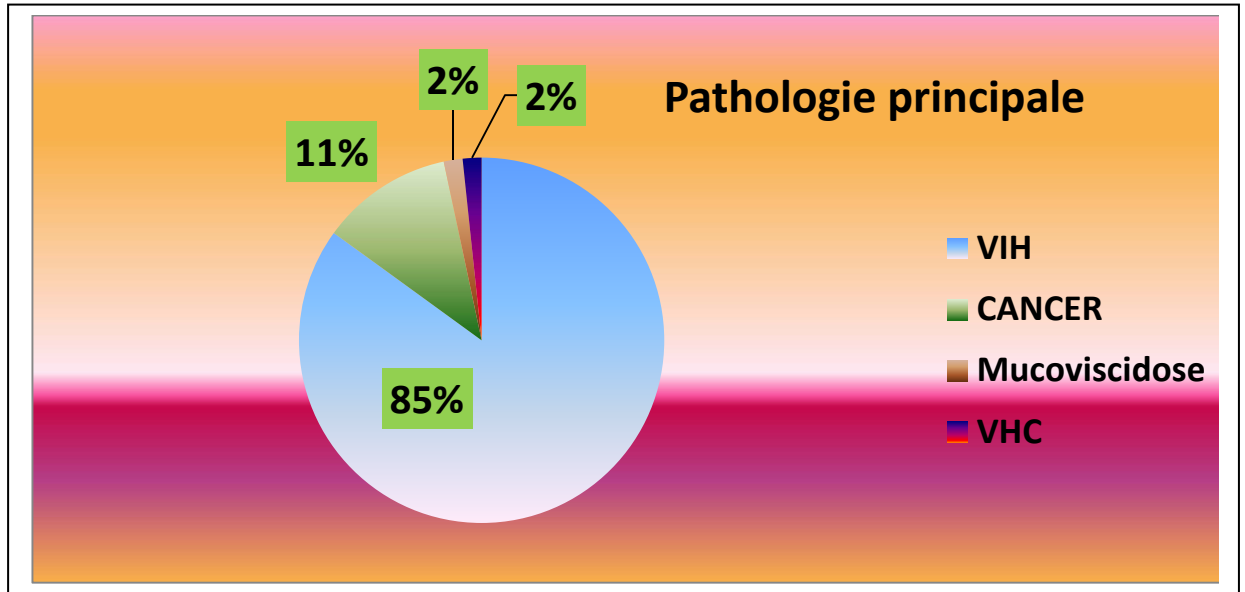
**Encourager le développement des hébergements et appartements thérapeutiques à proximité des lieux de prise en charge médicale.** Ce type d'hébergement permet d'éviter une hospitalisation prolongée et favorise une réadaptation et un retour progressif à une vie familiale et sociale normale.

**CHAPITRE 1.9: DONNEES STATISTIQUES  
CONCERNANT LE PUBLIC ACCUEILLI**



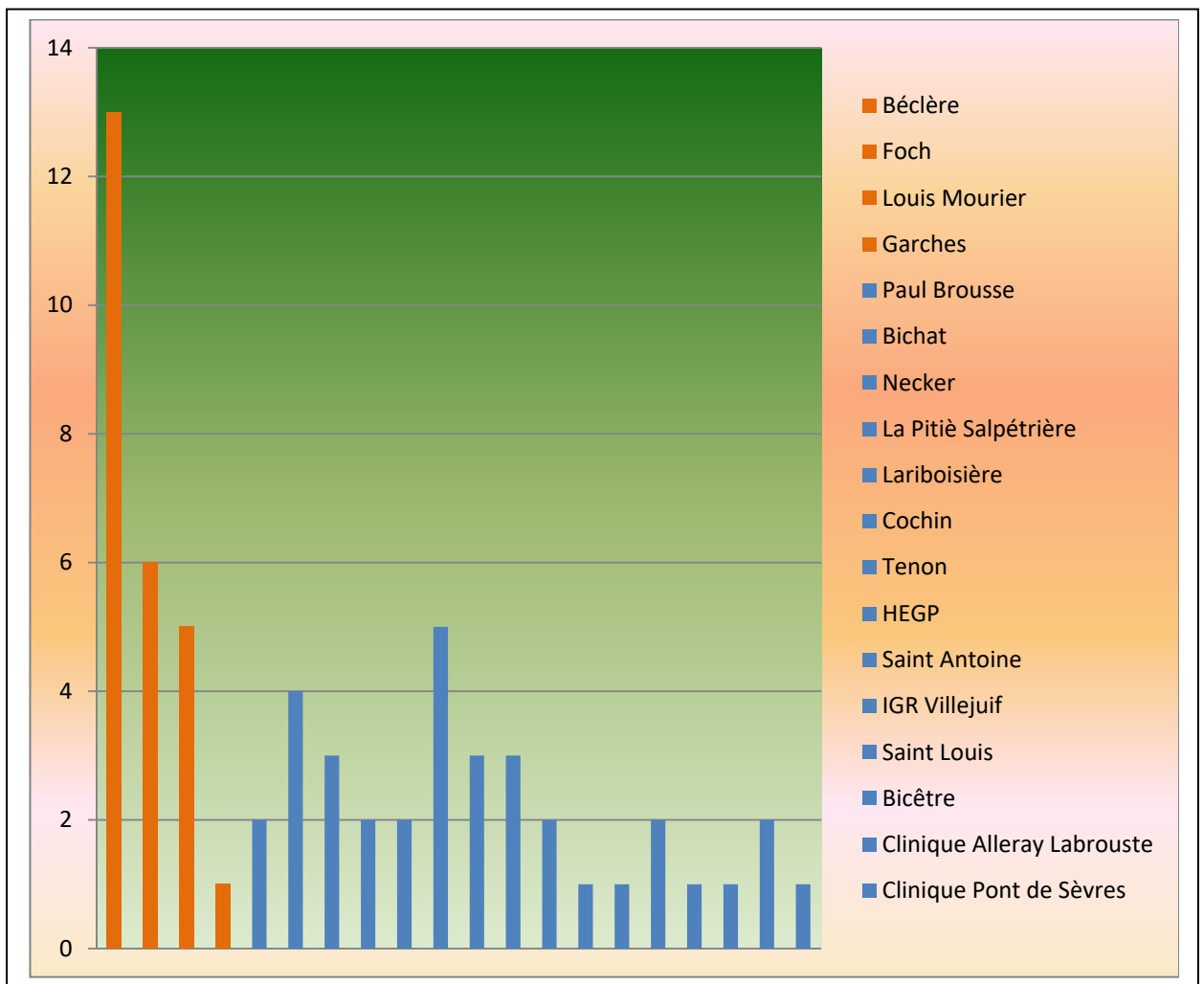






Soit 51 personnes atteintes du VIH  
 Soit 1 personne atteinte de la mucoviscidose

Soit 7 personnes atteintes d'un cancer  
 Soit 1 personne atteinte du VHC



Soit 25 personnes suivies dans un hôpital des Hauts-de-Seine



# **2 L'OFFRE DE SERVICE**

---

---

## CHAPITRE 2.1: LA PROCEDURE D'ADMISSION

---

**L'article 1 du Décret n°2002-1227 du 3 octobre 2002** relatif aux Appartements de Coordination Thérapeutique, définit la fonction des ACT :

« *Les Appartements de Coordination Thérapeutique fonctionnent sans interruption et hébergent à titre temporaire des personnes en situation de fragilité psychologique et sociale, nécessitant des soins et un suivi médical, de manière à assurer le suivi et la coordination des soins, à garantir l'observance des traitements et à permettre un accompagnement psychologique et une aide à l'insertion.* »

L'association Initiatives propose un hébergement en appartement individuel (les logements sont situés sur trois communes des Hauts-de-Seine).

Ainsi, les personnes susceptibles d'être accueillies doivent avoir une relative autonomie, notamment être en mesure d'assurer seules les actes de la vie quotidienne.

Les dossiers de demande d'admission comportent :

- ✓ Le dossier médical type, incluant un rapport médical récent et détaillé. Ce document est envoyé sous pli confidentiel au médecin coordonnateur de notre structure (cf. annexe N : dossier médical type).
- ✓ Le dossier social type, incluant un rapport social récent, rédigé par le travailleur social instruisant la demande. Ce dossier est envoyé par courrier au directeur de notre structure (cf. annexe N : dossier social type).
- ✓ Une lettre de motivation du candidat est souhaitée mais non exigée.

### 2.1.1. LE TRAITEMENT DES DEMANDES

---

- ✓ Les demandes d'admission sont adressées au directeur puis transmises au chef de service.
- ✓ Les demandes sont étudiées dans un premier temps par le chef de service et le médecin coordonnateur.  
Les dossiers retenus comme prioritaires sont ensuite présentés à l'équipe pluridisciplinaire en réunion de coordination.
- ✓ Dans tous les cas, un courrier de réponse est envoyé au travailleur social qui a instruit la demande. Ce courrier précise la décision de la commission d'admission.
- ✓ Si aucune place n'est disponible, les demandes sélectionnées sont conservées pendant un an.

### 2.1.2. L'ADMISSION

---

- ✓ Lorsqu'un logement est disponible, les dossiers d'admissions jugés prioritaires sont relus par l'équipe lors de la réunion hebdomadaire. Deux critères objectifs principaux guident le choix : l'adéquation entre la composition de la famille et la taille de l'appartement et l'urgence de la situation.
- ✓ Le chef de service prend ensuite contact avec le travailleur social qui a instruit le dossier pour l'actualiser (complément d'informations et données plus récentes) et échanger sur la situation de la personne.

- ✓ Dans un second temps, le chef de service contacte la personne retenue et lui propose un rendez-vous.

La procédure d'admission se déroule sur deux journées et se compose de quatre entretiens :  
(Il est important d'indiquer que l'entretien d'admission n'est pas un entretien de sélection ; il n'y a pas de mise en concurrence de plusieurs demandes : une seule candidature est choisie pour le logement vacant)

- ✓ **Entretien avec le chef de service :**

Les objectifs de cette première rencontre sont de :

- ✚ Faire connaissance avec la personne et d'échanger sur son projet et ses attentes,
- ✚ Faire le point sur sa situation,
- ✚ Lui présenter le dispositif des Appartements de Coordination Thérapeutique avec le support du Livret d'Accueil (que le chef de service remet à la fin de l'entretien).
- ✚ Lui faire visiter l'appartement disponible.

- ✓ **- Entretien avec le médecin coordonnateur :**

- ✚ Faire un point sur la situation médicale de la personne et ses besoins,
- ✚ Lui présenter également les modalités d'accompagnement médical et paramédical proposées au sein du dispositif,
- ✚ Si plusieurs personnes d'une même famille sont touchées par une pathologie chronique, chaque personne est reçue individuellement par le médecin coordonnateur.

- ✓ **Entretien avec un des psychologues :**

- ✚ Evaluer avec la personne en quoi le dispositif des ACT peut lui apporter une aide,
- ✚ Approfondir les enjeux psychologiques de l'accompagnement et lui présenter l'intérêt d'un soutien régulier.

- ✓ **Entretien avec un des travailleurs sociaux :**

- ✚ Faire le point sur sa situation sociale,
- ✚ Echanger sur les projets de la personne,
- ✚ Expliquer l'accompagnement social spécifique qui est mis en place pour chaque résident.

La décision d'admission :

- ✚ Chaque professionnel est attentif aux remarques et questions posées par le candidat, pour évaluer son adhésion au projet d'accompagnement qui lui est présenté.
- ✚ C'est à l'issue de ces quatre entretiens que les membres de l'équipe pluridisciplinaire se réunissent pour échanger leurs impressions.
- ✚ La décision finale d'admettre ou non la personne au sein de l'établissement médico-social revient par délégation du directeur au chef de service. C'est ce dernier qui transmet la décision au candidat par téléphone. Le professionnel qui a instruit la demande reçoit un courrier.

---

## CHAPITRE 2.2: L'ACCUEIL DU RESIDENT

---

### 2.2.1. L'ACCUEIL

---

Le nouveau résident est convoqué à un entretien réunissant le chef de service et le référent social pour la remise du Livret d'Accueil et signe :

- ✓ la convention médicale entre le médecin coordonnateur et le résident,
- ✓ le règlement de fonctionnement,
- ✓ la convention d'hébergement.

Le chef de service remet au résident le Contrat de Séjour pour qu'il en prenne connaissance. Celui-ci devra être signé dans le 1<sup>er</sup> mois d'hébergement.

### 2.2.2. LE DOSSIER ADMINISTRATIF D'HEBERGEMENT

---

#### 2.2.2.1 La participation financière

##### **2.2.2.1.1. Le dépôt de garantie**

Initiatives demande à chaque nouveau résident de verser un dépôt de garantie d'un montant de 305 € à l'entrée dans l'Appartement de Coordination Thérapeutique.

Exiger le versement de cette somme par le résident a une fonction pédagogique. En effet, nous souhaitons préparer au mieux les personnes qui intégreront un logement autonome par la suite.

Toutefois, si la personne n'est pas en capacité de verser la totalité de la somme à l'admission, cela ne remet pas en question son entrée dans les lieux. Le résident pourra proposer un échéancier de paiement de cette somme au cours des 6 premiers mois d'hébergement.

Le dépôt de garantie est restitué (partiellement, en totalité ou pas du tout) au résident lors de sa sortie, en fonction des dégradations constatées dans l'appartement.

##### **2.2.2.1.2. La redevance d'occupation**

L'article L.174-4 du code de la Sécurité Sociale indique que le montant du forfait hospitalier dû par la personne hébergée (malade) ne peut excéder 10% du forfait hospitalier de droit commun soit 1,80€ x 30 jours = 54€. Nous ajoutons à ce forfait hospitalier un montant pour les charges d'eau et d'électricité ; à ce jour il est de 16€.

#### 2.2.2.2 L'assurance

Avant, nous demandions que les résidents nous fournissent une attestation d'Assurance Responsabilité Civile à leur entrée dans le dispositif. Mais, après consultation de notre assurance, nous demandons que les résidents prennent une Assurance Habitation afin qu'ils soient mieux protégés.

L'association Initiatives est assurée à la SMACL.

#### 2.2.2.3 La remise des clés

Au cours de ce même entretien, le chef de service remet les clés de l'appartement au nouveau résident.

### 2.2.3 L'ETAT DES LIEUX

---

Après cet entretien, le travailleur social référent accompagne le résident à son nouveau domicile pour effectuer l'état des lieux d'entrée.

A l'occasion de ce premier accompagnement, le travailleur social fait visiter les parties communes au nouveau résident.

### 2.2.4 LES BIENS PERSONNELS

---

Tous les appartements d'Initiatives sont mis à disposition meublés. Toutefois, si les résidents ont besoin de mobilier supplémentaire, ils peuvent motiver une demande auprès de leur référent social qui la transmettra au chef de service. Il s'agit de savoir si l'achat de mobilier incombe à l'association ou au résident, suivant le besoin et en prenant en compte la situation sociale et financière du résident.

En ce qui concerne le linge de maison (couette, housse, couverture, oreiller, draps, serviettes de toilette, ...), c'est le résident qui doit fournir tout le nécessaire. S'il se trouve en difficulté pour apporter ces éléments, il peut en parler à son référent social qui trouvera avec lui des solutions adaptées. A l'admission, nous pouvons fournir « un kit d'hygiène » au résident pour faciliter son entrée dans les lieux.

Chaque résident est libre d'apporter tout objet de vie courante qui contribue à son confort. Il peut également apporter des objets de décoration pour s'approprier les lieux et s'y sentir bien.

Enfin, le résident qui possède une voiture ou un deux-roues doit trouver lui-même une solution pour garer son véhicule car l'association n'a pas de garage.

### 2.2.5 AU COURS DU PREMIER MOIS D'HEBERGEMENT

---

C'est une période déterminante car elle permet d'évaluer les besoins et objectifs du résident et lui permet de confirmer ou d'infirmer son choix. Cette évaluation se fait par le travailleur social qui, à raison d'au moins une visite à domicile par semaine, peut ainsi observer l'installation du nouveau résident dans son logement et définir avec lui ses besoins et ses attentes.

C'est dans ce mois qui suit l'admission que le chef de service convoque le résident pour signer son contrat de séjour d'une durée de 1 an en présence du référent social. Ils échangent également sur l'arrivée du résident, son installation dans l'appartement et son adaptation à son nouveau lieu de vie.

Tous les 6 mois, un entretien de bilan est proposé au résident pour faire le point sur la période écoulée et revoir les objectifs du **Projet d'Accompagnement Personnalisé (PAP)**.

### 2.2.6 LES VISITES A DOMICILE (VAD)

---

La fréquence des rencontres avec les membres de l'équipe pluridisciplinaire est définie avec le résident lors de la construction du **Projet d'Accompagnement Personnalisé (PAP)**. Pour pouvoir réaliser cet accompagnement, il est en effet nécessaire que le résident accepte des visites à son domicile.

Les visites à domicile sont prévues à l'avance. L'équipe pluridisciplinaire s'engage à respecter l'intimité et la vie privée des familles. Pour cela, elle prévient toujours la famille par téléphone pour programmer ou annuler une visite à domicile.

Ces visites permettent à l'équipe pluridisciplinaire d'aider la personne à prendre ses repères, à se servir de l'équipement mis à sa disposition, à gérer l'espace et à évaluer ses besoins. Le nouveau résident peut quant à lui se reconsidérer dans une norme, avoir une adresse, recevoir des amis chez lui et apprendre/réapprendre à être autonome.

### 2.2.7 LE PROJET D'ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISE (PAP)

Selon **la circulaire du 30 octobre 2002** : « *L'équipe pluridisciplinaire de l'appartement de Coordination Thérapeutique élabore avec chaque personne accueillie, un projet individualisé adapté à ses besoins, qui définit les objectifs thérapeutiques médicaux, psychologiques et sociaux ainsi que les moyens mis en œuvre pour les atteindre* ».

Le **Projet d'Accompagnement Personnalisé (PAP)** est élaboré par l'usager avec ses référents, sous la supervision du chef de service, dans les 6 mois qui suivent la signature du contrat de séjour.

Ce PAP est particulièrement important car c'est à ce niveau que se situe la dynamique de l'accompagnement du résident.

Dans la construction du PAP, des informations propres au médecin, aux psychologues et aux travailleurs sociaux seront amenées à être partagées en équipe pour être au plus juste de l'accompagnement.

Tous les 6 mois, les objectifs du PAP peuvent être réévalués au cours d'un entretien de bilan.

- ✚ Les bilans sont préparés par les professionnels impliqués dans l'accompagnement du résident. Ils relatent entre autres les différentes actions menées pour aboutir aux objectifs fixés lors de la signature.
- ✚ Le bilan est travaillé avec le résident ; l'écrit qui en résulte lui est remis pour qu'il le valide.

### 2.2.8 LES ASTREINTES

Lors de leur admission, les résidents sont avertis qu'ils peuvent joindre à tout moment un numéro de téléphone fixe (transfert d'appel sur le portable de service). L'objectif est de pouvoir répondre aux situations d'urgences 24h/24h.

Les membres de l'équipe psychosociale assurent à tour de rôle l'astreinte. La permanence est assurée tous les soirs et le week-end. La personne d'astreinte s'engage à rester dans un périmètre proche de chez elle et à rester disponible en cas d'urgence. La personne d'astreinte dispose de la voiture de service.

### 2.2.9 LES SITUATIONS D'URGENCE

Une fiche récapitulative des numéros d'urgence est présente dans le livret d'accueil. D'autre part, les résidents reçoivent le journal de leur ville qui reprend tous ces numéros d'urgence ainsi que les pharmacies de garde.

De son côté, l'équipe pluridisciplinaire a constitué une liste récapitulative des services médicaux et les noms des médecins qui suivent chaque résident pour réagir au plus vite en cas d'urgence médicale.

### **✚ Les missions du 3977 - maltraitance des personnes âgées et des personnes handicapées**

La ligne téléphonique du 39 77, numéro national d'aide aux personnes âgées et aux personnes handicapées victimes de maltraitance.

Cette plateforme téléphonique nationale est accessible du lundi au vendredi de 9 heures à 19 heures au coût d'une communication locale depuis un téléphone fixe. Elle centralise l'ensemble des appels et assure une première écoute. L'écouter prend les renseignements administratifs relatifs à la situation de la personne qui appelle et détermine le ou les motifs principaux de l'appel. Elle oriente et transmet ensuite aux centres locaux tout appel nécessitant une analyse, des conseils ou des informations.

### **✚ Les missions du 119 – Allô Enfance en Danger**

Accueillir les appels d'enfants en danger ou en risque de l'être et de toute personne confrontée à ce type de situations pour aider à leur dépistage et faciliter la protection des mineurs en danger.

Transmettre les informations préoccupantes concernant ces enfants aux services des Conseils Généraux compétents en la matière, aux fins d'évaluation de la situation de l'enfant et de détermination de l'aide appropriée le cas échéant / Signaler directement au Parquet lorsque l'information recueillie le justifie.

Agir au titre de la prévention des mauvais traitements à enfant.

## **2.2.10 LA DUREE DE SEJOUR**

---

La circulaire du 30 octobre 2002 précise qu'un ACT est « *un hébergement à caractère temporaire. Toutefois, la durée du séjour sera définie par la structure en lien avec la personne hébergée sur la base du projet individualisé* ».

✚ L'association Initiatives a choisi de fixer une durée d'hébergement à 24 mois. Nous pensons que cette limite est nécessaire pour maintenir une dynamique d'accompagnement et de mobilisation du résident dans la réalisation de son projet.

✚ Cependant, la durée de séjour sera déterminée en fonction du Projet d'Accompagnement Personnalisé prenant en compte la singularité de la personne.

✚ Le bilan des 24 mois permettra de réévaluer la progression totale de la personne, la réalisation de son projet, son état de santé. En accord avec le résident, une date de fin de prise en charge sera fixée.

## **2.2.11 LA RESILIATION DU CONTRAT DE SEJOUR**

---

✚ Le résident s'engage à maintenir son contrat d'assurance à jour pendant toute la durée de son hébergement, à en payer régulièrement les primes et à nous fournir une attestation chaque année. Le non-respect de cette obligation peut entraîner la résiliation de la convention d'hébergement.

✚ En cas de décès ou départ de « l'ouvrant droit », le conjoint ou la famille s'engage à quitter les lieux dans le mois qui suit.

✚ Toute absence de plus d'un mois, sans que celle-ci soit inscrite dans un projet, met immédiatement fin à la convention d'hébergement.

✚ Dans ces hypothèses, la famille en est avertie par lettre recommandée avec accusé de réception et a un mois pour préparer son départ.

## 2.2.12 LA FIN DE LA PRISE EN CHARGE

---

✚Lorsqu'une fin de prise en charge est décidée, le résident reçoit un courrier et a trois mois pour préparer son départ. Un état des lieux de sortie de l'appartement est réalisé par le travailleur social en présence du résident, il détermine la restitution ou non du dépôt de garantie.

En cas de restitution d'un appartement détérioré, non-nettoyé, le dépôt de garantie peut servir, en partie ou en totalité, à financer l'intervention d'un service de nettoyage et le remplacement du matériel détérioré.

✚Le résident sortant fait son affaire de son déménagement.

✚Si besoin, à la sortie d'un résident, l'accompagnement peut se poursuivre le temps que des relais et réseaux extérieurs nécessaires à son insertion soient mobilisés.



---

## CHAPITRE 2.3: L'ACCOMPAGNEMENT DES RESIDENTS

---

### 2.3.1. LE POLE DE DIRECTION ET ADMINISTRATIF

---

Le directeur est le responsable du projet d'établissement des Appartements de Coordination Thérapeutique. Il est le garant de son application.

Par un management participatif, le directeur anime l'équipe de direction afin d'apporter le plus de cohérence et d'efficacité entre :

- ✓ la vision,
- ✓ la technique,
- ✓ le financier.

Dans ses missions, le Directeur délègue certaines de ses responsabilités au chef de service éducatif, à l'attachée de direction et au responsable technique et de la qualité pour appliquer au plus près des salariés la stratégie associative, afin d'accueillir et d'accompagner les usagers dans une culture de la bienveillance.

Le Directeur veille à la sécurité des personnes et planifie les investissements afin de maintenir les hébergements aux normes de sécurité.

Le Directeur et l'attaché de direction établissent le budget et son utilisation afin de répondre aux différentes missions de l'établissement.

Le Directeur met en place le Conseil de la Vie Sociale.

Le Directeur doit-être saisi par les professionnels pour tous constats d'acte de maltraitance.

Le Directeur délègue au chef de service éducatif l'organisation et la gestion de l'équipe médico-psycho-sociale :

- ✚ Le chef de service éducatif anime la réunion hebdomadaire de coordination de l'équipe pluridisciplinaire.
- ✚ Il supervise la mise en place du Projet d'Accompagnement Personnalisé, sa signature et son actualisation semestrielle.
- ✚ Il programme les bilans semestriels avec l'équipe pluridisciplinaire et l'usager afin de garantir une dynamique d'accompagnement global de la personne.
- ✚ Le chef de service éducatif reste disponible pour l'ensemble des salariés afin d'apporter un soutien selon les attentes de l'équipe.
- ✚ Il accompagne l'équipe à l'élaboration de procédures et à leurs applications. Il veille à l'intégration par les salariés des recommandations des bonnes pratiques professionnelles éditées par l'ANESM.
- ✚ Le chef de service veille au respect du règlement de fonctionnement.
- ✚ Il reçoit les usagers en fonction de leur demande et peut les convoquer suivant les écarts constatés dans la réalisation de leur projet individualisé.
- ✚ Le chef de service met en place un cahier des incidents.
- ✚ Le chef de service éducatif et le responsable technique et de la qualité se concertent et planifient les travaux d'entretien des appartements, répondent aux différentes attentes des usagers afin de favoriser l'investissement de leur hébergement. Le responsable technique et de la qualité programme tous les 6 mois une visite technique afin de garantir la sécurité des personnes hébergées.

## 2.3.2. LA COORDINATION MEDICALE

---

Le pôle médical des Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT) à Initiatives comprend un médecin et une infirmière.

### Rôle du médecin

Comme défini dans la circulaire relative aux ACT, le médecin a pour mission la coordination du suivi médical des résidents. Il aide à structurer le parcours de santé du résident, afin qu'il bénéficie de soins appropriés et bien coordonnés. Il n'est en aucun cas prescripteur de quelconques examens ou thérapeutiques et ne remplace pas le médecin référent hospitalier ou le médecin traitant.

### Rôle de l'infirmière

L'infirmière participe à la coordination du suivi médical des résidents en concertation avec le médecin coordinateur. Elle participe à des actions de soutien à l'observance, des actions de prévention et d'éducation à la santé à la demande des résidents.

#### *2.3.2.1. La coordination médicale aux différents moments de la trajectoire du résident en ACT*

✚ **Avant l'admission :** le médecin prend connaissance des demandes médicales d'admission en ACT. Il confronte ses données à celles issues du dossier social reçu par le chef de service.

✚ **L'entretien d'admission :** avant toute admission, un entretien avec le médecin est toujours organisé. Il a pour objectif de présenter au futur résident le rôle du médecin en ACT et permet au médecin de prendre connaissance de la situation médicale de la personne et d'évaluer si le dispositif ACT est une réponse adaptée à ses problèmes de santé.

✚ **Le « séjour » en ACT :** dès les premiers jours qui suivent l'admission, le médecin et/ou l'infirmière rencontrent dans nos bureaux ou plus volontiers au domicile (s'il en est d'accord) le résident. Nous rencontrons ensuite régulièrement les résidents, selon l'une ou l'autre de ses modalités, avec une préférence pour les visites à domicile.

✚ **Avant la sortie des ACT,** il est toujours proposé aux sortants de nous solliciter (appels téléphoniques ou demande de rendez-vous) s'ils en éprouvent le besoin.

#### *2.3.2.2. La coordination médicale se fait à différents niveaux*

##### ✚ Une prise en charge globale et cohérente du résident

- Appréciation globale des données médicales, psychologiques et sociales du résident.
- Evaluation de l'état de santé : évolution de la situation, traitements, examens, résultats, surveillance, observance.
- Evaluation des conditions et habitudes de vie : alimentation, hygiène, activités physiques ou professionnelles, sommeil, sexualité, etc.
- Prévention : transmission des IST (infections sexuellement transmissibles), accidents domestiques, intoxications, vaccination, voyages, etc.
- Education à la santé : information sur la maladie, les traitements, les effets secondaires, modalités de sa surveillance, les demandes médicales urgentes ou non, les besoins de consultations à l'hôpital ou d'un généraliste, ...
- Soutien à l'observance (mise en place de pilulier, évaluation des difficultés, etc.).

- Echange sur les questions liées à la sexualité, la vie de couple, le désir d'enfant, la procréation médicalement assistée, l'éducation des enfants, etc.
- Echange et information sur les données sociales liées à la santé : médecine du travail, AAH, MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées), mutuelle, sécurité sociale, etc.

**Les modalités d'intervention** : appels téléphoniques, entretiens et visites à domicile, écoute, soutien à l'expression, reformulation, conseil, éducation, information, orientation éventuelle, fourniture de documents, accompagnement à des consultations, etc.

#### **Une coordination centrée sur le résident**

- ✓ Partage des problématiques sociales ou psychologiques identifiées avec les psychologues et/ou travailleurs sociaux.
- ✓ Prise en compte des difficultés médicales perçues par les psychologues et travailleurs sociaux.
- ✓ Rôle pédagogique permettant à chacun des intervenants de l'équipe de mieux appréhender les difficultés des résidents.
- ✓ Formation de l'équipe sur les pathologies
- ✓ Echanges avec les travailleurs sociaux et/ou psychologues, permettant une compréhension plus globale du résident.

**Les modalités d'intervention** : participation active aux réunions de coordination hebdomadaire de l'équipe des ACT, entretiens formels ou informels avec les psychologues et les travailleurs sociaux référents pour un suivi spécifique, échanges ponctuels avec le chef de service.

#### **Une coordination du parcours de soins**

- Développement d'un partenariat avec les médecins hospitaliers ou les services référents dans lesquels les résidents sont suivis.
- Coordination des différentes interventions médicales et sanitaires pour assurer continuité et cohérence des soins.
- Recueil des informations médicales utiles à l'accompagnement des résidents : demande des comptes-rendus de consultation ou d'hospitalisation.
- Interlocuteur privilégié des médecins hospitaliers ou de ville et des paramédicaux impliqués dans le suivi des résidents.
- Interlocuteurs des partenaires sociaux (directeur d'école, assistante sociale, associations de bénévoles ou de malades, etc.).
- Orientation des résidents vers des consultations de médecins généralistes de ville ou vers des spécialistes (dentistes, pédiatres, psychiatres, ophtalmologues, etc.) ; rédaction des courriers.
- Organisation des soins ambulatoires et à domicile si besoin.

**Les modalités d'intervention** : prise de contact avec les médecins de ville ou hospitaliers, demande de compte-rendu ou d'informations médicales, rédaction de courriers, recherche de partenaires (infirmières, kinésithérapeute, dentiste, auxiliaire de vie, etc.), rédaction d'un dossier médical, rencontre des médecins hospitaliers, organisation de réunions de synthèse avec différents partenaires, etc.

L'ensemble des interventions du médecin, entretiens et documents relatifs à la santé, sont consignés dans **un dossier médical** (en cours d'informatisation systématique).

### 2.3.3. L'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL ET EDUCATIF

---

L'équipe sociale est constituée de trois travailleurs sociaux.

#### ✓ **L'organisation hebdomadaire**

Les travailleurs sociaux travaillent à temps plein, du lundi au vendredi de 9h à 17h. Un jour par semaine, chaque intervenant social travaille en horaires décalés, de 11h00 à 19h00, pour permettre aux résidents qui travaillent de rencontrer leur référent social le soir.

Les travailleurs sociaux (en roulement avec le chef de service) assurent également à tour de rôle l'astreinte téléphonique durant les weekends.

#### ✓ **Les modalités de l'accompagnement**

Les travailleurs sociaux rencontrent les résidents dont ils ont la référence au minimum une fois par semaine.

Les rencontres peuvent s'effectuer sous plusieurs formes :

- des visites au domicile du résident,
- des entretiens dans les locaux d'Initiatives,
- des accompagnements à l'extérieur (sorties, démarches administratives, ...).

Toutes les informations administratives du résident sont consignées dans un dossier personnalisé, géré par le travailleur social référent, ce qui permet la continuité du suivi en cas d'absence de ce dernier.

Les travailleurs sociaux sont à l'écoute des demandes des résidents, de leurs préoccupations et projets. Quand ces derniers ont des demandes précises concernant la santé, les travailleurs sociaux proposent une orientation vers les professionnels de l'équipe compétents.

#### ✓ **Les missions de l'équipe sociale**

Au cours des six premiers mois, les membres de l'équipe pluridisciplinaire travaillent avec chaque résident sur la mise en œuvre de son **Projet d'Accompagnement Personnalisé (PAP)**.

Tous les 6 mois, un bilan médico-social est effectué avec le résident pour faire le point sur l'évolution de sa situation et l'avancée de son projet. Les objectifs du PAP peuvent être réajustés lors de ces bilans.

Selon le projet, les besoins et les attentes de la personne, le travailleur social peut proposer un accompagnement dans les domaines de la vie quotidienne suivants :

✚ L'accueil du résident, son installation dans le logement et son intégration au sein de la commune,

✚ L'accès et le maintien de leurs droits (CPAM, MDPH, CAF, ...),

✚ L'insertion professionnelle (orientation Pôle Emploi, travail sur les CV, lettres de motivation, accompagnement et conseils dans leurs recherches d'emploi,...),

✚ La gestion du quotidien en logement individuel :

- ✓ Respect des règles d'hygiène et de sécurité
- ✓ Respect du bon usage du matériel électroménager et du mobilier (cf. règlement de fonctionnement)
- ✓ Aide à l'investissement et à l'aménagement du lieu de vie,

- ✓ Conseils sur l'équilibre alimentaire,
- ✓ Aide éducative budgétaire,
- ✚ Le soutien à la parentalité (travail sur les rythmes et les besoins de l'enfant, conseils pour les inscriptions crèche, école, ...),
- ✚ L'accès aux loisirs et à la culture (proposition de sorties via le dispositif Cultures du Cœur, activités collectives, activités proposées par la commune,...),
- ✚ La préparation à la sortie des ACT (demande de logement social, recours DALO, demandes de places en structures, information sur les droits et les devoirs des locataires,...),
- ✚ **Le suivi post-ACT (accompagnement et soutien après la sortie du dispositif).**

Pour toutes ces thématiques, les référents sociaux peuvent solliciter et travailler en partenariat avec les acteurs sociaux de chaque commune comme les PMI, les CVS, les associations caritatives, ...

Les travailleurs sociaux ont également en charge :

- ✚ L'encaissement du paiement des redevances d'occupation et la relance lors des retards de paiement,
- ✚ L'encaissement du dépôt de garantie,
- ✚ La vérification du renouvellement de l'assurance habitation.

Conjointement avec le chef de service, les travailleurs sociaux sont également tenus de rappeler le cadre institutionnel et les règles de vie en collectivité aux résidents.

#### ✓ Rôle des travailleurs sociaux au sein de l'équipe pluridisciplinaire

Les travailleurs sociaux peuvent informer les autres membres de l'équipe pluridisciplinaire des actualités (sociales, administratives, du quotidien, ...) de chaque résident :

- ✓ Au cours de la réunion d'équipe hebdomadaire ;
- ✓ Grâce aux comptes rendus d'entretien rédigés dans le **cahier de liaison** (sur le serveur d'Initiatives ACT) et la lecture des bilans individuels semestriels.

Les travailleurs sociaux peuvent solliciter le chef de service sur rendez-vous pour échanger sur le suivi des résidents et trouver des solutions adaptées.

Selon les situations, il est parfois nécessaire de proposer des entretiens en binôme professionnel (social/psy ; social/santé).

### 2.3.4. L'ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE

---

Le psychologue exerce une mission :

- ✓ D'écoute,
- ✓ De soutien,
- ✓ De travail d'élaboration (mise en sens),
- ✓ De lien vis à vis du résident, vis à vis de l'équipe.

Le psychologue se réfère à la théorie analytique et au code de déontologie qui régit la profession.

### 2.3.4.1. Le Résident

A l'admission : travail de réflexion en équipe sur l'adéquation de la candidature et l'accompagnement proposé par le service A.C.T.

#### Objectifs particuliers de l'accompagnement psychologique en A.C.T :

✚ Ecoute de la souffrance psychique et des processus inconscients, en vue d'une possibilité de mieux être.

✚ Travail autour des répercussions psychiques de la maladie chronique invalidante.

✚ Soutien à la parentalité : soutien du parent dans la compréhension des besoins de son enfant. Soutien à l'enfant autour de son épanouissement avec la maladie.

#### Cadre de l'accompagnement :

✚ Dès l'entrée de la personne en A.C.T., nous nous positionnons dans l'élaboration du PAP.

✚ Proposition d'un soutien psychologique à la personne dans le mois qui suit son arrivée.

✚ S'il n'y a pas d'adhésion à un soutien psychologique de la personne, un RDV systématique aura lieu avant la signature du PAP, puis avant chaque bilan.

#### Modalités d'accompagnement :

Entretien de soutien individuel permettant la verbalisation des difficultés et l'élaboration de stratégies individuelles pour mieux faire face aux difficultés.

Entretien d'accompagnement psychologique de la personne autour de ses difficultés psychologiques, relationnelles en lien avec son histoire.

Possibilités de proposer des visites à domicile, seul ou avec un membre de l'équipe

### 2.3.4.2. L'Equipe

✚ Présence des psychologues lors des réunions de synthèse : complémentarité avec les différents champs (médical / social).

✚ Possibilités de rencontres interindividuelles avec chaque professionnel du service : travail sur les résonances que peut avoir un accompagnement, travail de mise à distance.

✚ Travail de réflexion autour de questionnements qui habitent l'équipe :

✓ La maladie chronique invalidante = les répercussions psychiques, représentations.

✓ Approche de la parentalité dans ses aspects préventifs.

✓ Réflexion sur le développement et les besoins de l'enfant.

✓ Réflexion sur les conduites addictives.

✚ Rédaction d'écrits pour l'équipe de bilans autour du sens de l'accompagnement de chacune des personnes suivies.

✚ Ecriture d'un bilan annuel sur l'accompagnement psychologique.

✚ Participation au colloque annuel de la FNH-VIH.

### 2.3.5. L'EQUIPE TECHNIQUE

---

#### 2.3.5.1 Rénovation d'un appartement avant l'arrivée d'un nouveau résident :

1) L'équipe technique effectue un état des lieux des travaux à faire.

- 2) L'équipe technique effectue des travaux et aménagements de l'appartement (achat de fournitures et de mobilier)
- 3) L'équipe technique met en place une fiche récapitulative, avec un état des lieux. Elle est remise au chef de service qui effectuera une contre visite de l'appartement. Cette fiche sera intégrée dans le dossier social du résident (A l'admission, le travailleur social référent effectue un état des lieux d'entrée, autre document que celui de l'équipe technique, avec le résident).
- 4) Le service des ACT a signé une convention avec une société de ménage pour effectuer le ménage après l'intervention de l'équipe technique.

#### **2.3.5.2 Pendant le séjour d'un résident :**

##### 1) A la demande d'un résident :

- ✚ Le résident doit adresser sa demande à son référent social ou au chef de service.
  - Si cette demande concerne un problème technique, elle est adressée par mail au responsable technique et au chef de service. Le responsable du service technique planifie une intervention en accord avec le résident.
  - Si cette demande concerne un aménagement de l'appartement, elle doit être partagée avec le référent social qui le mettra à l'ordre du jour de la réunion de coordination. Si la demande est validée, un mail sera envoyé au responsable de l'équipe technique afin de réaliser cet aménagement.
- ✚ En cas d'absence et avec l'accord du résident, l'équipe technique peut être amenée à intervenir seule dans l'appartement.
- ✚ En cas d'urgence et d'atteinte à la sécurité des bâtiments et/ou des personnes accueillies, l'équipe technique se devra d'intervenir même sans accord préalable du résident (fuite d'eau, problème électrique,...).

##### 2) A la demande de l'équipe technique :

- ✚ Deux visites annuelles sont planifiées pour faire un état des lieux technique (état de l'électroménager, fonctionnement des prises, fuites, ...).
- ✚ Un courrier préalable est envoyé au résident pour prévenir de la date ainsi qu'une grille d'observation à remplir pour préparer la visite technique.
- ✚ Lors de la visite, l'équipe technique remplit elle-aussi la grille d'observation. Elles sont remises au chef de service qui les mettra à l'ordre du jour de la réunion de coordination (présence du responsable technique).
- ✚ Une fois par semaine, l'équipe technique effectue un nettoyage des parties communes des résidences de Sceaux et d'Antony ainsi que le contrôle des buanderies et fonctionnement des machines à laver et sèche-linge.

#### **2.3.5.3 Organisation :**

- ✚ Pour le suivi de chaque intervention de l'équipe technique, un fichier Excel est renseigné par le responsable technique. Ce fichier comprend le type d'intervention, le lieu, la date et l'intervenant.
- ✚ L'équipe technique peut faire appel à des prestataires extérieurs pour effectuer certains travaux.
- ✚ Le responsable du service technique est présent le 1<sup>er</sup> vendredi de chaque mois en réunion de coordination du service insertion. Un point est fait sur les interventions réalisées, en cours et à venir.



---

## CHAPITRE 2.4: LES ACTIVITES COLLECTIVES ET INDIVIDUELLES DE LOISIRS

---

### 2.4.1 L'ANIMATION D'ATELIERS COLLECTIFS

---

Pour répondre au mieux aux attentes des résidents exprimées lors d'une réunion du CVS (Conseil de la Vie Sociale), depuis 2011, nous proposons différents ateliers collectifs :

- ✚ Atelier « travaux d'aiguilles » (couture, broderie, tricot, ...).
- ✚ Atelier « Loisirs créatifs » (fabrication d'objets décoratifs, bijoux, ...).
- ✚ Atelier « jardinage » (aménagement floral du jardin de Sceaux et d'Antony et création d'un potager).
- ✚ Atelier « écriture » (découverte d'une lecture différente de leur parcours de vie à travers des exercices d'écriture).
- ✚ Atelier « cuisine » (préparation et partage d'un repas, dont le menu est élaboré par les résidents) 1 par trimestre dont 2 ont lieu sur les résidences d'Antony et de Sceaux (barbecue). L'été si le temps le permet un pique-nique est organisé dans le parc de Sceaux.

Ces ateliers permettent aux résidents de retrouver le plaisir d'échanger, de créer. Ils permettent de rompre l'isolement et de se dégager des préoccupations médicales quotidiennes, également de faire naître une véritable dynamique de groupe fondée sur la confiance et le respect des uns et des autres comme de soi-même

### 2.4.2. SORTIES CULTURELLES COLLECTIVES

---

Tout au long de l'année, nous proposons différentes sorties culturelles (musées, découverte d'ateliers d'artistes, expositions, cinéma, spectacles de danse, ...).

Ces sorties sont l'occasion pour les résidents de se retrouver dans un autre lieu que celui des ACT, de découvrir de nouvelles activités auxquelles ils ne participeraient pas seuls pour différentes raisons : financières, culturelles, de santé (la mobilité, ...), d'isolement, ...

### 2.4.3. ACCOMPAGNEMENT INDIVIDUALISE VERS LES LOISIRS, LE SPORT & LA CULTURE

---

Dans le cadre du Projet d'Accompagnement Personnalisé il peut-être proposé au résident un accompagnement individualisé vers différentes formes de loisirs.

Depuis 2006, nous travaillons régulièrement avec « Cultures du Cœur ». Chaque résident peut consulter sur un ordinateur mis à sa disposition les différentes sorties, activités proposées par Cultures du Cœur et s'y inscrire.

Nous encourageons les résidents à consulter le journal municipal de leur ville afin de connaître les différentes associations et manifestations proposées.



#### 2.4.4. ORGANISATION D'UNE FETE POUR LA NOUVELLE ANNEE

---

Chaque année, au cours du mois de janvier, l'équipe pluridisciplinaire organise une soirée pour fêter la nouvelle année. A cette occasion, tous les résidents des ACT sont invités ainsi que d'anciens résidents.

Chacun peut apporter une spécialité culinaire de son choix pour un moment convivial de partage en musique.

Un arbre de Noël et sa traditionnelle distribution de jouets ont lieu durant la soirée, pour le plus grand plaisir des enfants et de leurs parents.

---

## CHAPITRE 2.5: LE RESEAU PARTENARIAL

---

### 2.5.1. L'AGENCE REGIONALE DE SANTE

---

Créé par [LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 118](#)

*« Les agences régionales de santé sont des établissements publics de l'Etat à caractère administratif. Elles sont placées sous la tutelle des ministres chargés de la santé, de l'assurance maladie, des personnes âgées et des personnes handicapées...Les agences régionales de santé mettent en place des délégations territoriales dans les départements. »*

« L'Agence Régionale de Santé (ARS Ile-de-France) régule l'offre d'accompagnement médico-social. Ce secteur recouvre les établissements et services pour les personnes âgées, et pour les enfants et adultes handicapés. Elle gère les procédures d'autorisations, les investissements et les appels à projet. Elle élabore des programmes d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie. »

Pascal Colin directeur de l'association Initiatives est membre de la Conférence de Territoire Hauts-de-Seine.

### 2.5.2. LES HOPITAUX

---

Tous les centres hospitaliers sont des partenaires potentiels. Cependant, les centres hospitaliers sur le 92 : Antoine Béclère à Clamart, Hôpital Privé d'Antony, Ambroise Paré à Boulogne, Foch à Suresnes et Louis Mourier à Colombes travaillent de façon régulière avec Initiatives. Nos interlocuteurs sont les médecins et assistantes sociales hospitalières.

Les centres hospitaliers, éventuellement les médecins de ville, continuent à suivre les résidents tout au long de leur période d'hébergement. Des contacts s'effectuent entre les intervenants d'Initiatives et les référents hospitaliers (suivi de l'évolution de la maladie, hospitalisations occasionnelles, sortie d'hospitalisation, hospitalisation à domicile, fin d'hébergement pour des raisons médicales...). Des professionnels libéraux de ville (médecins, infirmières, kinésithérapeutes...) peuvent aussi intervenir dans les appartements de coordination thérapeutique. Leurs actions sont coordonnées par le médecin coordonnateur et l'infirmière.

### 2.5.3. COORDINATION REGIONALE DE LA LUTTE CONTRE LE VIRUS DE L'IMMUNODEFICIENCE HUMAINE (COREVIH) ILE-DE-FRANCE-SUD PRINCIPALES MISSIONS :

---

**Favoriser** les coordinations entre des professionnels du soin, de l'expertise clinique et thérapeutique, du dépistage, de la prévention, et de l'éducation pour la santé, de la recherche clinique et épidémiologique, de l'action sociale et médico-sociale, ainsi que des associations des malades et des usagers du système de santé.

**Participer** à l'amélioration continue de la qualité, de la sécurité et de la prise en charge des patients, à l'évaluation de la prise en charge et à l'harmonisation des pratiques.

**Procéder** à l'analyse des données médico-épidémiologiques relatives aux patients infectés par le VIH, suivis dans les structures appartenant au COREVH, ce qui implique un recueil exhaustif au moins quantitatif...

La composition et le nombre de membres du COREVIH Ile-de-France sud ont fait l'objet de l'arrêté du 4 octobre 2006

Cet arrêté fixe le nombre de sièges par collège. Le COREVIH est composé de 30 membres titulaires et de 60 membres suppléants répartis en 4 collèges.

**Collège 1** : des représentants des établissements de santé, sociaux ou médico-sociaux

**Collège 2** : des représentants des professionnels de santé et de l'action sociale

**Collège 3** : des représentants des malades et des usagers du système de santé

**Collège 4** : des personnalités qualifiées

Le COREVIH est administré par un bureau de neuf membres dont un Président et un vice-président, tous élus en assemblée plénière pour un mandat de 4 ans. Il comprend au moins un membre de chaque collège

**Patrick Bachelier est membre du bureau sur le collège 2.**

#### 2.5.4. LES RESEAUX VILLE-HOPITAL

---

- ✚ Réseau ARES 92 : Hôpital Louis Mourier (partenariat conventionné)
- ✚ Réseau ville-hôpital Val-de-Seine : Hôpital Foch
- ✚ Réseau OSMOSE (oncologie) à Clamart (partenariat conventionné)
- ✚ Réseau ville-hôpital Ressource : Hôpital Antoine Béchère (partenariat conventionné). Patrick Bachelier est membre du bureau.

#### 2.5.5. LES ASSOCIATIONS

---

Un partenariat est mis en place avec les associations d'insertion sociale, d'hébergement, d'aides et de soins à domicile, caritatives (**Le Secours Catholique, La Croix Saint Simon...**) ou spécialisées. Dans le cadre d'une prise en charge, Initiatives est amenée à rencontrer les partenaires avant l'hébergement et pendant toute la durée de celui-ci.

Certaines associations (**SSIAD, Synergie...**) mettent à disposition des résidents du personnel médical, paramédical et d'aide à domicile. Leur intervention est coordonnée par le médecin et le personnel éducatif d'Initiatives.

Convention de coopération signée avec la **PHARMACIE de L'ABBAYE** dans un projet de maintien du traitement et d'aide à l'observance.

Des associations prennent en charge l'enfant quand les parents sont hospitalisés :

- ✚ **Coup de Pouce** Relais familiaux – accueil de fratries à Châtenay-Malabry : offre un accueil temporaire pour les enfants en cas d'hospitalisation des parents ou d'un problème familial ponctuel,
- ✚ **Dessine moi un mouton** : lieu d'accueil de soin et d'accompagnement pour les enfants, les adolescents, les parents, jeunes adultes et familles touchés par le VIH-SIDA ou une autre maladie chronique.

Initiatives est également adhérent à

- ✚ **Culture du cœur 92.** Cette association est une interface entre la culture et les personnes en situation de fragilité économique ou sociale. Elle fait de la redistribution gratuite de places de spectacles aux familles et aux adultes en difficulté.

Initiatives s'appuie souvent sur les compétences en matière de droits des étrangers du **COMEDE**, du **GISTI** et de la **CIMADE**.

L'association est en lien étroit avec des associations :

- ✚ **IKAMBERE** qui propose un accueil, une écoute, une insertion professionnelle avec « La main Fine » et un suivi aux femmes touchées par le VIH.
- ✚ **ACTIF Santé est un Réseau National** de personnes vivant avec le virus du SIDA et/ou des Hépatites. Parmi ses missions : Identifier et faire connaître l'ensemble des besoins des personnes touchées par l'infection au VIH ou tout infection s'y rattachant en direction des diverses instances. Accompagner et soutenir les personnes dans leurs parcours de soins et social... Représenter les usagers du système de santé dans les instances de démocratie sanitaire en France (notamment dans les COREVIH).
- ✚ **LES PETITS BONHEURS** cette association a pour objectif d'apporter un soutien individualisé à des personnes séropositives ou malades du sida, en situation d'isolement social ou affectif. Elle organise aussi des temps festifs et propose un séjour de répit à Nîmes sur la base d'un projet personnalisé.

Ponctuellement, Initiatives peut être amenée à faire appel à des associations spécialisées dans la prise en charge de certains publics : **Flora Tristan** (femmes battues), **Clinique Liberté** et le **CSAPA Paul Guiraud** à Bourg-la-Reine pour les addictions.

Enfin, l'INPES et le CRIPS fournissent à l'association des brochures de prévention et des préservatifs.

#### 2.5.5. LES SERVICES TERRITORAUX

---

Les centres de protection maternelle et infantile (PMI), l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE), les circonscriptions de vie sociale (CVS), la caisse d'allocations familiales (CAF), la Sécurité Sociale, la caisse régionale d'assurance maladie (CRAMIF). Les CMP d'Antony et de Chatenay-Malabry.

#### 2.5.6. LES FEDERATIONS

---

- ✚ F.N.A.R.S : Fédération Nationale des Associations d'Accueil et de Réadaptation Sociale
- ✚ F.N.H-V.I.H : la Fédération Nationale d'Hébergements VIH et autres pathologies
- ✚ U.R.I.O.P.S.S : Union Régionale des Institutions et Organismes des Professions Sanitaires et Sociales
- ✚ U.N.A.F.O.R.I.S : Union Nationale des Associations de Formation et de Recherche en Intervention Sociale
- ✚ RENESS : Réseau national de l'Economie Sociale et Solidaire

# **3 L'APPLICATION DES DROITS DES USAGERS**

---

---

## CHAPITRE 3.1: LES DROITS FONDAMENTAUX DE LA PERSONNE ACCUEILLIE

---

- ✚ Un respect de la *dignité*, l'*intégrité*, la *vie privée*, l'*intimité* et la *sécurité* de la personne.
- ✚ Le *libre choix* entre les prestations : domicile établissement...
- ✚ Un accompagnement *individualisé* et de *qualité dans le respect* d'un consentement éclairé.
- ✚ La *confidentialité* des données concernant l'usager.
- ✚ L'*accès à l'information*
- ✚ Une *information sur les droits fondamentaux* et voies de recours.
- ✚ Une *participation directe au projet* d'accueil et d'accompagnement.

---

## CHAPITRE 3.2 : LES OUTILS DE LA LOI DU 2 JANVIER 2002

---

### 3.2.1. LE LIVRET D'ACCUEIL & LA CHARTE DES DROITS ET LIBERTES DE LA PERSONNE ACCUEILLIE

---

Circulaire N° 138 DGAS du 24 mars 2004 relative à la mise en place du livret d'accueil prévu par l'article L 311-4 du code de l'action sociale et des familles.

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

- ✚ Le **livret d'accueil** présente notre établissement médico-social et les services proposés. Il regroupe :
  - ✓ le règlement de fonctionnement,
  - ✓ la convention d'hébergement,
  - ✓ la charte des droits et libertés de la personne accueillie.

### 3.2.2. LE REGLEMENT DE FONCTIONNEMENT

---

Décret n° 2003-1095 du 14 novembre 2003 relatif au règlement de fonctionnement institué par l'article L. 311-7 du code de l'action sociale et des familles

- ✚ Il est établi par le directeur de l'établissement après consultation du Conseil de la Vie Sociale.
- ✚ Il est révisable tous les 5 ans.
- ✚ Il est affiché dans le service des ACT.
- ✚ Il est remis aux partenaires intervenant dans l'accompagnement des résidents.

### 3.2.3. LE CONTRAT DE SEJOUR

---

Décret no 2004-1274 du 26 novembre 2004 relatif au contrat de séjour ou document individuel de prise en charge prévu par l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles

2. Le **contrat de séjour** est un document obligatoire, cosigné par le résident, le chef de service (par délégation du directeur) dans le mois qui suit l'admission du résident.
3. Le **contrat de séjour** comporte 5 points obligatoires :
  - ✓ La définition des objectifs de l'accompagnement médico-psycho-social
  - ✓ Les prestations proposées afin de réaliser les objectifs du projet d'accompagnement personnalisé
  - ✓ La description des conditions de séjour et d'accueil
  - ✓ La participation financière du résident
4. Un avenant au **contrat de séjour**, précisant les objectifs et les prestations adaptées au résident est signé dans les 6 mois qui suivent l'admission.
5. Le **contrat de séjour** est établi pour une durée de 2 ans. Il prévoit les conditions et les modalités de sa résiliation ou de sa révision ou de la cessation des mesures qu'il contient.

### 3.2.4. LE CONSEIL DE LA VIE SOCIALE

---

Le **Conseil de la Vie Sociale** se réunit au moins 3 fois dans l'année. Le Conseil de la Vie Sociale donne son avis et peut faire des propositions sur toute question intéressant le fonctionnement de l'établissement ou du service, notamment sur l'organisation intérieure et la vie quotidienne, les activités, l'animation socioculturelle et les services thérapeutiques, les projets de travaux et d'équipements, la nature et le prix des services rendus, l'affectation des locaux collectifs, l'entretien des locaux, les relogements prévus en cas de travaux ou de fermeture, l'animation de la vie institutionnelle et les mesures prises pour favoriser les relations entre ces participants ainsi que les modifications substantielles touchant aux conditions de prises en charge.

6. Depuis 2010, nous avons mis en place un Conseil de la Vie Sociale, il se réunit 4 fois par an, un vendredi de 18h15 à 20h30. Les résidents élus représentent les 3 sites où nous avons des appartements. Il y a 5 résidents élus au sein du CVS. Les autres résidents sont invités à participer au CVS.
7. Le service des ACT a mis à disposition du président du CVS un portable afin de faciliter les liens entre les différents membres du CVS et des usagers avec le CVS.
8. Les ordres du jour sont élaborés par le président du CVS en lien avec le chef de service.
9. Le compte rendu est réalisé par le secrétaire avec l'aide du chef de service. Une fois validé par le président il est envoyé à l'ensemble des résidents.

### 3.2.5. PROJET D'ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISE

---

- ✚ Le **P.A.P. (Projet d'Accompagnement Personnalisé)** se construit lors des six premiers mois et il s'ajuste tout au long du séjour. Ce document est la référence pour l'accompagnement global du résident. Il inclut les données administratives, les informations médicales (dossier confidentiel, accessible uniquement par les

professionnels médicaux), l'anamnèse du résident ainsi que ses objectifs d'accompagnement.

- ✚ Les objectifs du P.A.P. sont réévalués tous les 6 mois avec la participation active du résident.
- ✚ Un bilan global annuel est écrit par les professionnels. Il est soumis au résident. Il donne lieu à un entretien sous la responsabilité du chef de service.

---

## CHAPITRE 3.3 : LA BIENTRAITANCE

---

### 3.3.1. LA LUTTE CONTRE LA MALTRAITANCE

---

**Circulaire DGCS/2A no 2010-254 du 23 juillet 2010 relative au renforcement de la lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des personnes handicapées et au développement de la bientraitance dans les établissements et services médico-sociaux relevant de la compétence de l'ARS**

### 3.3.2. LES RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

---

#### ✚ MISSIONS :

Le service "Recommandations" a pour mission principale d'**élaborer des procédures, références et recommandations tant sur les pratiques professionnelles que sur l'évaluation**. Il doit également réaliser et diffuser un **bilan annuel** des recommandations élaborées.

#### ✚ OBJECTIFS :

- Inscrire la production d'une recommandation dans une **démarche globale** : en amont par une veille sur les problématiques et enjeux, en aval par un suivi et un soutien de la diffusion et de l'appropriation des recommandations
- Faire valoir les **expertises** et les **expériences** propres du secteur au sein de travaux plus larges, dans le cadre de **partenariats**.

#### ✚ PRODUCTIONS:

Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles se situent à l'interface d'une logique d'évaluation et d'une logique d'amélioration continue de la qualité, dans le droit fil des principes de la **loi du 2 janvier 2002**.

Elles s'inscrivent au sein de **7 programmes** :

- les fondamentaux,
- l'expression et la participation,
- les points de vigilance, la prévention des risques,
- le soutien aux professionnels,
- les relations avec l'environnement,
- les relations avec la famille et les proches,
- la qualité de vie.



# **4 L'ORGANISATION ET LE FONCTIONNEMENT**

---

---

## CHAPITRE 4.1 LES RESSOURCES HUMAINES

---

### 4.1.1 FONCTIONNEMENT DE L'EQUIPE

---

#### 4.1.1.1 Les horaires

##### *L'équipe de direction*

Du lundi au vendredi de 9h00 à 18h30

##### *L'équipe du service administratif*

Du lundi au vendredi de 9h00 à 17h00

##### *Le médecin coordinateur*

Le mardi de 10h00 à 18h00

Le vendredi de 9h30 à 12h30

##### *L'infirmière*

3 jours par semaine, de 9h00 à 17h00

##### *Les psychologues*

Le lundi de 9h00 à 16h00

Le mercredi de 9h00 à 18h00

Le vendredi de 9h00 à 18h00

##### *L'équipe sociale*

Le lundi, mercredi et jeudi, de 9h00 à 19h00.

Le mercredi et le vendredi de 9h00 à 17h00

##### *L'équipe technique*

Du lundi au vendredi de 9h00 à 17h00

##### *L'astreinte du service ACT*

24h/24, 7 jours /7

### 4.1.2. L'ENTRETIEN ANNUEL D'EVALUATION

---

Suite aux réunions de travail du Conseil d'Etablissement, il a été décidé que les entretiens annuels avaient lieu sur la période de janvier à mars de chaque année. L'entretien annuel est organisé et animé par le directeur et/ou le chef de service à partir d'une grille d'évaluation.

Les objectifs sont :

- ✓ Faire le bilan de l'année écoulée,
- ✓ Réfléchir sur sa pratique professionnelle, dégager des objectifs de progrès,
- ✓ Echanger sur son vécu au sein de l'équipe professionnelle, au sein du service et plus largement de l'institution,
- ✓ Recueillir les souhaits et besoins en termes de formation du salarié (Cf. Plan de formation ci-dessous).

Un compte-rendu est rédigé par le directeur et/ou le chef de service et cosigné par les deux parties.

#### 4.1.3. LA FORMATION PROFESSIONNELLE

Les informations suivantes ont été validées lors des réunions de travail du Conseil d'Etablissement de l'association :

Le plan de formation est un outil stratégique pour le développement de l'association. Il est la traduction opérationnelle de la politique de formation de l'association. C'est un document contractuel qui lie les différents acteurs concernés : la Direction, les responsables impliqués dans sa construction, les futures personnes en formation et les représentants du personnel. Il décrit les objectifs à atteindre par la formation, les actions à mettre en œuvre, la planification et le chiffrage.

A INITIATIVES, le plan de formation regroupe les actions retenues par la Direction de l'association en fonction notamment :

- des orientations stratégiques de l'association,
- des besoins et aspirations,
- ou des compétences individuelles et collectives nécessaires.

##### 4.1.3.1 COLLECTER LES BESOINS DE FORMATION : Janvier à Mars N-1

Les besoins individuels et collectifs de formation peuvent s'identifier à partir de l'écart entre les compétences requises et les compétences déjà disponibles dans l'association.

A INITIATIVES, il existe différents moyens de collecte des besoins :

- **Entretien individuel annuel** : lors de cet entretien, le chef de service ou directeur recueille le(s) besoin(s) de formation.
- **Demande spontanée** : le salarié écrit au chef de service ou directeur (courrier avec AR ou remis en mains propres contre décharge) en exprimant son souhait d'effectuer une formation. Cette demande peut porter sur un CIF ou un DIF (voir les annexes).

##### 4.1.3.2 ANALYSER LES BESOINS DE FORMATION : Avril N-1

Une fois les demandes collectées, le chef de service ou directeur arbitre et retient les actions correspondantes aux priorités de l'association définies dans sa politique de formation.

##### 4.1.3.3 REDIGER LE PLAN DE FORMATION : Mai N-1

Chaque chef de service ou directeur remet à la Direction un document précisant la nature des actions de formation classées en trois catégories :

- **catégorie 1** : actions d'adaptation au poste de travail.
- **catégorie 2** : actions liées à l'évolution des emplois et au maintien dans l'emploi.
- **catégorie 3** : actions de développement des compétences.

##### 4.1.3.4 CHIFFRER LE PLAN : Juin N-1

Chaque année, à INITIATIVES, le budget consacré à la formation est environ de 2% de la masse salariale.

#### **4.1.3.5 REALISER ET SUIVRE LE PLAN DE FORMATION**

Le chef de service ou directeur organise les actions de formation retenues pour son service. Il assure la gestion administrative du plan.

#### **4.1.4. ANALYSE DES PRATIQUES**

La circulaire du 30 octobre 2002 relative aux Appartements de Coordination Thérapeutique mentionne dans son chapitre consacré au **projet d'établissement et projet individualisé** que « l'équipe pluridisciplinaire bénéficie d'une supervision de ses pratiques professionnelles ».

A la demande de l'équipe, l'analyse des pratiques a été mise en place.

#### **4.1.5. L'ACCUEIL DES STAGIAIRES**

L'équipe des ACT accueille en moyenne 2 stagiaires par an, en formation initiale ou continue, dans les cursus suivants : assistant de service social, conseillère en économie sociale et familiale, éducateur spécialisé, psychologue.

Chaque stagiaire bénéficie d'un référent de terrain (issu de la même formation et/ou d'une certaine ancienneté) qui suit le stagiaire pendant toute la durée de son stage. Le stage est effectué sous l'autorité du chef de service.

L'accompagnement des stagiaires ainsi que leurs interventions auprès des résidents sont réfléchis avec l'ensemble de l'équipe.

#### **4.1.6. LES REUNIONS**

##### **4.1.6.1 Réunion de coordination hebdomadaire entre le directeur et le chef de service (le lundi).**

Objectifs : Echanges au sujet de l'équipe pluridisciplinaire, des résidents, des partenaires, etc.  
Echanges sur le budget.  
Echanges sur les projets de l'association, ...

##### **4.1.6.2 Réunion de coordination hebdomadaire (le vendredi).**

L'ordre du jour est défini lors de la réunion précédente. Elle s'organise comme suit :

- Dans la première partie de la réunion, les échanges portent sur trois résidents. Le chef de service anime et coordonne la réflexion. Il appartient à chaque professionnel de rendre compte à l'équipe de son accompagnement. Ainsi sont notamment travaillés les bilans de période d'hébergement, les PAP (Projet d'Accompagnement Personnalisé).
- Dans la deuxième partie de cette réunion, l'actualité des résidents est traitée selon le degré d'« urgence » des situations. Le chef de service transmet également les informations institutionnelles, les propositions de colloques, les informations sur l'organisation et la vie du service. C'est un espace d'échanges pour que chaque professionnel rende compte de sa participation aux activités (Conseil de la Vie Sociale, ateliers collectifs, Réseau Osmose, FNHVIH, ...). Des partenaires sont également invités pour présenter leur travail et/ou structure et définir des projets communs.

- Les Projets d'Accompagnement Personnalisé seront signés les vendredis à 11h30 en présence des membres de l'équipe pluridisciplinaire impliqués dans l'accompagnement global et du résident.
- Le premier vendredi de chaque mois, le chef de l'équipe technique est présent en début de réunion pour faire le bilan des travaux réalisés dans les résidences et des demandes d'intervention en cours et prévisionnels. Il participe à la réflexion et l'élaboration des procédures nécessaires au bon fonctionnement du service.

#### Compte-rendu des réunions

- Le cahier de réunion : une prise de notes est effectuée au cours de la réunion par un des professionnels.
- Le chef de service rédige un compte-rendu qui est transmis par mail à tous les professionnels de l'équipe pluridisciplinaire et de l'équipe de direction.

#### Réunion de synthèse : ponctuelle.

- en fonction d'une situation, l'équipe peut organiser (ou être invitée à) une réunion où sont présents certains membres de l'équipe avec ou sans le résident (ou une famille) et/ou des partenaires (ASE, PMI,...).

#### 4.1.7. LES ECRITS

---

Il existe plusieurs sortes d'écrits :

- **Le bilan annuel** est écrit par l'équipe pluridisciplinaire. C'est une analyse quantitative et qualitative du travail effectué sur l'année.
- **Le bilan annuel standardisé** de l'ARS est renseigné par l'équipe pluridisciplinaire sous la responsabilité du directeur.
- **Le rapport d'activité de l'association** qui reprend en partie le bilan annuel des ACT.
- **CPAM 92** : tous les trimestres, le chef de service et le médecin transmettent par mail 2 tableaux trimestriels.
- **Les écrits de bilan** de période d'hébergement permettent de synthétiser le parcours du résident sur les 12 mois écoulés dans la structure, autant sur le plan médical, social que psychologique. Le bilan est travaillé en co-construction avec le résident et les membres de l'équipe pluridisciplinaire qui l'accompagnent. Le résident est convié avec les intervenants afin d'échanger sur les 12 mois écoulés. Il permet de réactualiser les objectifs et les moyens du Projet d'Accompagnement Personnalisé..
- **Les avenants au contrat de séjour** définissent la durée de prolongement du séjour (en général, période de six mois) ainsi que les nouveaux objectifs validés lors du bilan.
- **Les courriers d'informations aux résidents** concernent tous les domaines liés à l'hébergement et à l'accompagnement du résident (confirmation de rendez-vous, visite technique, rappel pour le paiement de la redevance d'occupation, le planning des ateliers, ...).
- **Les avertissements** rappellent la règle inscrite dans le règlement de fonctionnement. Suivant la gravité, le résident est convoqué par le chef de service.
- **Le cahier des incidents** est renseigné par le chef de service avec les informations qu'il a recueillies auprès des professionnels et des résidents. Ce cahier est informatisé : il rend compte de la traçabilité du suivi des incidents.
- **Le dossier social** comporte tous les éléments de suivi administratif et social. Il est consultable par le résident sur demande écrite adressée au chef de service.

- **Le dossier médical** comporte tous les éléments médicaux du résident. Seuls le médecin et l'infirmière y ont accès. Il est consultable par le résident sur demande écrite adressée au médecin coordonnateur.

#### 4.1.8. LES OUTILS DE COMMUNICATION

---

##### **4.1.8.1 Le cahier de liaison**

- Il permet de transmettre les informations sur la vie quotidienne et les démarches effectuées par chaque résident accompagné.
- Afin d'améliorer la confidentialité des informations, cet outil est informatisé. C'est un outil de communication interne, accessible uniquement par les membres de l'équipe pluridisciplinaire, sur le serveur informatique.
- Il se présente sous la forme d'un fichier Word mensualisé. Sauvegardé sur le réseau informatique, cela garantit la traçabilité des informations.

##### **4.1.8.2 Le cahier de synthèse / coordination**

- une prise de notes est effectuée au cours de la réunion par un des professionnels.

##### **4.1.8.3 L'agenda du service**

- Il permet d'avoir une lecture de tous les rendez-vous hebdomadaires (entretiens, visites à domicile, synthèses, rendez-vous partenariaux, ...).
- Il est consultable dans le bureau des travailleurs sociaux.

##### **4.1.8.4 Le téléphone**

- Chaque professionnel de l'équipe dispose d'une ligne fixe directe.
- A l'entrée de l'association, un chargé d'accueil dispose d'un standard téléphonique.
- Il y a également une ligne téléphonique dédiée à l'astreinte.
- 1 téléphone est mis à disposition des résidents dans la salle de réunion/entretien.

##### **4.1.8.5 Les ordinateurs**

- Chaque professionnel de l'équipe dispose d'un ordinateur. Les ordinateurs sont reliés au photocopieur.
- Chaque professionnel de l'équipe dispose d'une adresse mail.
- 1 ordinateur est mis à disposition des résidents dans la salle de réunion/entretien.

#### **4.1.8.6 Les lettres « J'INITIATIVES »**

- Le service communication élabore avec chaque service deux lettres trimestrielles : une interne pour informer les salariés sur la vie de l'association et des projets et l'autre externe pour nos différents partenaires pour promouvoir nos différentes actions.

#### **4.1.8.7 Plaquettes de présentation de l'association et du service des ACT.**

#### **4.1.8.8 Tableaux d'affichages**

- 4.1.8.1.1 Droits du travail dans le couloir du service
- 4.1.8.1.2 Délégués du personnel et syndical dans le couloir du service
- 4.1.8.1.3 Affichage du règlement de fonctionnement à l'accueil du service
- 4.1.8.1.4 Dans la salle de réunion
- 4.1.8.1.5 Planning d'utilisation des véhicules de service dans le bureau des travailleurs sociaux

# **5 LE SUIVI ET L'ÉVALUATION**

---





**LES  
CARACTERISTIQUES  
GENERALES**

**1.5 : le projet associatif**

**Responsable : Directeur**

**OBJECTIFS OPERATIONNELS A ATTEINDRE :**

- + Finaliser l'écriture du projet associatif afin d'offrir plus de visibilité sur la stratégie de l'association à moyen et long terme.
- + Développer la vie associative afin de promouvoir le projet développé par la charte des valeurs associatives.
- + Développer l'articulation dynamique entre l'histoire associative, la vision stratégique en renforçant la collaboration entre l'établissement médico social et le centre de formation.
- + Développer la capacité d'accueil des Appartements de Coordination Thérapeutique en répondant aux besoins.

**MOYENS A METTRE EN ŒUVRE :**

- + Groupe de travail entre l'équipe de direction et Conseil d'Administration

**DELAIS :**

- + 5 ans

**EVALUATION ET INDICATEURS :**

- + Rétro planning
- + Comptes rendus des réunions de travail
- + Projet associatif

**L'OFFRE  
DE  
SERVICE**

## **2.1 - LA PROCEDURE D'ADMISSION**

**Responsable : Le chef de service.**

### OBJECTIFS OPERATIONNELS A ATTEINDRE :

- ✚ Apporter, une réponse plus rapide, au travailleur social qui fait une demande d'admission

### MOYENS A METTRE EN ŒUVRE :

- ✚ Réunir la commission d'admission composée du médecin coordonateur et du chef de service 1 fois par semaine.

### DELAIS :

- ✚ 3<sup>ième</sup> trimestre 2013

### EVALUATION ET INDICATEURS :

- ✚ Traçabilité des commissions.
- ✚ Réponses écrites aux professionnels.

**OBJECTIFS OPERATIONNELS A ATTEINDRE :**

- 1) Mettre en place un kit d'hygiène afin de favoriser l'accueil du résident au sein de l'ACT le jour de l'admission
- 2) Permettre plus de visibilité entre les professionnels sur les différentes visites à domicile ou au bureau
- 3) Rendre plus fonctionnelle la fiche des numéros d'urgence présente dans le livret d'accueil
- 4) Respecter les échéances des bilans semestriels.
- 5) Former les professionnels qui interviennent lors de l'astreinte à résoudre certains problèmes techniques (coupures d'électricité, fuite d'eau...).

**MOYENS A METTRE EN ŒUVRE :**

- 1) Définir une liste des produits de première nécessité.
- 2) Mettre en place un intranet qui permettra de partager entre les différents salariés un agenda commun
- 3) Editer la fiche des numéros d'urgence la plastifier. Trouver avec le résident un emplacement fonctionnel dans l'appartement
- 4) Elaborer un planning prenant en compte les dates de bilan et les dates de préparation de la concertation de l'équipe pluridisciplinaire et des rencontres avec le résident
- 5) L'équipe technique apportera une formation sur site (les résidences) aux professionnels afin de bien repérer les vannes de coupures d'eau, les compteurs électriques. L'équipe technique élaborera un cahier permettant de retenir les gestes appropriés aux résolutions des problèmes

**DELAIS :**

- 1) Premier trimestre 2014
- 2) Deuxième semestre 2014
- 3) Deuxième trimestre 2014
- 4) Deuxième semestre 2014
- 5) Deuxième semestre 2014

**EVALUATION ET INDICATEURS :**

- 1) Elaboration de la liste
- 2) Fonctionnalité de l'intranet
- 3) Présence de la fiche au sein de chaque appartement
- 4) Respect des échéances
- 5) Visite sur site et création du livret d'intervention.

**L'OFFRE  
DE  
SERVICE**

## **2.3.2 – La coordination médicale**

**Responsables : Médecin coordonnateur - infirmière**

### **OBJECTIFS OPERATIONNELS A ATTEINDRE :**

- ✚ Actualiser la procédure de fonctionnement entre le médecin coordonnateur et l'infirmière afin de prendre en compte les attentes des résidents et la coordination des objectifs en lien avec le projet d'accompagnement personnalisé

### **MOYENS A METTRE EN ŒUVRE :**

- ✚ Temps de travail afin de réécrire la procédure

### **DELAIS :**

- ✚ Deuxième semestre 2014

### **EVALUATION ET INDICATEURS :**

- ✚ Validation de la procédure par le chef de service
- ✚ Présentation de la procédure à toute l'équipe

**L'OFFRE  
DE  
SERVICE**

### **2.3.5 – L'équipe technique**

**Responsable : Le directeur**

#### OBJECTIFS OPERATIONNELS A ATTEINDRE :

- ✚ Réactualiser la procédure afin de fluidifier la coordination entre la demande du résident et l'intervention de l'équipe technique



#### MOYENS A METTRE EN ŒUVRE :

- ✚ Sujet à mettre à l'ordre du jour lors de la réunion de l'équipe de direction
- ✚ Temps de travail lors de la réunion de coordination de l'équipe des ACT



#### DELAIS :

- ✚ Deuxième semestre 2014



#### EVALUATION ET INDICATEURS :

- ✚ Validation de la procédure par le directeur






**L'OFFRE  
DE  
SERVICE**



**2.4 – Les activités collectives et individuelles de  
loisirs**

**Responsables : Le représentant du personnel au sein du  
CVS**



**OBJECTIFS OPERATIONNELS A ATTEINDRE :**

-  Ecrire une procédure afin d'améliorer le lien entre le CVS et la mise en place des ateliers.
-  Apporter plus de choix aux résidents
- 



**MOYENS A METTRE EN ŒUVRE :**

-  Temps de travail pour réaliser ces objectifs
-  Temps de travail avec le CVS

**DELAIS :**

-  Deuxième semestre 2014
- 

**EVALUATION ET INDICATEURS :**

-  Validation de la procédure par le chef de service
-  Comptes rendus

**OBJECTIFS OPERATIONNELS A ATTEINDRE :**

- ✚ Actualiser le livret d'accueil suite à la réécriture du projet d'établissement.

**MOYENS A METTRE EN ŒUVRE :**

- ✚ Mettre en place une réunion de travail avec l'équipe pluridisciplinaire
- ✚ Mettre en place une réunion de travail avec les usagers volontaires
- ✚ Soumettre le livret d'accueil au CVS afin de le valider

**DELAIS :**

- ✚ Troisième trimestre 2014

**EVALUATION ET INDICATEURS :**

- ✚ Compte rendu de réunion
- ✚ Compte rendu du CVS



**OBJECTIFS OPERATIONNELS A ATTEINDRE :**

- ✚ Actualiser et compléter le règlement de fonctionnement
  - ✓ Inclure un chapitre sur : la maltraitance/négligence grave, ainsi que les actions ou procédures que l'encadrement doit suivre pour traiter ces actes sans délai.
  - ✓ Sur la question relative à la « personne qualifiée », nous suggérons que le Règlement de Fonctionnement ou un affichage adapté, indiquent plus précisément à l'utilisateur les informations utiles dont il pourrait se servir en cas de besoin, comme d'afficher les coordonnées de la Maison Départementale des Personnes Handicapées du 92.
  - ✓ Sur le chapitre de la gestion des parties communes au sein des résidences (être plus précis sur les conséquences de non respect des lieux et du matériel)
  - ✓ Revoir la participation des usagers et des accompagnants

**MOYENS A METTRE EN ŒUVRE :**

- ✚ Mettre en place une réunion de travail pluridisciplinaire
- ✚ Mettre en place une réunion de travail avec les usagers volontaires
- ✚ Soumettre le règlement de fonctionnement au CVS afin de le valider

**DELAIS :**

- ✚ Troisième trimestre 2014

**EVALUATION ET INDICATEURS :**

- ✚ Compte rendu de réunion
- ✚ Compte rendu du CVS

**OBJECTIFS OPERATIONNELS A ATTEINDRE :**

- + Construire collectivement et d'une manière continue, un processus de vigilance à la maltraitance attestant d'une réelle dynamique institutionnelle et faisant référence à la recommandation de l'ANESM concernant : « la mission du responsable d'établissement et le rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance »
- + Ce processus permettra de :
  - o Développer une conscience et une connaissance des risques de maltraitance.
  - o Mettre en place une organisation et des pratiques d'encadrement conformes aux objectifs de prévention de la maltraitance.
  - o Organiser un traitement systématique des faits de maltraitance.
- + L'affichage comportera le Numéro d'appel téléphonique de SOS Maltraitance : 3977

**MOYENS A METTRE EN ŒUVRE :**

- + Appropriation de la RBPP sur la bientraitance
- + Proposer des formations sur ce thème
- + Une procédure écrite sera rédigée et affichée en complément à cette réflexion.

**DELAIS :**

- + Décembre 2014

**EVALUATION ET INDICATEURS :**

- + L'écriture de la procédure
- + Les formations
- + Les outils accessibles sur le réseau

**OBJECTIFS OPERATIONNELS A ATTEINDRE :**

- ✚ Développer un socle commun renforçant les pratiques professionnelles de l'équipe pluridisciplinaire par l'appropriation des recommandations suivantes :
  - ✓ La bientraitance,
  - ✓ Le questionnement éthique,
  - ✓ Mission et rôle de l'encadrement dans la prévention de la maltraitance,
  - ✓ L'ouverture de l'établissement sur l'extérieur,
  - ✓

**MOYENS A METTRE EN ŒUVRE :**

- ✚ Planification des réunions sur l'année
- ✚ Mise à disposition des recommandations sur le serveur
- ✚ Proposer à un membre de l'équipe d'animer une réunion sur une recommandation
- ✚ Faire un compte rendu de la séance de travail
- ✚ Formation du personnel

**DELAIS :**

- ✚ 2013 à 2017 (deux recommandations par an).
- ✚

**EVALUATION ET INDICATEURS :**

- ✚ Comptes rendus des réunions
- ✚ Bilan annuel d'activité
- ✚ Entretien individuel annuel