



ACCUEIL SAVOIE HANDICAP

Soins, rééducation fonctionnelle, enseignement, accompagnement éducatif et social

Projet de service 2025 - 2030

SAMSAH

Service d'Accompagnement Médico-Social
pour Adultes Handicapés

« ASH, une association à votre service depuis un siècle »

Conformément à la loi du 2 janvier 2002, le SAMSAH a procédé à l'élaboration de son projet de service (CASF, art. L311-8). Outil de référence pour les équipes et support de communication avec les partenaires, ce document présente le service, le public accueilli, les principes d'intervention, les axes et modes d'accompagnement. Il définit les orientations du service pour les cinq prochaines années.

Le présent projet de service a été élaboré dans une démarche participative et de concertation avec tous les membres de l'équipe selon une méthodologie qui s'est déclinée par groupe de travail, soit par corps de métier, soit de manière pluridisciplinaire selon les sujets traités.

La direction remercie l'ensemble des personnes ayant contribué à l'émergence de ce projet de service, reflet d'une activité riche et de perspectives.

Sommaire

Sommaire.....	3
I. PRESENTATION DU SAMSAH	6
1.1. Organisme gestionnaire : l'association Accueil Savoie Handicap.....	6
1.2. Présentation du SAMSAH.....	8
1.3. La situation géographique.....	11
II. LA POPULATION ACCOMPAGNEE.....	12
2.1. Caractéristiques	12
2.2. Attentes et besoins	14
III. ORGANISATION DU SERVICE	14
3.1. Processus d'accueil et d'admission	14
3.2. Modalités d'accompagnement et mise en œuvre du Projet Individualisé d'Accompagnement (PIA)	15
3.3. Processus de sortie	16
IV. OFFRE DE SERVICE.....	17
4.1. Composition de l'équipe pluridisciplinaire.....	17
4.2. Accompagnements proposés par le service.....	18
4.3. Ancrage dans l'environnement : les liens partenariaux.	29
4.4. Pilotage du service	31
V. L'AMELIORATION CONTINUE DE LA QUALITE	33
5.1. La promotion de la culture de la bientraitance et la lutte contre la maltraitance	33
5.2. La gestion des risques	34
5.3. La démarche qualité.....	36
5.4. Gestion Electronique des Documents.....	37
5.5. La démarche RSE.....	40
VI. LA GESTION DES PARADOXES.....	41
VII. ANNEXES.....	45
Annexe 1 : Projet associatif 2016-2025.....	45
Annexe 2 : RBPP en lien avec le service SAMSAH	46
Annexe 3 : Procédure de gestion des notifications ViaTrajectoire	48
Annexe 4 : Processus d'admission et parcours d'accompagnement SAMSAH toutes déficiences	49
Annexe 5 : Charte de bientraitance	52

Annexe 6 : Fiches action..... 53

GLOSSAIRE

ANESM Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des Etablissements et Services Sociaux et Médico-sociaux
APA Activités Physiques Adaptées
ARS Agence Régionale de Santé
ASH Accueil Savoie Handicap
CADA Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile
CAF Caisse D'Allocation Familiale
CASF Code de l'Action Sociale et Familiale
CD Conseil Départemental
CDAPH Commission Départementale des Droits à l'Autonomie des Personnes handicapées
CEM Centre d'Education Motrice
CHMS Centre Hospitalier Métropole Savoie
CMP Centre Médico-Psychologique
CPAM Caisse Primaire d'assurance Maladie
CPOM Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM)
CRP Centre de Reclassement Professionnel
CSE Comité Social et Economique
DGAS Direction Générale de l'Action Sociale
DGCS Direction Générale de la Cohésion Sociale
DIPC Document Individuel de Prise en charge
DUERP Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels
DUP Déclaration d'Utilité Publique
DUI Dossier Usager Informatisé
ESAT Etablissement et Service d'Accompagnement par le Travail
FEI Fiche d'Evènement Indésirable
GEM Groupe d'Entraide Mutuelle
GCSMS Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale
HAS Haute Autorité de la Santé
IDEL Infirmière diplômée d'Etat Libérale
MDPH Maison Départementale des Personnes Handicapées
PAC QGDR Plan d'Amélioration Continue et de Gestion des Risques
PACT Plateforme d'Appui et de Coordination Territoriale
PA-PH Personnes Agées Personnes Handicapées
PIA Projet Individualisé d'Accompagnement
RBPP Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles
RGPD Règlement Général sur la Protection des Données
SAAD Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile
SAMSAH Service d'Accompagnement Médico-Social pour adultes Handicapés
SAMSAH OR Service d'Accompagnement Médico-Social pour adultes Handicapés
SAVS Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
SESSAD Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile
SESSAD Dys Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile spécialisé Troubles Dys
SPIP Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation
SSR Soins de Suite et de Réadaptation
VAD Visite à Domicile

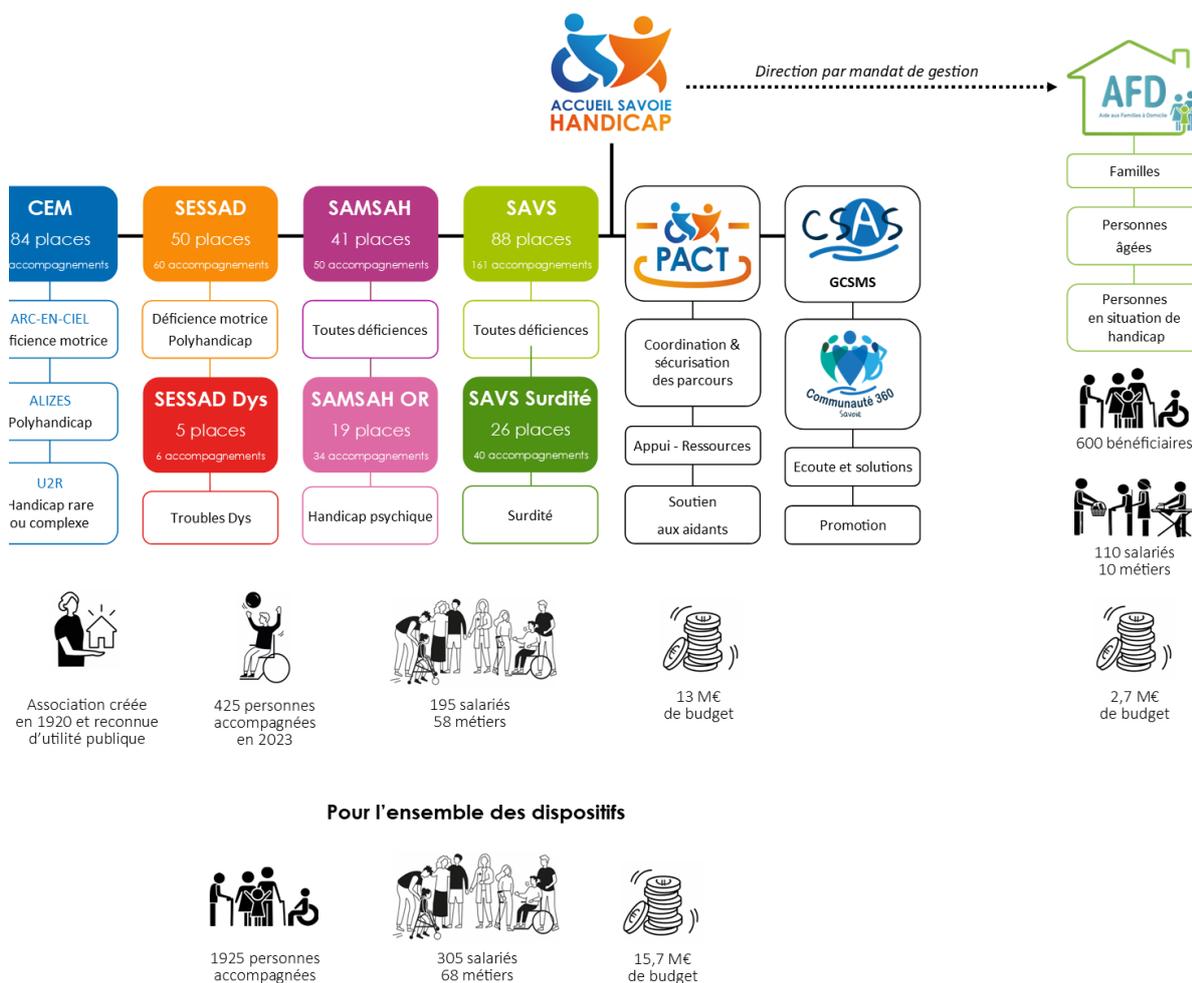
I. PRESENTATION DU SAMSAH

1.1. Organisme gestionnaire : l'association Accueil Savoie Handicap

Accueil Savoie Handicap, créée en 1920, est reconnue d'utilité publique en 1923.

Actrice du secteur privé solidaire, l'association accompagne les personnes dans leurs besoins de santé, de participation sociale et d'autonomie. Cette action globale se veut adaptée aux moyens et potentialités de chacun, dans le but de favoriser la mise en œuvre du projet de vie de la personne.

L'association est entièrement indépendante de toute appartenance confessionnelle, politique, philosophique ou autre.



Le CEM (création en 1920) s'adresse à un public d'enfants et jeunes adultes de 5 à 20 ans en situation de handicap moteur pluri et polyhandicapés. Sa capacité d'accueil est de 84 enfants répartis au sein de trois unités. 20 enfants sont accueillis dans l'unité Alizés prévue pour les enfants en situation de polyhandicap et 59 sont accompagnés au sein de l'unité Arc en ciel prévue pour les enfants pluri handicapés. Cet accompagnement se fait selon diverses modalités : internat, semi-internat et internat séquentiel. L'ouverture de l'unité régionale de répit (U2R) en mars 2016 permet désormais l'accueil simultané de 5 enfants âgés de 3 à 20 ans, en situation de handicaps rares et/ou complexes pour des séjours temporaires ou accueils de répit.

Le SESSAD (ouverture en 1992) est composé de deux unités. **Le SESSAD Déficience Motrice** dispose de 50 places et accompagne des enfants adolescents et jeunes adultes de 3 à 20 ans présentant une déficience motrice, avec ou sans troubles associés ou des enfants en situation de polyhandicap (3 places). Principalement composé de rééducateurs, le service intervient auprès des enfants pour apporter les soins de rééducations fonctionnels dont ils ont besoin. Il couvre le secteur Aix-les-Bains, Chambéry, Combe de Savoie, Avant pays savoyard et quelques zones limitrophes au département de la Savoie (Ain, Isère). **Le SESSAD Dys** a ouvert fin d'année 2021. Il dispose de 5 places et accompagne dans leur scolarité des enfants de 5 à 9 ans présentant des troubles neurodéveloppementaux dits « troubles dys ». Son secteur géographique est Chambéry et Aix-les-Bains principalement.

Le SAMSAH toute déficience (ouverture en 2010) dispose d'un agrément de 41 places depuis janvier 2022. Le service accompagne les adultes de 18 à 60 ans en situation de handicap, toutes déficiences confondues, dans leur projet de vie et plus particulièrement sur le versant soin, en coordonnant leur parcours de santé. L'équipe pluridisciplinaire est composée de référents sociaux et paramédicaux dont les actions sont coordonnées par un médecin. Son action est départementale.

Le SAMSAH orienté Rétablissement (ouverture en 2019) est co-porté avec le CHS de la Savoie et le Réseau Handicap Psychique (REHPSY). Il dispose d'un agrément de 19 places et accompagne plus particulièrement les jeunes adultes à partir de 16 ans en situation de handicap psychique. Grâce aux outils de la réhabilitation psychosociale, le service vise à favoriser le rétablissement personnel et l'inclusion sociale (logement, emploi, ...). L'équipe pluridisciplinaire est composée de référents sociaux et paramédicaux dont les actions sont coordonnées par un psychiatre. Son action est départementale.

Créé en 1990, **le SAVS** a intégré l'association en 2012. Il est composé de deux unités : **Le SAVS toute déficience** qui accompagne sur le versant social les adultes en situation de handicap dans la réalisation de leur projet de vie. La capacité du service est de 88 places. Son secteur géographique est Chambéry et son agglomération ainsi que la Combe de Savoie. **Le SAVS Surdité** a intégré l'association en 2023. Il est centré sur l'accompagnement des adultes sourds en situation complexe dans la construction de leur projet et dispose d'un agrément de 26 places. Lieu ressource surdité, le SAVS Surdité travaille en réseaux avec de nombreux partenaires.

La Plateforme d'Appui et de Coordination Territoriale (PACT) (création en 2020) a pour missions la coordination et la sécurisation des parcours des usagers (gestion liste d'attente, service de suite et actions ponctuelles de personnes orientées vers nos services, hors admission) ; l'appui-conseil aux partenaires (interventions groupe de travail, participations aux dynamiques de réseaux, formations) et le soutien aux aidants avec la mise en œuvre d'actions spécifiques (formation des aidants, Journée Nationale des Aidants).

La Communauté 360 de la Savoie est un dispositif co-porté par l'APEI de Chambéry et ASH à travers le GCSMS CSAS « Communauté au Service de l'Autonomie en Savoie ». Ses actions se déclinent sur deux volets : « Ecoute & Solution » et « Promotion ».

L'ensemble de nos dispositifs s'articulent les uns aux autres en fonction des attentes et besoins des personnes que nous accompagnons. Ils sont amenés à fluidifier leurs parcours dans un principe de subsidiarité des réponses apportées.

Le projet associatif 2016-2025 :

Renouvelé en 2016, le projet associatif met en évidence quatre valeurs portées par l'association :

- Le respect de la personne et de ses proches.
- Une bientraitance sans compromis, qui s'applique à tous.
- La recherche d'équité dans les relations entre usagers, familles, professionnels.
- La même importance accordée à toutes ses missions d'accompagnement de la santé, de l'autonomie et de la participation sociale de la personne.

Le projet associatif souligne qu'en comptant sur son expertise et sa capacité d'adaptation, l'association souhaite offrir à chacune des personnes en situation de handicap une prise en compte de toutes ses difficultés et de sa singularité. *Cf. Annexe 1 : Plaquette du projet associatif 2016-2025*

1.2. Présentation du SAMSAH

1.2.1. Historique, cadre juridique et financement

Créé en 2010, le SAMSAH ASH accompagne des personnes adultes en situation de handicap toute déficience sur l'ensemble du département de la Savoie.

Initialement doté d'un agrément de 10 places, celui-ci s'est vu étendu par la création de 20 places supplémentaires dans le cadre d'un appel à projet le 1^{er} septembre 2016 puis d'une nouvelle extension de 11 places en avril 2022.

Service d'accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (source : FINESS)	
n° FINESS	730010089
n° SIRET	77649268800051
Date d'ouverture	05/07/2010
Catégorie de l'établissement	Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH)
Mode de tarification	ARS/CD
Discipline	Médico-social
Mode de fonctionnement	Service
Clientèle	Toute déficience
Capacité financée	41 places
Nombre de journées d'ouverture	250
Couverture géographique	Départementale

Les SAMSAH sont placés sous l'autorité de contrôle conjointe de l'Etat et du Département du fait de ses missions : socio-éducatives et médicales. Le financement du service est assuré pour la partie soins par l'Assurance Maladie, sous contrôle de l'ARS (Agence Régionale de Santé), et pour la partie sociale par le Conseil Départemental.

1.2.2. Cadre légal de référence du SAMSAH

Le cadre réglementaire du SAMSAH s'appuie sur :

Les lois et décrets :

- La loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale
- La Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées
- Le Code de l'action sociale et des familles et plus spécifiquement de l'article L312-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF).
- Le décret du 11 mars 2005 relatif aux conditions d'organisation et de fonctionnement des services d'accompagnement à la vie sociale et des services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
- La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
- Le décret n° 2009-322 du 20 mars 2009 relatif aux obligations des établissements et services accueillant ou accompagnant des personnes handicapées adultes n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie
- Le décret n°2010-870 du 26 juillet 2010 relatif à la procédure d'appel à projet et d'autorisation mentionnée à l'article L. 313-1-1 du Code de l'action sociale et des familles

Le SAMSAH s'inscrit dans une dynamique territoriale au travers du :

- Schéma Régional de Santé (SRS) 2023-2028
- Schéma départemental social et médico-social unique de la Savoie. 2020-2024 (en cours de révision)
- Circulaire du 7 décembre 2023 : 50 000 nouvelles solutions et transformations de l'offre médico-sociale 2024 - 2030

Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'HAS applicables au service :

cf. Annexe 2 : RBPP en lien avec le service SAMSAH

L'activité du service est contractualisée dans le cadre du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) 2020-2025.

1.2.3. Missions du service

Les missions du SAMSAH sont prévues par le Décret n° 2005-223 du 11 mars 2005. Il précise : « Les services d'accompagnement médico-sociaux pour adultes handicapés ont pour vocation, dans le cadre d'un accompagnement médico-social adapté comportant des prestations de soins, la réalisation des missions visées à l'article D. 312-155-5 », c'est-à-dire la contribution « à la réalisation d'un projet de vie de personnes adultes handicapées par un accompagnement adapté favorisant le maintien ou la restauration de leurs liens familiaux, sociaux, scolaires, universitaires ou professionnels et facilitant leur accès à l'ensemble des services offerts par la collectivité ».

Le SAMSAH prend en charge des personnes adultes handicapées dont les déficiences et incapacités nécessitent, dans des proportions adaptées aux besoins de chaque bénéficiaire :

- Une assistance ou un accompagnement pour tout ou partie des actes essentiels de l'existence ;
- Un accompagnement social en milieu ouvert et un apprentissage à l'autonomie. Des soins réguliers et coordonnés ;
- Un accompagnement médical et paramédical en milieu ouvert.

Conformément aux dites dispositions, le projet individualisé d'accompagnement comprend les prestations suivantes :

- La reprise d'un parcours de soin pour la personne avec un accompagnement favorisant l'accès aux soins et l'information éclairée et l'effectivité de leur mise en œuvre ;
- Une coordination médicale et paramédicale en milieu ordinaire.

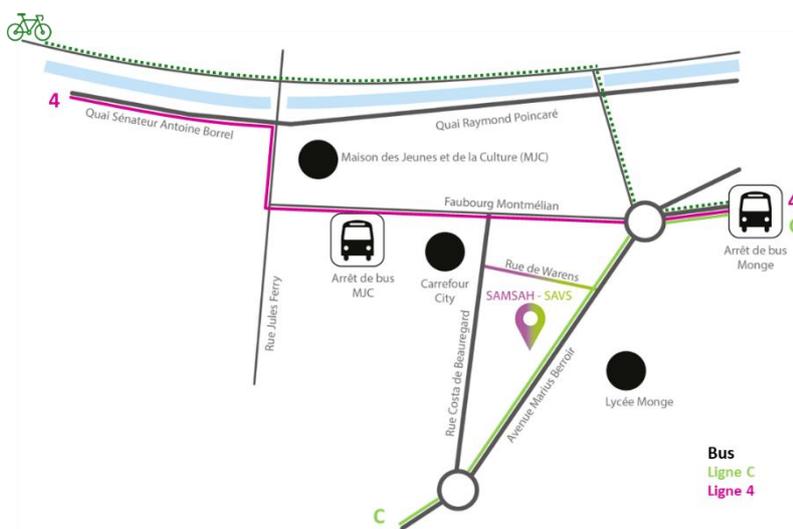
Et, comme pour les SAVS :

- L'évaluation des besoins et des capacités d'autonomie ;
- L'identification de l'aide à mettre en œuvre et la délivrance à cet effet d'informations et de conseils personnalisés ;
- Le suivi et la coordination des actions des différents intervenants ;
- Une assistance, un accompagnement ou une aide dans la réalisation des actes quotidiens de la vie et dans l'accomplissement des activités de la vie domestique et sociale ;
- Le soutien des relations avec l'environnement familial et social ;
- Un appui et un accompagnement contribuant à l'insertion scolaire, universitaire et professionnelle ou favorisant le maintien de cette insertion ;
- Le suivi éducatif et psychologique.

L'intervention du SAMSAH vise à mettre en œuvre un processus d'autonomisation progressive de la personne, d'enclencher une dynamique sociale favorisant son inclusion et sa participation. En venant consolider le domicile, le SAMSAH constitue une alternative à l'admission en établissement.

1.3. La situation géographique

Les locaux du SAMSAH se situent au 89 rue de Warens, 73000 CHAMBERY.



Situé dans l'agglomération chambérienne, au cœur de la Savoie, il permet un accès rapide sur les principaux axes routiers.

Il est facilement accessible par les transports en commun. Il dispose également de places de parking privées pour les véhicules de service et d'une place PMR.

L'emplacement est accessible pour les personnes motorisées et non motorisées ainsi que pour les professionnels qui se rendent au domicile des usagers.

Au moment de l'écriture de ce projet de service, un projet de déménagement au « 237 », Rue de la Martinière 73000 BASSENS est en cours et verra sa réalisation en juin 2025.

Le SAMSAH couvre l'ensemble du département de la Savoie.

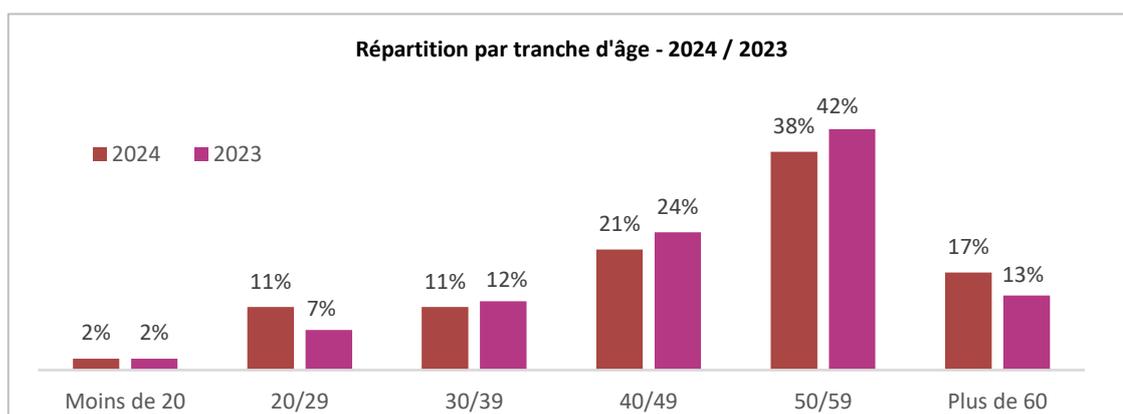
Le service est ouvert du lundi au vendredi de 9h à 17h avec une permanence sociale (accueil téléphonique et / ou physique pour répondre aux questions des personnes accompagnées) effectuée tous les jours de 17h à 18h.

II. LA POPULATION ACCOMPAGNEE

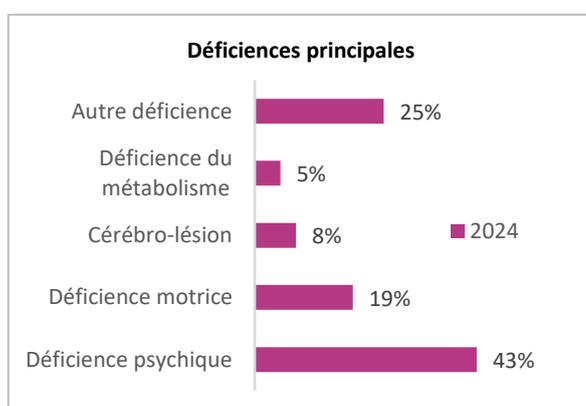
2.1. Caractéristiques

Les caractéristiques générales des personnes accompagnées par le Samsah sont les suivantes :

- L'agrément concerne un public allant de 18 à 60 ans. Un accompagnement au-delà de 60 ans est possible dès lors que la reconnaissance du handicap a été notifiée avant cet âge. Le graphique ci-dessous permet de visualiser la répartition du public par tranche d'âge sur 2023 et 2024.

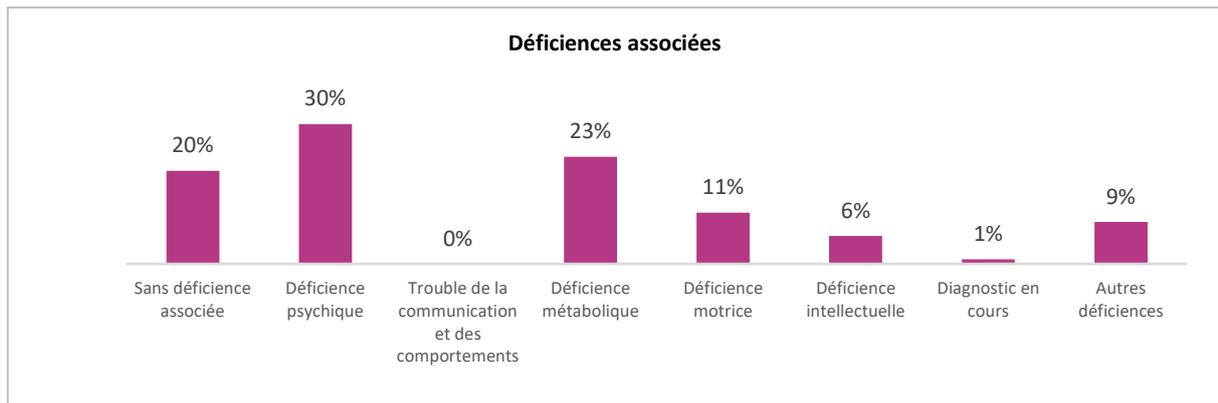


- Des personnes en situation de handicap, toute déficience confondue, vivant à domicile. Le graphique ci-dessous (données extraites sur 2024) permet de visualiser la répartition du public par déficience.



D'une année sur l'autre, la nature des déficiences principales et leur fréquence dans le service peuvent fluctuer.

Sur 2024, les autres déficiences sont principalement des troubles neurodéveloppementaux dont les troubles du spectre autistique et les déficiences sensorielles.



Constat : La diversité des handicaps est combinée la plupart du temps a des troubles associés (addictions, problématiques somatiques importantes, ...) ; ce qui amène les professionnels à devoir constamment s'adapter à un public dont les besoins (en termes de communication, de ressources partenariales sur le secteur, etc...) sont multiples.

- Un public fragilisé, qui rencontre des difficultés d'ordre médico-social.
- Un public en situation complexe, entendue comme l'accumulation de difficultés d'ordre médical, social, financière... et dont le projet de vie est le maintien à domicile mais dont l'autonomie est altérée du fait de déficiences.
- Un public pour qui la question du soin constitue le motif principal d'admission dans le service (risque de rupture ou rupture de parcours de soin, situation complexe autour de la santé du fait de pluri-pathologies, etc.).
- Un public pour qui le maintien au domicile est permis et travaillé en prenant appui sur les services, associations et prestataires de droit commun. La question du domicile s'entend ici au sens large et est protéiforme. Il peut très bien s'agir du domicile familial, d'un logement autonome, d'un logement en résidence sociale, en CADA (Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile), d'hébergement inclusif ou autre.
- Lorsque le maintien à domicile n'est malgré tout plus possible, l'accompagnement peut également viser la préparation à une entrée en établissement. Cette démarche de réorientation permet de garantir la sécurisation du lieu de vie et se fait en concertation éclairée avec la personne et son environnement proche.

Constat : Ces dernières années, le service a vu augmenter le nombre d'admissions de personnes pour qui le projet est d'emblée une orientation vers un établissement, soit du fait du vieillissement (orientation de type EPAHD), soit du fait des troubles cognitifs (orientation vers un établissement spécialisé dans la prise en charge des démences).

Le Samsah est alors sollicité pour venir renforcer le domicile le temps que l'admission en établissement soit effective. Se pose alors la question d'une *institutionnalisation à domicile* (cf. *gestion des paradoxes*)

2.2. Attentes et besoins

Afin d'objectiver les attentes et les besoins des personnes et de leurs aidants, le SAMSAH s'appuie sur la nomenclature SERAFIN-PH (Service et Etablissements : Réforme pour une Adéquation des Financements au Parcours des Personnes en situation de Handicap).

Une période d'évaluation d'une durée maximale de 6 mois suivant l'admission (cf. Code de l'action sociale et des familles) permet de mesurer les besoins et attentes de la personne accompagnée. Sur accord de la personne, cette évaluation se fait en lien avec les partenaires déjà en place et son entourage.

Ce recueil initial permet de formaliser les objectifs d'accompagnement qui seront co-construits avec la personne et validés lors de son PIA. Un tableau d'objectifs d'accompagnement spécifiant les besoins et prestations mises en correspondance servira alors de guide à l'accompagnement pour le bénéficiaire comme pour les professionnels.

En 2024, les demandes majoritaires sont :

- 72 % pour entretenir et prendre soin de sa santé (dont la question de la reprise et de la coordination du parcours de soins)
- 69 % pour vivre dans un logement (adaptation du logement aux problématiques rencontrées, et tous les actes de la vie quotidienne qui en découlent)
- 55 % pour accéder à une vie sociale (habilités sociales, activités et loisirs)
- 45 % pour une aide administrative et budgétaire (l'aide administrative étant une question récurrente, même avec la mise en place d'une mesure de protection).

Le soutien dans la reprise d'une insertion professionnelle reste très à la marge, au regard du public accompagné.

III. ORGANISATION DU SERVICE

3.1. Processus d'accueil et d'admission

Les personnes sont préalablement orientées vers le SAMSAH par notification de la Commission Départementale des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) dont relève la personne.

La procédure de gestion des notifications (*Annexe 3*) et la phase d'admission qui en découle est déclenchée dès la notification reçue dans le logiciel « Via trajectoire ».

Les personnes peuvent être reçues hors notification, soit parce qu'elles sont orientées directement par des partenaires, soit parce qu'elles ont elles-mêmes engagé des démarches pour bénéficier de plus amples informations sur notre offre de service avant toute démarche d'ouverture de droit.

La procédure d'admission définie dans le service (*Annexe 4*) a été formalisée pour fixer les différentes étapes du processus et les rôles des professionnels.

Une admission peut se faire à tout moment, en fonction des capacités d'accompagnement du service.

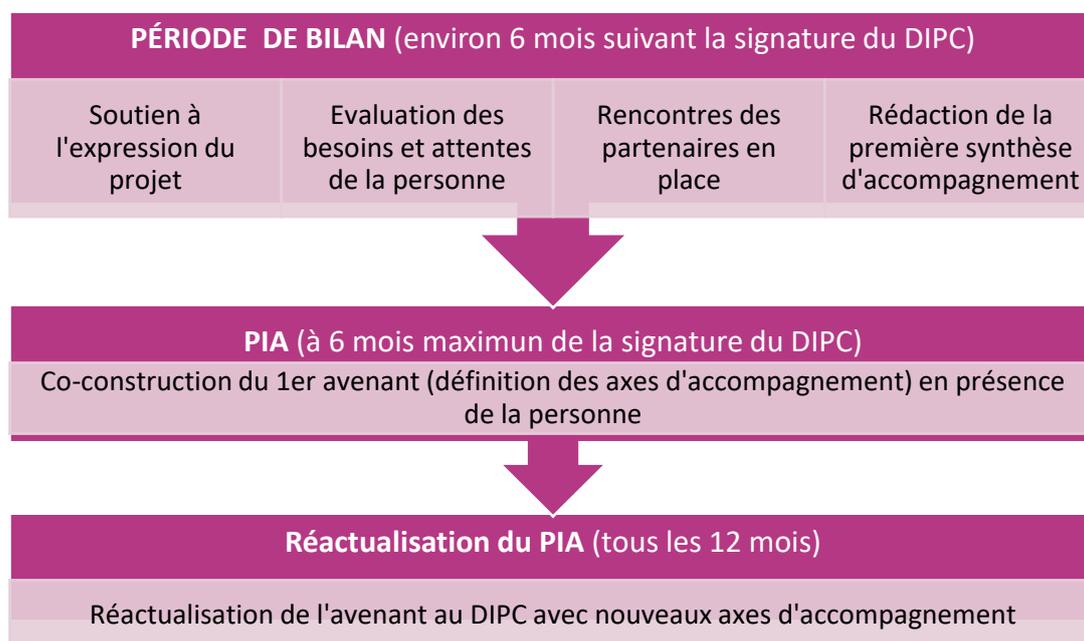
3.2. Modalités d'accompagnement et mise en œuvre du Projet Individualisé d'Accompagnement (PIA)

À la suite de l'admission de la personne dans le service, une phase d'évaluation est nécessaire aux différents professionnels et plus spécifiquement aux référents soin et social afin de mieux cerner le contexte dans lequel évolue la personne et identifier rapidement si des démarches sont à mettre en œuvre en amont de tout PIA. Cela permet également de créer une relation de confiance propice à la relation d'aide nécessaire à tout accompagnement médico-social.

A l'issue de cette période (définie dans un cadre réglementaire de 6 mois maximum), les observations et propositions d'objectifs de travail sont rédigées sous forme de synthèse remise à la personne et servent de support d'échanges et de co-construction du PIA.

Les différents temps de réunions de service (cf. tableau ci-dessous) structurent le PIA et son suivi.

Un temps d'échange institutionnalisé au sein du service en présence de la personne, de ses référents et de l'encadrement du SAMSAH, permet cette co-construction du projet. Un avenant au Document Individuel de Prise en Charge (DIPC) est alors signé, contractualisant pour un an les axes de travail déterminés conjointement pour répondre au projet de la personne. En fonction de l'évolution de sa situation, ces objectifs peuvent être réévaluer à tout moment, au travers de points d'accompagnement, qui permettent de réévaluer à l'instant T les attendus de la personne.



Le projet individualisé se coordonne autour d'outils partagés tels que le Dossier Usager Informatisé (DUI), le Dossier Médical Partagé (DMP) et une messagerie de santé sécurisée (Monsisra) pour la transmission d'informations, notamment médicales.

3.3. Processus de sortie

La sortie est une étape primordiale dans l'accompagnement qui nécessite autant que possible un temps de préparation conséquent.

En effet, la sécurisation du domicile ainsi que l'apprentissage à l'autonomie étant les missions principales du SAMSAH, l'arrêt de l'accompagnement ne peut se faire que lorsque les compétences de la personne sont évaluées comme étant suffisantes et/ou que les relais dans le droit commun ont suffisamment été pensés pour permettre un retrait progressif de l'équipe pluridisciplinaire du service dans le quotidien de la personne.

Les raisons de cette sortie peuvent être multiples :

- Projet personnel (déménagement, choix délibéré d'un arrêt d'accompagnement, ...)
- Atteinte des objectifs d'accompagnement
- Réorientation vers un dispositif plus adapté (maison de retraite, résidence, ...)
- Etc.

Les relais sont pensés au plus tôt de l'accompagnement, en lien avec la personne et son entourage.

Dans le cadre d'une réorientation, le SAMSAH assure un temps de tuilage avec le nouvel établissement, pour permettre une installation sereine de la personne dans son nouvel environnement et une transmission aux nouveaux professionnels des informations nécessaires à la poursuite de l'accompagnement.

En fonction des besoins persistants de la personne, un principe de subsidiarité existe également entre les différents services d'Accueil Savoie Handicap, dans une logique de parcours.

Un service de suite réglementaire est assuré [décret n°2009-378 du 2 avril 2009 – art. 2].

IV. OFFRE DE SERVICE

4.1. Composition de l'équipe pluridisciplinaire

4.1.1. Effectifs

Métier	Nb de personnes	ETP
Soins		
Médecin coordinateur	1	0.30
Médecin MPR	1	0.10
Infirmières	4	3.80
Ergothérapeute	1	0.50
Aide-soignante	1	0.80
Psychologue	1	0.50
Neuropsychologue	1	0.20
Kinésithérapeute	1	0.20
Diététicienne	1	0.10
Social		
Référent social (éducateur spécialisé, CESF...)	5	4.20
Enseignant APA	1	0.15
Administratif		
Secrétariat médical et administratif	2	1.20
Encadrement		
Chef de service	1	1.00

La direction des services est transversale aux différents services d'ASH ; la direction générale ainsi que les fonctions support sont transversales à l'association.

4.1.2. Missions des professionnels administratifs et d'encadrement

Fonction	Missions
Directeur.rice Général.e	Il (elle) a pour mission de mettre en œuvre les orientations stratégiques décidées par l'Association, qu'il (elle) est chargé.e de décliner de manière opérationnelle, en les consolidant et en les développant. Il (elle) coordonne le fonctionnement des établissements et services et définit les partenariats avec l'environnement en concluant les conventions nécessaires. Il (elle) assure le développement et le rayonnement de l'association.
Directeur.rice adjoint.e	Il (elle) coordonne et contrôle les activités de l'ensemble des personnels cadres et non-cadres affectés au service et s'assure de la qualité de l'action et des prestations du service. Gère les différentes commissions d'admission et est responsable des entrées et sorties dans le service. Participe, sous l'autorité du Directeur.ice Général.e, à l'élaboration du projet d'établissement et/ou service.

	Est responsable de la sécurité des personnes, des biens et des équipements Formalise la contractualisation des relations partenariales.
Chef.fe de service	En lien avec la direction, il (elle) assure la coordination du service et de son activité. Il (elle) est le garant du bon déroulement du travail et des conditions favorables à un travail de qualité des professionnels. Il (elle) est le garant de l'élaboration et de la mise en œuvre des projets individualisés. Il (elle) gère les relations partenariales en lien avec les besoins des personnes accompagnées.
Secrétaire administrative et Médicale	Il (elle) assure l'accueil physique et téléphonique des usagers et des partenaires. Met en place les processus administratifs qui permettent de suivre le parcours de la personne dans le service (réception notification – création du Dossier Usager Informatisé (DUI) et suivi des parcours administratifs). Assure une liaison permanente centrale entre tous les professionnels intervenants auprès des personnes accompagnées.
Psychologue	De par sa fonction de cadre technique, le psychologue est présent sur les différents temps de premières rencontres. Il (elle) participe de fait à la commission d'admission du service en lien avec le médecin et l'encadrement hiérarchique. Il (elle) vient en soutien aux professionnels du service, apporte des éléments de compréhension sur les situations cliniques rencontrées.
Médecin coordonnateur	En parallèle de sa fonction de coordination des actions de soins au sein du service définit plus en détail dans le projet de soin, le médecin, également cadre technique, participe au même titre que le psychologue et l'encadrement aux commissions d'admission pour évaluation des situations.

Les missions propres aux professionnels d'accompagnement seront définies en lien avec le paragraphe suivant « *Accompagnements proposés par le service* » afin de donner une application concrète des compétences professionnelles.

4.2. Accompagnements proposés par le service

4.2.1. Les fondamentaux du service

Le SAMSAH s'adresse à un public adulte, quelle que soit la déficience ou la situation de handicap (moteur, psychique, sensoriel, etc.). L'accompagnement s'adapte de fait aux différentes situations de handicap pour favoriser en premier lieu l'autonomie et le maintien à domicile.

Afin de mettre en place une relation de confiance favorisant la relation d'aide, l'équipe pluridisciplinaire s'appuie sur des principes d'accompagnement forts que sont :

- **La libre adhésion de la personne.** La part est constamment faite entre les souhaits formulés par les partenaires en place et/ou l'entourage et les souhaits réels de la personne en termes de projet de vie et d'accompagnement. Le premier temps d'évaluation s'orientera sur la compréhension de l'organisation sociale et familiale de la personne pour mieux adapter le travail d'accompagnement qui s'en suivra.

- **Le respect des choix de vie de la personne et son autodétermination.** Cela passe en premier lieu par le fait de donner à la personne des clés de lecture permettant d'aboutir à une prise de décision. En fonction des demandes formulées, le service se réserve néanmoins la possibilité de poser ses limites d'accompagnement, notamment en prenant en compte l'entrave aux libertés d'autrui et le principe de réalité.
- **L'information éclairée.** Tout accompagnement, qu'il soit social ou de soin, prend son ancrage dans une transmission d'informations claires et adaptées aux capacités de compréhension de la personne afin que cette dernière puisse retrouver sa capacité d'agir et formuler des positionnements qui lui sont propres.
- **L'« aller vers ».** Le service inscrit sa pratique dans la coordination mais aussi et surtout dans la notion d'accompagnement qui renvoie au soutien et à l'assistance. Cela implique le respect de la temporalité des personnes accompagnées et l'acceptation par les professionnels de mouvements parfois ambivalents d'adhésion et de refus à un accompagnement ESMS, sans perte du lien pour autant.
- **Le faire « avec » :** L'accent est mis sur les ressources de la personne et de son environnement pour dépasser les conséquences de la maladie ou de la situation de handicap, et permettre un changement préalable de point de vue et de posture de la personne, tel que défini dans l'approche de la réhabilitation psycho-sociale. Les professionnels peuvent néanmoins être amenés à faire « à la place de » de manière transitoire, dans l'attente de la mise en place des relais ou le temps d'un apprentissage pour la personne.
- **La prise en compte de l'entourage familial et des aidants proches.** Les familles gardent toute leur part dans l'accompagnement de leur proche, dans le respect des choix de la personne.
- **Un décroisement partenarial** au bénéfice du projet de vie de la personne et de son entourage. Au-delà de ses compétences internes, le service s'appuie sur les différentes ressources existantes dans le droit commun au bénéfice de l'inclusion.

Le projet d'accompagnement est donc par essence singulier. Il dépend du parcours de vie de la personne et du degré d'acceptation de sa situation de handicap. Il tend à restituer ou à maintenir un équilibre de vie (social, médical, professionnel, familial, ...) en évitant les ruptures.

Ce dernier s'articule autour de deux axes principaux que sont le projet de soin et le projet social, définit ci-dessous.

4.2.2. Le projet de soin

Le projet de soin vise à accompagner et coordonner les soins médicaux et paramédicaux, en lien avec les partenaires de droit commun afin de préserver, améliorer l'état de santé et l'autonomie du bénéficiaire lorsque cela est possible, et en assurer le suivi le temps de sa pérennisation. Il tend à remobiliser la personne autour des soins que sa santé requiert, en fonction de ses capacités et possibilités.

L'action des professionnels du SAMSAH se déploie dans le domaine de la santé somatique et psychique. Elle se décline notamment par :

- La mise en place ou la reprise d'un suivi de santé avec un médecin traitant et de suivis réguliers spécialisés (buccodentaire, ophtalmologique, gynécologique, ...)
- La mise en place ou la reprise d'un suivi de santé psychique (CMP, psychiatre, psychologue, ...)
- Et l'accompagnement autour d'actes de soins spécifiques (allant d'un accompagnement lors des consultations au soutien d'un parcours opératoire si besoin).

L'accompagnement aux soins vise :

- La déstigmatisation et la réassurance autour des soins.
- Le devoir d'informations éclairées et le recueil du consentement de la personne.
- Une veille et une surveillance de l'état de santé.
- Des informations sur l'hygiène de vie et la nutrition.
- Une aide à la reprise de rééducation si besoin.
- Un accompagnement à la démarche palliative, avec la possibilité de travailler avec la personne et son entourage autour des directives anticipées.
- La prévention (évaluation des risques, dépistages, hygiène).
- Un soutien psychologique ponctuel de la personne et des proches.
- Etc.

Le projet de soin fait l'objet d'une évaluation régulière par une actualisation des besoins et un ajustement des moyens mobilisés ou à mobiliser pour y répondre. Il est mis en œuvre grâce à l'articulation de plusieurs compétences professionnelles.

4.2.2.1. La coordination médicale

Le médecin coordonnateur du service oriente les équipes paramédicales du service dans leurs actions au quotidien, offre un éclairage technique aux accompagnements et coordonne la cohérence du projet de soin en interne comme en externe avec les partenaires santé. Il n'a pas pour vocation de remplacer le médecin traitant d'une personne puisque sa coordination dure le temps de l'accompagnement. Il n'est de fait pas habilité à faire des ordonnances au titre de son activité dans le service.

Le médecin coordonnateur du SAMSAH rencontre systématiquement la personne suite à son admission. Cet entretien permet d'évaluer son état de santé, ses besoins en soins et les partenaires en place ou faisant défaut. De cette première rencontre, il dégage des préconisations qu'il transmet à l'équipe pluridisciplinaire dans le respect du secret partagé, en s'appuyant sur le projet de soin global établi par le médecin traitant et les médecins spécialistes de la personne.

Il assure le lien entre les différents médecins (généralistes, spécialistes) et les membres de l'équipe, auprès de laquelle il a un rôle d'information et de conseil.

4.2.2.2. L'accompagnement dispensé par les référents soin

Le référent soin peut être un.e infirmier.e ou un.e aide-soignant.e qui accompagne la personne dans la reprise d'un parcours de santé cohérent.

L'évaluation des besoins se fait avec la personne et permet, avec accord de celle-ci de recueillir les traitements et ordonnance en cours et de faire le tri des documents médicaux en sa possession. Cette reconstitution de l'antériorité du parcours santé de la personne permet au référent soin d'étudier le dossier médical de la personne pour proposer ensuite un accompagnement centré sur ses besoins.

Une réintroduction progressive des suivis médicaux est souvent nécessaire au vu de la complexité des situations. Une priorisation des actions est alors faite en concertation avec la personne.

Le soutien du référent soin peut ainsi être de nature différente, passant par la recherche de professionnels adaptés, la mise en place des consultations externes, l'accompagnement dans les RDV médicaux programmés, la mise en place de relais type infirmières Référentes Handicap, l'explication et la transmission d'informations nécessaires à la prise de décision, de la psychoéducation, des actions de préventions, etc.

Aucun acte technique n'est dispensé par le référent soin. Si un besoin est détecté à ce niveau (ex. : gestion du pilulier, observance du traitement, soins techniques à domicile...), le référent soin se met directement en lien avec un cabinet d'Infirmiers libéraux (IDEL) pour assurer lesdites prestations.

La gestion médicamenteuse au SAMSAH

Les infirmier.es du SAMSAH ne sont pas habilités à gérer les médicaments au domicile de la personne. En cas d'impossibilité de cette dernière à prendre en charge seule cette tâche, un cabinet d'Infirmiers Libéraux (IDEL) est mis en place au plus vite, de manière temporaire ou pérenne. Les infirmier.es peuvent néanmoins soutenir au quotidien la prise de médicament au travers d'un accompagnement visant l'autonomie de la personne. Elles peuvent également, dans le cas de situations exceptionnelles prendre le relais le temps de l'intervention du cabinet d'IDEL (ex. : sortie d'hospitalisation).

Cette gestion médicamenteuse fait l'objet de procédures internes.

4.2.2.3. Le soutien psychologique

Le projet de soins tient également compte de la dimension psychique de la personne. En ce sens, le psychologue peut intervenir en étayage sur demande directe de la personne ou sur proposition d'un professionnel (SAMSAH ou partenaires extérieurs), en accord avec elle.

Les modalités d'intervention du psychologue s'adaptent alors aux besoins de la personne en termes de rythme / temporalité et de lieu (dans le service / à domicile / autre). Pour autant, cet étayage s'inscrit dans une visée de relai vers l'extérieur pour perdurer après l'arrêt du SAMSAH si besoin.

A titre illustratif, les suivis permettent de réaliser des évaluations psychologiques, de mieux gérer certains épisodes de vie, d'aborder le retentissement du handicap dans le quotidien, de réorienter les personnes vers des dispositifs de droit commun et de soutenir l'intervention de l'équipe pluridisciplinaire. Le lien partenarial avec d'autres professionnels (psychologues, médecins, assistants sociaux, etc.) est privilégié, que ce soit en milieu hospitalier, médico-social ou en libéral afin de contribuer à donner une cohérence à l'articulation des différentes actions.

Les interventions ponctuelles auprès des proches et des aidants de la personne accompagnée sont également possibles.

4.2.3. Le projet social

Le projet social constitue le second volet d'accompagnement de la personne. Sa mise en œuvre s'appuie sur les compétences de référents sociaux qui peuvent revêtir plusieurs fonctions (assistante sociale, conseiller en économie sociale et familiale, éducateur spécialisé, moniteur éducateur).

L'accompagnement social vise à :

- Faire un état des lieux de la situation sociale
 - Ouvrir et maintenir les **droits sociaux**.
 - Amener la personne à solliciter les **dispositifs de droit commun** : Assistante Sociale de secteur, France Services, CAF, CPAM, France Travail, Dispositifs de formation, recherche de bénévolat, etc...
 - Soutenir et guider dans la gestion du budget.
 - Accompagner à la mise en place d'une mesure de protection.
- Travailler avec la personne à partir de son domicile
 - Accompagner la personne à la prise d'un **logement autonome**, lorsque le projet est de quitter le domicile familial.
 - Evaluer les capacités d'**autonomie** de la personne dans la **vie quotidienne** (hygiène corporelle, préparation des repas, entretien du logement)
 - Mettre en place des aides : aides à domicile, auxiliaires de vie, livraison des repas..., en lien avec la référente PA/PH, la MDPH et le Conseil Départemental.

- Prendre en compte la dimension familiale et l'entourage proche
 - Soutenir l'exercice de la **parentalité**.
 - Développer et/ou maintenir un tissu relationnel soutenant.
 - Orienter vers des espaces de médiation.
- Favoriser la socialisation
 - Inciter la personne à fréquenter des lieux culturels et de socialisation existants dans la cité, tels que le GEM (Groupe d'Entraide Mutuelle) les centres socio-culturels, les cafés associatifs ou autres.
 - Permettre la reprise **d'activité physique** en collaboration avec l'enseignante APA du service.
 - Proposer quelques **activités collectives** adaptées en articulation avec d'autres services adultes de l'association (SAVS, SAMSAH Orienté Rétablissement).
- Travailler autour d'un projet professionnel ou de formation
 - Repérer et identifier les motivations et capacités vis-à-vis de l'emploi ou de la formation
 - Accompagner la personne à affiner son projet afin de l'orienter vers le dispositif de droit commun adapté tel que la Mission Locale Jeunes, France Travail, Cap emploi, l'Ecole de la Deuxième Chance, l'université, une entreprise de réinsertion ; ou vers un dispositif notifié par la M.D.P.H tel qu'une MISPE, un stage Eval+73, une orientation ESAT, en entreprise adaptée, en C.R.P ou autres.
- Travailler l'acquisition d'autonomie de déplacement
 - Apprendre à se déplacer en Fauteuil Roulant Electrique, en bus, à vélo, en train, à pied, à se repérer dans la cité.
 - Accompagner la personne pour accéder à un service de transport adapté.
 - Accompagner la personne dans les démarches pour accéder au permis de conduire.
- Assurer une coordination partenariale. Le projet social se construit en appui sur un réseau de partenaires existants et/ou à mettre en place (MDPH, référents PA/PH, mandataires judiciaires, coordinatrices de services à domicile, assistants sociaux de secteurs ou d'établissements, référents logement, le SPIP, SaVoie de Femme, etc.)
- Elaborer/réaliser des **écrits professionnels** tels que les synthèses, les bilans de fin d'accompagnement et de réorientation destinés à la MDPH, les argumentaires pour l'ouverture de droits ou pour trouver une place en structure.

Le projet social se fonde sur une écoute active, être auprès de la personne sans toujours être dans le « faire ». Il inclut d'être attentif aux signes de mal-être, d'angoisse comme aux signes d'apaisement et de mieux-être. Il vise à soutenir les élans, accompagner les changements mais aussi accepter parfois que rien ne bouge et respecter l'équilibre de vie déjà présent.

La rédaction du projet social s'établit au regard du public, dans une adaptation constante des professionnels au parcours de vie de la personne (vieillesse / insertion sociale / précarité, etc.)

Le domicile et les interventions sociales au SAMSAH

Le domicile permet de mieux connaître les habitudes de vie de la personne, de repérer ses capacités, ses difficultés. Le référent social s'applique à respecter la manière d'habiter de la personne tout en veillant à ne pas la laisser dans une situation dégradante. Il travaille à mettre en place les aides suffisantes pour le maintien à domicile.

La régularité et la souplesse des visites à domicile (VAD) permettent de créer un lien de proximité et une connaissance fine de la personne desquelles découle une relation de confiance. Ainsi, les professionnels peuvent ajuster leur accompagnement en tenant compte du moment le plus opportun pour la personne. En fonction, ces derniers peuvent resserrer ou distancier leurs interventions.

Lorsque les conditions de vie à domicile n'assurent plus ni sécurité, ni décence, le référent social travaille avec la personne autour d'un projet de réorientation.

4.2.4. Les actions complémentaires du service

En parallèle aux accompagnements faits par le binôme de référents, l'offre du service est complétée par un certain nombre de professionnels, dit professionnels « ressource ».

Ces derniers sont sollicités pour répondre à des besoins spécifiques et ponctuels des bénéficiaires venant renforcer l'action du service dans la mobilisation de la personne.

4.2.4.1. Adaptations de l'environnement et outils de compensations

Le service bénéficie d'une ergothérapeute dont le rôle est d'évaluer les conséquences de la déficience dans les actes de la vie quotidienne. Les possibilités d'interventions sont les suivantes :

- Aide à la mise en place des **aménagement du domicile et de l'environnement** afin de favoriser l'accessibilité et l'autonomie des usagers dans leur vie quotidienne.
- Information et préconisation du **matériel** pour permettre le maintien à domicile dans un maximum de confort et de sécurité et accompagnement la personne dans les démarches d'acquisition (rédaction argumentaire MDPH).
- Articulation avec les ergothérapeutes du sanitaire (notamment en amont ou en aval des séjours programmés type Soins de Suite et de Réadaptation (SSR)) pour coordonner et poursuivre les actions des différents prestataires à domicile (revendeurs, appareilleurs...).
- Mise en place **d'outils de structuration** de l'environnement (calendrier, timer...)
- Sensibilisation et **formation des familles**, aidants et autres intervenants à domicile sur les spécificités du handicap et les stratégies d'accompagnement les plus adaptées (utilisation et manipulation du matériel).

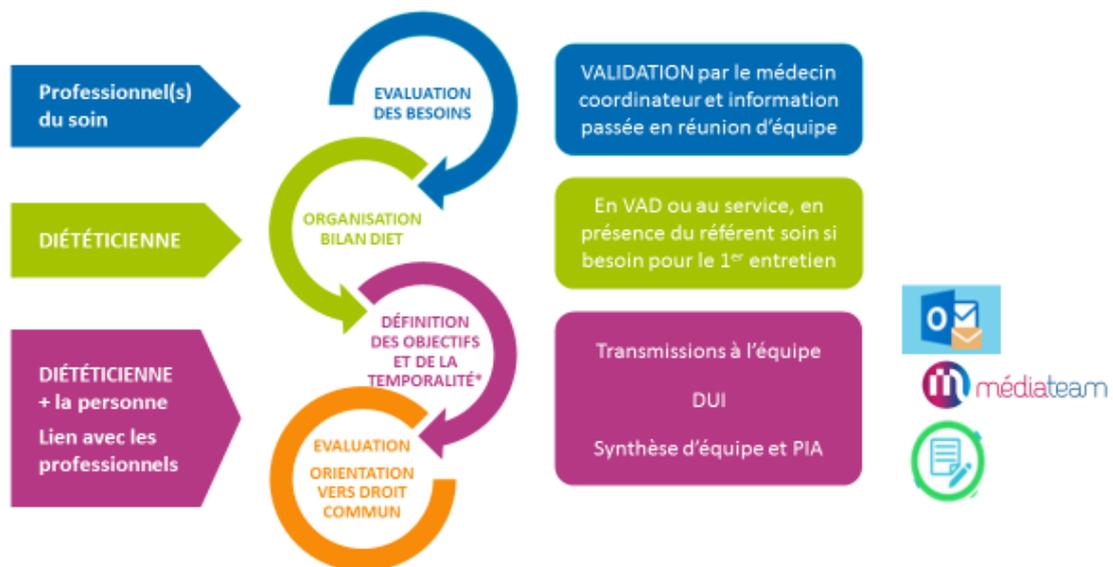
4.2.4.2. La psychoéducation nutritionnelle

Cette question est plus particulièrement portée par la diététicienne mais est également par les référents au cours de l'accompagnement.

Le(a) diététicien.ne intervient sur demande du référent soin et validation du médecin coordonnateur. Il (elle) fonctionne par cycle composé d'une séance bilan et de 4 séances de guidance autour d'une thématique spécifique définie avec la personne. Plusieurs thèmes peuvent être travaillés au cours de l'accompagnement. Voici quelques illustrations :

- **Accompagnement à l'autonomie** : aide à la préparation des repas et gestion des courses en fonction des capacités de chaque personne.
- **Prise en charge nutritionnelle** : suivi personnalisé pour lutter contre la dénutrition, le diabète et les pathologies chroniques.
- **Accompagnement post-hospitalisation** : soutien adapté pour favoriser une récupération nutritionnelle optimale après une hospitalisation.
- **Gestion des troubles du comportement alimentaire** : accompagnement spécifique, qu'ils soient diagnostiqués ou non, pour améliorer la relation à l'alimentation.
- **Travail sur les sensations alimentaires** : aide à la reconnaissance et à la compréhension des signaux corporels liés à la faim et à la satiété.

La promotion de l'autonomie et la responsabilisation de la personne sont visées afin d'engager cette dernière dans une démarche active, favorisant son implication dans son propre parcours de soins. Les modalités pour solliciter la diététicienne sont les suivantes :



*1 séance bilan (définition des axes) + 4 séances ETP maximum par thèmes (recettes, budget alimentaire, plan alimentaire pathologie,...)
Plusieurs thèmes peuvent être travaillés par personne accompagnée.

Si au-delà des cycles proposés, un besoin de suivi à plus long terme se fait ressentir, une orientation vers le droit commun est préconisée.

4.2.4.3. L'étayage des troubles cognitifs

Au travers de la passation de bilans neuropsychologiques, l'objectif est de mettre en avant les capacités cognitives (mémoire, attention, langage, cognition sociales, ...) de la personne afin de lui apporter une meilleure compréhension de son fonctionnement. La connaissance des répercussions des troubles de la personne, au quotidien, va permettre d'ajuster l'accompagnement au plus proche de ses besoins. L'évaluation permet ainsi la mise en place :

- De stratégies, en s'appuyant sur les points forts de la personne,
- D'outils de compensation pour pallier les difficultés qu'elle peut rencontrer dans la vie de tous les jours,
- D'une psychoéducation auprès de la personne et de ses proches

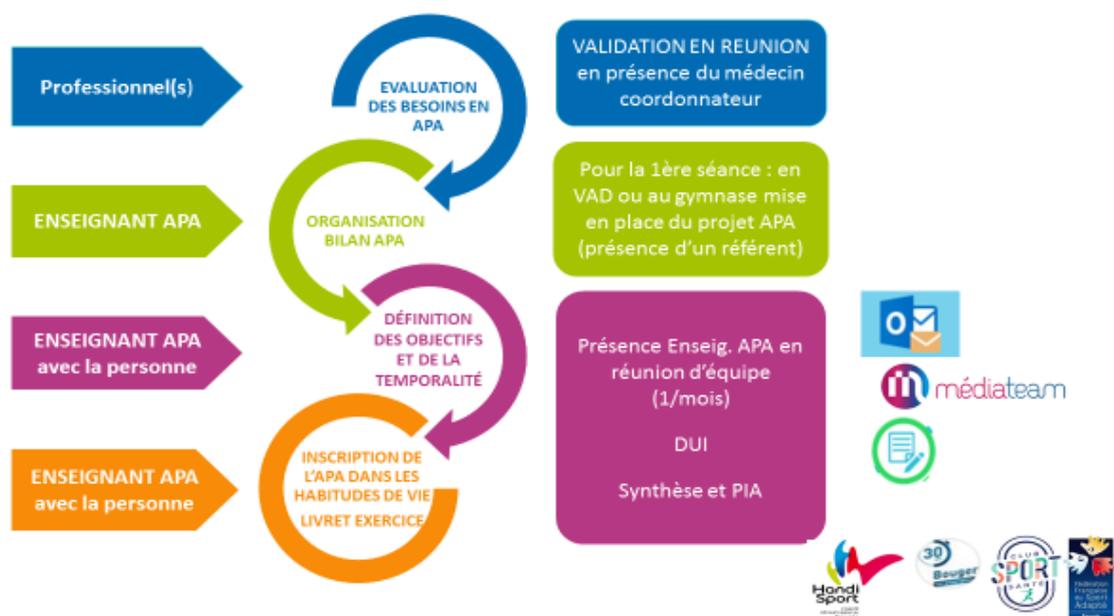
Le(a) neuropsychologue du service apporte également un soutien auprès de l'équipe en sensibilisant les professionnels dans la compréhension des troubles cognitifs (troubles du neuro-développements, troubles neurodégénératifs, ...).

4.2.4.4. Les Activités Physique Adaptées (APA)

L'éducateur(rice) APA intervient sur demande des référents et validation du médecin coordonnateur. Sa mise en œuvre dépend de l'obtention d'un certificat médical rempli par le médecin traitant de la personne. Les séances proposées peuvent être individuelles ou collectives en fonction des objectifs visés.

Après évaluation des capacités et de la condition physique de chaque personne accompagnée un projet d'activité physique adaptée est élaboré, en tenant compte des indications et contre-indications médicales.

Les modalités de mises en œuvre de l'APA sont les suivantes :



Une réorientation et un accompagnement de la personne vers une pratique sportive au sein des dispositifs de droit commun (clubs sportifs, dispositif APA...) est possible par la suite.

L'activité physique

L'activité physique est définie comme « tout mouvement corporel produit par la contraction des muscles squelettiques entraînant une dépense énergétique supérieure à celle de repos ». Elle est caractérisée par sa durée, son intensité, sa fréquence et sa modalité de pratique et peut être effectuée dans le cadre des loisirs, sur le lieu de travail, pour se déplacer ou lors des activités de la vie domestique (le sport n'en représente donc qu'une faible partie).

La marche, le vélo, le jeu actif, la pratique sportive, le ménage, le jardinage, le bricolage, sont des exemples d'activités physiques.

L'activité physique est reconnue pour tous ses bienfaits de prévention de l'obésité, de l'hypertension, des maladies cardiaques et vasculaires, mais aussi dans l'amélioration de la santé mentale, la santé cognitive, le sommeil.

4.2.4.5. *L'appui conseil à la rééducation motrice*

Le service dispose d'un temps de kinésithérapeute qui informe et conseille la personne et son entourage dans le cadre du projet de soins. Elle met en place, sur indication médicale, un suivi kinésithérapique visant dans un premier temps à effectuer un bilan kinésithérapique, afin d'orienter et d'accompagner ensuite la personne vers une prise en charge dans le droit commun ou en structure, selon son projet.

Le(a) kinésithérapeute du SAMSAH crée et maintient un lien avec les kinésithérapeutes libéraux dans le suivi des usagers, effectuée au besoin des bilans pré et post-toxines en lien avec les cabinets libéraux et les centres de rééducation.

Il(Elle) propose et crée des fiches d'exercices et de renforcement pour les personnes concernées, favorise le lien avec les éducateurs sportifs, visant à la remise en activité physique en fonction des capacités de chacun. En ce sens, le(a) kinésithérapeute participe également aux activités collectives d'APA en binôme avec l'éducateur sportif du service pour aider ce dernier dans un programme de remise en mouvement adapté.

4.2.5. *Focus sur des accompagnements spécifiques au sein du service*

4.2.5.1. *Les approches non médicamenteuses*

Les approches non médicamenteuses sont un ensemble des techniques qui ont pour objectifs le traitement et/ou le soulagement de certains symptômes, l'amélioration de la qualité de vie, la recherche d'un état de bien-être et la prévention de la iatrogénie. Les professionnels du SAMSAH ont intégré cette approche dans la manière de concevoir leurs accompagnements.

A titre d'exemples, les APA, la remise en mouvement, la balnéothérapie (présente au sein du Centre d'Education Motrice d'ASH), le soutien psychologique, la diététique, la relation sociale sont des illustrations possibles d'approches non médicamenteuses au sein du service.

4.2.5.2. *La démarche palliative à domicile*

Au cours des dernières années, le service a accompagné un certain nombre de personnes dont la problématique incluait la démarche palliative, dont la fin de vie (vieillesse, maladies chroniques, évolutives).

Cet axe d'accompagnement est mené dans le respect des choix formulés par la personne et/ou de ses proches, en favorisant la coordination des intervenants extérieurs déjà présents et la mise en place des dispositifs les plus adéquats (HAD, réseau d'accompagnement des personnes en fin de vie, unités hospitalières de soins palliatifs, etc.).

A ce titre, les directives anticipées peuvent servir de support à l'accompagnement et être travaillées au sein même du service avec la personne concernée et les référents soins. Les volontés ainsi recueillies servent de ligne de conduite des professionnels tant dans la mise en œuvre de soins spécifiques que dans le refus de soins. Quoi que décide la personne, la notion de dignité est toujours au centre de l'accompagnement mené.

Dans une visée d'étayage des professionnels, un conventionnement avec l'équipe Mobile de Soins Palliatifs du CHMS a été signée.

La dignité dans les accompagnements palliatifs à domicile

Sans cesse confronté à cette notion dans le champ des interventions médico-sociales, la question de la dignité renvoie plus particulièrement à une éthique de travail dans l'altérité ; c'est-à-dire une posture professionnelle qui incite à l'écoute, à la compréhension des personnes accompagnées, au respect de leurs droits et de leurs volontés. C'est une réflexion permanente en équipe pluridisciplinaire pour considérer les demandes des personnes et de leur entourage en favorisant leur intégrité physique et morale.

Les accompagnements de personnes en soins palliatifs à domicile en sont probablement l'illustration la plus parlante. Le professionnel travaille alors en constante tension entre recherche d'une qualité de vie pour la personne, sans jugement, en privilégiant l'information éclairée et ce que la question palliative renvoie parfois en termes d'abandon de soi, de dégradations physiques et psychiques. La notion de dignité est alors un fil conducteur qui se co construit avec la personne et son entourage.

4.2.5.3. *Le soutien aux aidants*

Le versant des aidants au sens large (aidants familiaux, proches aidants...), a été pleinement intégré à la pratique du service, dans la dimension systémique qu'il revêt. En effet, imaginer que la personne puisse travailler et mettre en œuvre un projet de vie sans lien avec son entourage est illusoire.

Le SAMSAH va donc s'atteler, dès le démarrage de l'accompagnement, à comprendre les interactions que la personne entretient avec sa famille et son environnement avec le postulat de base que l'accompagnement du service étant temporaire, la présence des aidants (s'il y en a) est de fait à renforcer. Pour ce faire, les actions du SAMSAH à destination des aidants peuvent être de natures diverses :

- Des actions de discussion et de médiation entre la personne et son entourage dans une visée de compréhension et d'investissement du projet de cette dernière ;
- Des informations et formations permettant aux aidants de monter en compétences autour des difficultés de leurs proches ;
- Des propositions et orientations vers des associations de soutien et des lieux de répit ;
- La mise en place de prestataires ou intervenants externes auprès de la personne qui permettent de décaler le rôle de l'aidant ;
- Etc.

La question des aidants peut de fait être intégrée et réfléchiée dans le cadre du PIA de la personne.

4.3. Ancrage dans l'environnement : les liens partenariaux.

Différents types de liens partenariaux sont engagés au sein du service :

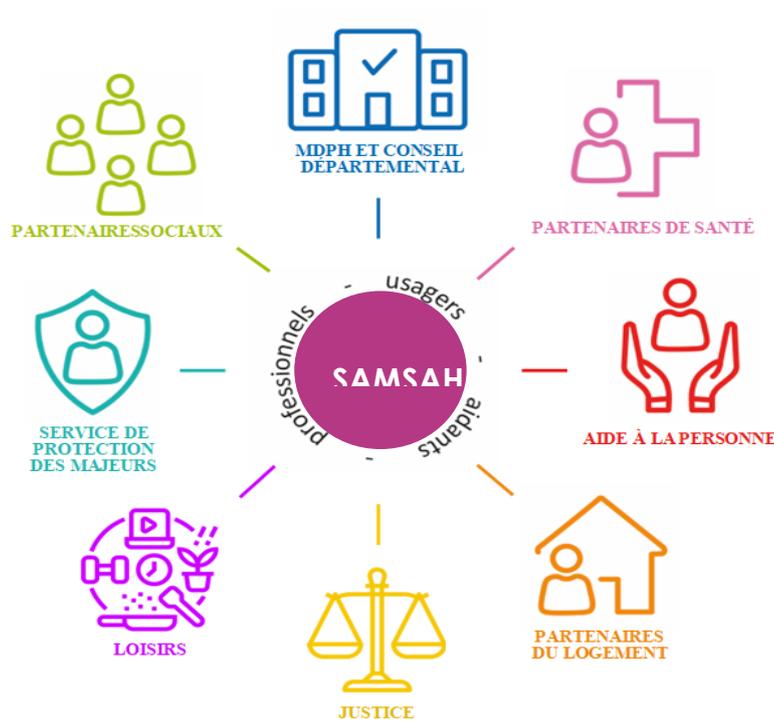
- Les liens partenariaux dit usuels.
- Ceux qui s'inscrivent dans une dimension d'interconnaissance et d'appui ressource sur le territoire.

Liens usuels autour d'une situation d'accompagnement. Afin de mettre en place les prestations et relais dont la personne a besoin pour mettre en œuvre son projet, d'anticiper les ruptures de parcours et compléter l'offre d'accompagnement, le SAMSAH travaille avec un tissu partenarial dense qui concerne tous les acteurs sociaux ou de santé du territoire.

Le partenariat consiste alors à se mettre en lien avec les acteurs afin d'engager un travail commun. Il est nécessaire que chaque acteur puisse se rencontrer pour avoir une connaissance réciproque des intervenants et avoir une vision globale de la situation ; et ce d'autant plus que chacun a ses propres missions, rythmes et contingences. Rassembler les différents partenaires autour d'une situation permet d'organiser une collaboration qui soient la plus cohérente possible dans le cadre de l'accompagnement de la personne.

Les interventions du SAMSAH s'inscrivent et s'articulent ainsi avec les ressources en présence dans l'environnement de la personne, qu'il s'agisse d'acteurs spécialisés comme d'acteurs du droit commun. Les référents veillent à la régularité de ces échanges.

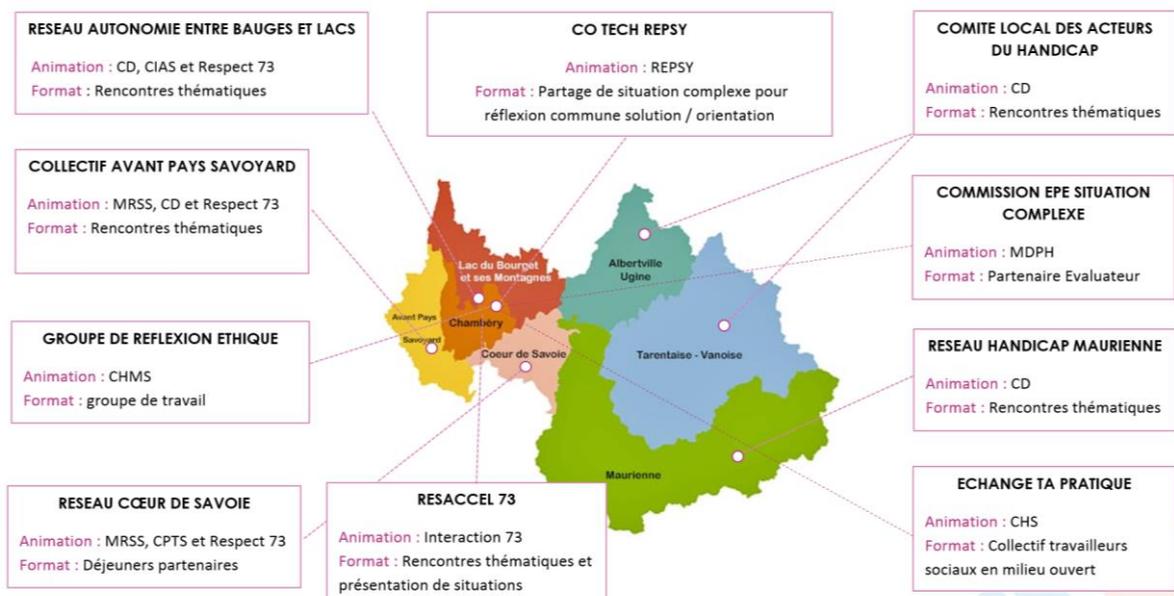
Le schéma partenarial ci-dessous en reprend les principaux secteurs :



Dynamique territoriale. Le service s'engage également dans une démarche d'appui ressource auprès des partenaires en s'inscrivant dans différents groupes de travail et réseaux, COTECH et autres.

La carte ci-après reprend ainsi les différents groupes de travail dans lesquels s'inscrit le SAMSAH. Cette liste n'est pas exhaustive et peut évoluer dans le temps.

REPRESENTATION TERRITORIALE - SAMSAH



La réflexion éthique au sein du service

En plus des analyses des pratiques, le service s'inscrit dans une démarche de réflexion éthique autour des situations rencontrées.

Au quotidien et notamment lors des réunions d'équipe, des temps sont alloués afin d'aborder des situations cliniques suscitant un questionnement de la part des professionnels. Cela permet de mener une réflexion autour du positionnement de l'équipe dans un accompagnement, un partage d'expérience, une recherche de leviers (professionnels en interne ou partenaires extérieurs) pour faire évoluer une situation et plus largement prendre du recul dans un suivi.

Au-delà des compétences en interne, le service se donne la possibilité de recourir à des ressources extérieures (expertise partenariale, équipes mobiles, ...) pour aborder des situations complexes (refus de soin, évolution de l'état psychique ou somatique, etc.).

Dans la volonté d'élargir cette pratique réflexive à d'autres contextes, certains professionnels participent au comité éthique du CHMS.

4.4. Pilotage du service

4.4.1. Modalités de fonctionnement, de régulation et d'encadrement au sein du service

Type de réunion	Objectifs	Personnel concerné	Fréquence
Réunion d'équipe	Elaboration pluridisciplinaire des situations d'accompagnement. Echange autour de situation complexe Ajustement des postures professionnelles Transmission des informations institutionnelles et de fonctionnement	Chef.fe de service Equipe pluridisciplinaire	Hebdomadaire
Réunion de synthèse	Présentation orale d'une synthèse écrite de l'utilisateur et de l'accompagnement réalisé et à venir. Analyse en équipe. Préparation du PIA (modalités d'accompagnement). Formaliser une synthèse écrite qui sera transmise à la personne	Chef.fe de service Médecin Psychologue Professionnels concernés par la situation	1 fois par an et par usager
Projet Individuel d'Accompagnement (PIA)	Recueil des souhaits et besoins de la personne.	L'utilisateur, son représentant légal et la personne de son choix, Chef.fe de service, Référents	1 fois par an (et plus si besoin)
Réunion de concertation partenariale (RCP)	Information réciproque, coordination, harmonisation et ajustement des pratiques d'accompagnement des différents partenaires de la personne.	Personnes accompagnées, Partenaires, chef.fe de service Professionnels concernés par la situation	En fonction des besoins repérés
Réunion paramédicale	Mise en œuvre des préconisations médicales et paramédicales. Temps de transmission et de coordination des soins.	Médecin coordonnateur Chef.fe de service Equipe paramédicale élargie Psychologue Secrétaire médicale.	Bi-mensuelle
Réunion médicale	Eclairage médical sur les situations cliniques des personnes accompagnées Coordination des actions engagées et à venir	Médecin coordonnateur Référentes soin	Bi-mensuelle

Type de réunion	Objectifs	Personnel concerné	Fréquence
Réunion point référents	Suivi du PIA	Chef.fe de service, Référents soin et social concernés par la situation Personne ressource si besoin	Hebdomadaire (par binôme d'accompagnement)
Analyse des pratiques Professionnelles (APP)	Réflexion, autour des pratiques professionnelles	L'équipe d'accompagnement.	Mensuelle
Réunion pluridisciplinaire	Amélioration du fonctionnement du service Retex (retour d'expérience)	Direction Chef.de service Equipe pluridisciplinaire	Tous les mois et demi
Réunion file active	Prise de décision sur les admissions à venir	Direction Chef.de service Psychologue Médecin coordonnateur	Mensuelle
Réunion d'encadrement	Repérage, analyse, réajustement des fonctionnements et dysfonctionnements du service. Evocation les situations d'accompagnement nécessitant un regard croisé. Point sur la file active et l'activité	Direction Chef.fe de service	Hebdomadaire

4.4.2. Modalités de régulation et d'encadrement au niveau associatif

Type de réunion	Objectifs	Personnel concerné	Fréquence
Réunion institutionnelle	Présentation et échanges sur les informations générales associatives.	Professionnels des établissements et services de l'association. Direction générale Bureau	Annuelle
Comité stratégique (COSTRAT)	Élaboration, partage, information de l'encadrement hiérarchique, technique et fonctionnel sur les orientations stratégiques de l'association, des établissements et services. Favorisation de la transversalité des actions, coopérations et mutualisation internes et externes. Construction et entretien d'une culture commune de pilotage et de management.	Ensemble des cadres hiérarchiques et techniques de l'association. Direction générale	Mensuelle
Réunion Ressources humaines	Information, et communication avec les chefs de service sur diverses thématiques RH : juridiques, sur la formation, les relations sociales, etc...	DRH, Direction Chefs de service associatifs	Mensuelle
Comité de pilotage Qualité (COFIL Qualité)	Point sur les remontées des fiches d'événements indésirables et traitement. Amélioration de la démarche qualité et prévention des risques.	Responsable qualité Médecin CEM Chefs de service associatifs Direction adjointe et direction générale	Mensuelle
Comité de direction (CODIR)	Suivi de l'activité Point gouvernance services et établissement	Direction générale Direction adjointe (CEM et services)	Mensuelle
Cellule Opérationnelle de Crise et du Risque Infectieux et Sanitaire (COCRIS)	Anticipation, prévention et réaction associative face aux différents risques infectieux et sanitaires	Responsable qualité Médecin CEM Direction adjointe et direction générale	Tous les mois et demi (plus si besoin)
APP cadre / APP psychologues	Analyse des pratiques professionnelles dans le cadre de ses fonctions	Chef.fes de services Psychologues de l'association	Mensuelle

V. L'AMELIORATION CONTINUE DE LA QUALITE

5.1. La promotion de la culture de la bientraitance et la lutte contre la maltraitance

L'association est engagée dans une démarche de bientraitance collective visant à identifier l'accompagnement le meilleur possible pour la personne, dans le respect de ses choix et dans l'adaptation la plus juste à ses besoins.

La bientraitance réunit les points suivants :



Elle se décline sur tous les établissements et services au travers du projet associatif et des différents projets de service. (*Annexe 5 : Charte de Bientraitance*).

Au sein du SAMSAH, les personnes bénéficient d'un accompagnement à domicile. Ces modalités d'intervention confèrent aux pratiques des professionnels un devoir d'articulation constant entre posture professionnelle de respect et réflexion éthique. De nombreux textes de références servent de supports à cette démarche :

- Recommandation de bonnes pratiques de l'ANESM de juillet 2008 : « La bientraitance, définition et repères pour la mise en œuvre ».
- Synthèse Recommandation de bonnes pratiques de l'ANESM de juillet 2012 : « La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre ».
- Recommandation de bonnes pratiques de l'ANESM d'avril 2009 : « Mission du responsable de service et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance à domicile ».
- Instruction ministérielle DGAS/2A/2007/112 du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance.
- Circulaire DGAS/2A n°2010-254 du 23 juillet 2010 relative au renforcement de la lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des personnes handicapées et au développement de la bientraitance dans les établissements et services sociaux relevant de la compétence de l'ARS.
- Guide de la DGCS de janvier 2009 « Gestion des risques de maltraitance pour les services d'aide, de soins et d'accompagnement à domicile ».

Ces ressources littéraires sont complétées par :

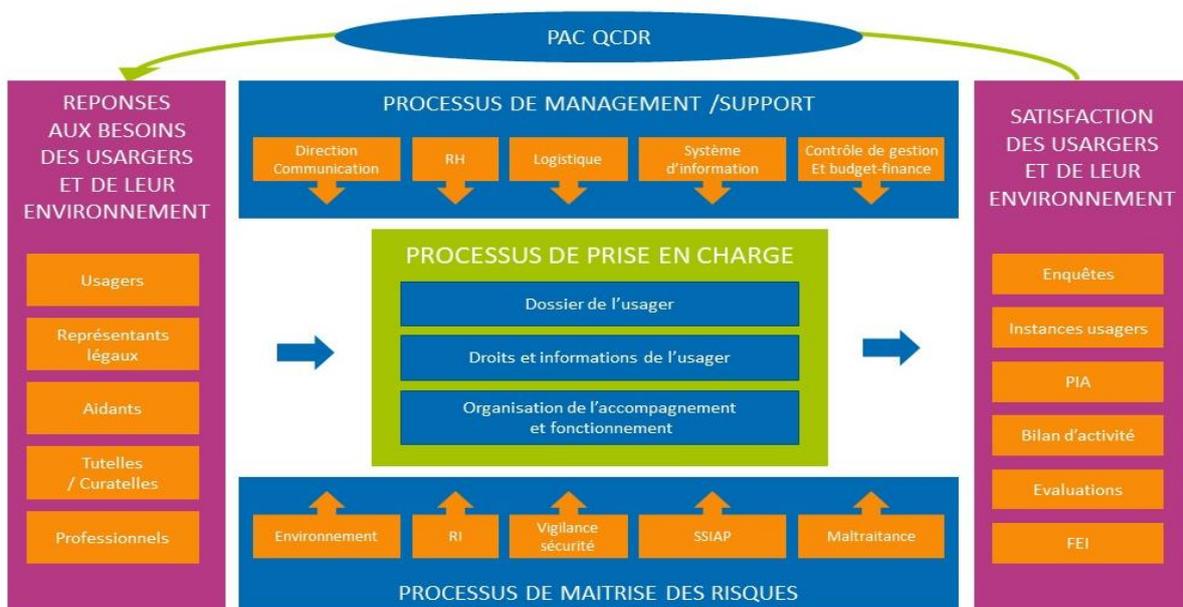
- Le plan de formation continue qui intègre une formation sur la bientraitance pour les professionnels, et en particulier les nouveaux arrivants, afin de mentionner les moyens de repérage des risques de maltraitance et met également en œuvre des formations individuelles ou collectives adaptées aux spécificités des publics accompagnés pour une meilleure reconnaissance et prise en compte de leurs besoins.
- Une analyse des pratiques professionnelles dispensée auprès de l'équipe pluridisciplinaire.
- La mise en place de RETEX (REtour d'EXpérience) pour analyser avec l'équipe d'encadrement les situations exceptionnelles qui se présentent aux professionnels lors des accompagnements afin d'en générer des bonnes pratiques partageables.
- La participation de certains professionnels au comité éthique du CHMS.

Les modalités de signalements et de traitement des signalements de maltraitance sont définies dans la « Procédure de signalement et de traitement des situations de violence et de maltraitance ». Cette procédure est en lien avec la « Procédure de signalement et de traitement des événements indésirables graves », les faits et suspicions de maltraitance relevant des événements indésirables graves.

5.2. La gestion des risques

5.2.1. Approche processus

L'approche processus développée ci-dessous permet d'identifier les besoins des personnes accompagnées et de s'assurer que l'ensemble de l'organisation mise en place contribue à leur satisfaction.



RI : Risques infectieux, SSIAP : Service de sécurité incendie et d'assistance à personnes
 Evaluations : audits, évaluations internes et externes, évaluations partenaires

Cette modélisation qualicienne, a permis d'apporter une méthode et une structuration à la démarche de management Qualité et Gestion des Risques (QGDR) développée. Le processus de management et de support et le processus de maîtrise des risques sont orientés tous deux vers le processus de prise en charge. Cette organisation permet d'améliorer la lisibilité des actions menées et de modeler notre organisation au bénéficiaire de l'accompagnement.

Chaque processus est divisé en sous-processus pour lesquels :

- un suivi de l'efficacité de leur organisation est réalisé au sein du Comité de PIlotage (COPI) qualité.
- une analyse de la performance est faite via des indicateurs tels que les enquêtes de satisfaction, les évaluations et auto-évaluations, les audits, le suivi et la gestion des événements indésirables, etc.
- des axes d'amélioration sont définis si besoin et formalisés au travers de notre Plan d'Amélioration Continue Qualité et Gestion Des Risques (PAC QGDR).

5.2.2. Place des événements indésirables, plaintes et réclamations dans la gestion des risques

Le suivi des événements indésirables (dont événements graves) et des plaintes et réclamations contribue à la démarche de gestion des risques a pour objectif d'assurer la sécurité des personnes accompagnées par l'association. À la suite de la réalisation d'une fiche d'évènement indésirable (signalé par les professionnels) ou à la suite de la formulation d'une plainte ou réclamation (de la part d'une personne accompagnée ou famille), l'incident signalé est analysé et des solutions sont mises en place afin de réduire la fréquence et/ou la gravité d'évènements similaires.

Des procédures internes relatives à la gestion des événements indésirables (EI), événements indésirables graves et plaintes et réclamations sont mises en œuvre.

Un bilan annuel des événements indésirables (incluant les événement graves et actes ou suspicions de maltraitance) est réalisé annuellement dans le rapport d'activité de l'association. Il est complété d'une affiche d'une synthèse des EI sur l'année.

Si la personne accompagnée (ou son représentant légal) n'est pas satisfaite de la réponse apportée à sa plainte ou réclamation, elle peut saisir la commission de relation avec les usagers, une instance interne mise en place au niveau associatif ou la personne qualifiée indépendante de l'association et nommée au niveau départemental. Ces éléments sont mentionnés dans le livret d'accueil du service.

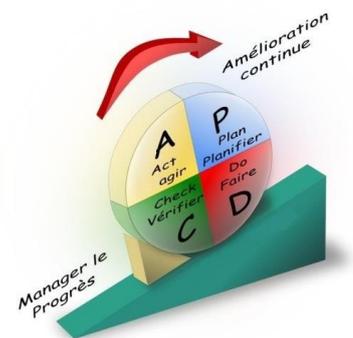
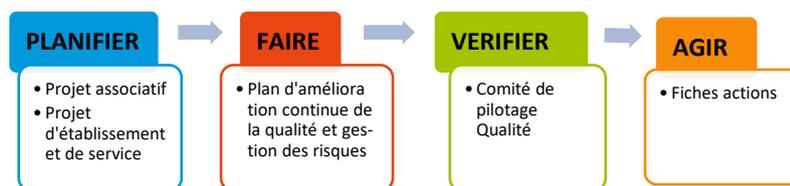
5.3. La démarche qualité

Au-delà du principe réglementaire, depuis 2012, Accueil Savoie Handicap s'est engagé dans le développement d'une démarche d'amélioration continue de la qualité. Forts du constat de l'impact qu'un tel engagement a sur la qualité de nos accompagnements, nous n'avons cessé de la développer en impliquant l'ensemble du personnel et en portant une grande attention aux démarches d'évaluations, mais également en développant des audits de pratiques.

Les objectifs de la démarche QGDR intègrent les objectifs de la loi 2002-2 :

- Améliorer la satisfaction des personnes en répondant à leurs attentes/besoins
- Optimiser la performance des établissements et des services pour atteindre les objectifs fixés.

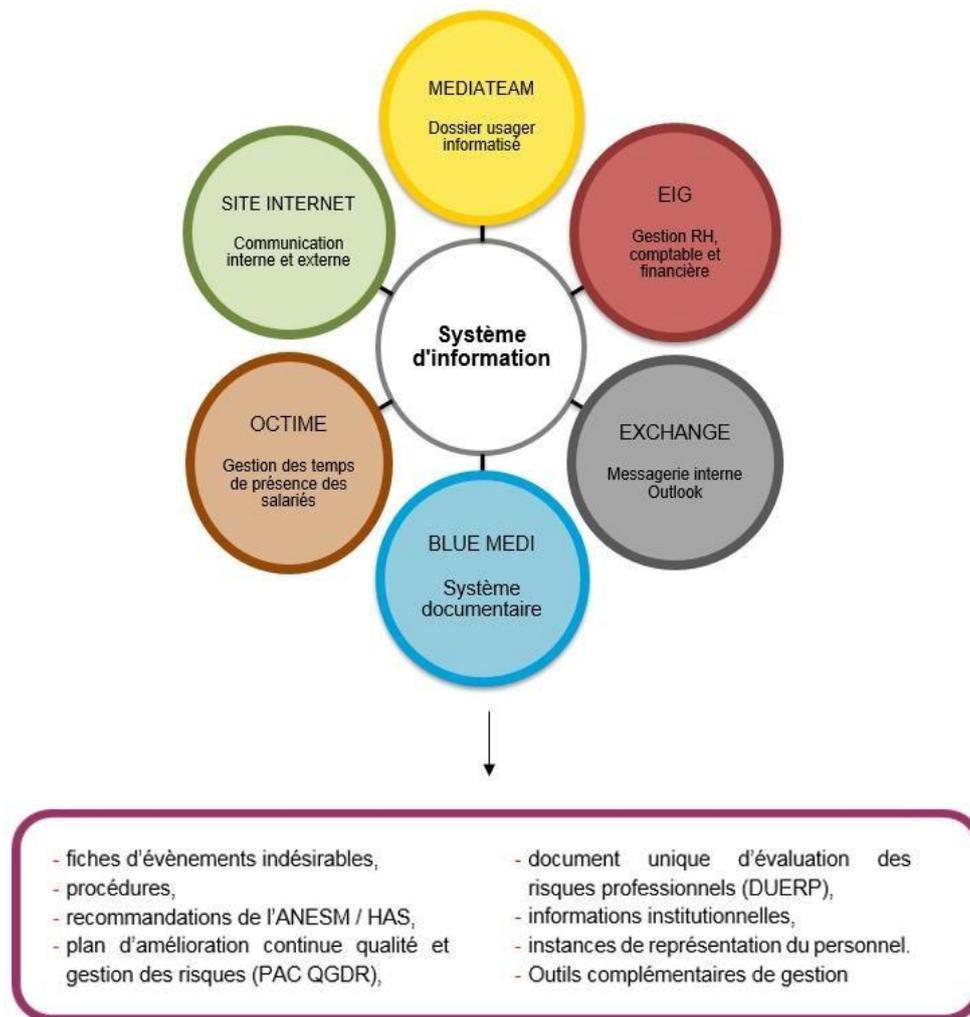
La démarche QGDR engagée est un véritable outil au service du management, basée sur les principes de la roue de Deming :



- **Planifier (Plan)** : les objectifs de l'association sont définis au travers des Projets d'établissements et de services et du Projet associatif.
- **Faire (Do)** : la mise en œuvre des objectifs se fait concrètement par le déploiement d'un Plan d'amélioration continue qualité et gestion des risques (PAC QGDR) alimenté au fur et à mesure de façon globale par les évaluations, les enquêtes de satisfaction, les résultats d'audits, etc.
- **Vérifier (Check)** : le Comité de pilotage qualité se réunit une fois par mois pour veiller au bon déploiement du PAC QGDR et à son adéquation avec les objectifs fixés.
 - ▶ Sous la direction de la responsable qualité, une analyse de la réalisation des actions est faite. Le cas échéant, des réajustements aux actions inscrites dans les différents projets pourront être proposés, certains objectifs étant modifiés ou supprimés s'ils ne s'avèrent plus pertinents. Le plan d'action et l'évaluation régulière de nos pratiques suivent l'évolution du public accompagné.
 - ▶ Tous les ans, le rapport d'activité fait état des actions menées au cours de l'année et de celles planifiées pour l'année suivante.
- **Agir (Act)** : chacun participe à la mise en œuvre du PAC QGDR par le biais de fiches actions (développement du système documentaire, formation, sensibilisation...).

La démarche qualité est évaluée régulièrement par les évaluations de la Haute Autorité de Santé et les auto-évaluations réalisées en interne.

5.4. Gestion Electronique des Documents



L'ensemble des informations relatives aux processus qualité est regroupé dans le **progiciel BlueKango** qui est utilisé dans le management de la démarche qualité et gestion des risques afin de faciliter la transmission et la mise à jour des informations communes nécessaires. La plateforme est accessible à l'ensemble des professionnels et permet :

- La centralisation des documents
- Une recherche rapide et facile de l'information souhaitée via un moteur de recherche,
- La réalisation de statistiques en ligne et l'export de la documentation vers Excel avec toutes les fonctionnalités que cela implique,
- L'établissement d'un système d'alerte par mail des personnes concernées.
- La mise en place de formulaires et de tableaux de bords.

Les outils essentiels que nous retrouvons à ce niveau sont :

- **Le Plan Bleu (gestion de crise) et ses annexes par site de travail**
Il a été rédigé en collaboration avec l'ensemble des responsables concernés. Les fiches actions (par catégorie professionnelle) qui le compose permettent une meilleure réactivité de tous les protagonistes en cas de crise. Une réactualisation au minimum annuelle est mise en place.
- **La déclaration des évènements indésirables**
Via un système de déclaration en ligne, la prise de connaissance des dysfonctionnements et des complications existantes est effectuée en temps réel. Ceci facilite la réactivité de chacun sur l'analyse des causes et la mise en place d'axes d'amélioration adaptés afin d'éviter que l'évènement ne se reproduise.
- **Le Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels (DUERP)**
Il s'inscrit dans la démarche de prévention des risques professionnels avec un objectif de cohérence dans les prises en charge et l'accompagnement des personnes ainsi que l'amélioration de la qualité de l'accompagnement et des soins. Il peut être directement abondé à la suite de la déclaration d'un Evènement Indésirable soit pour la mise à jour d'un risque, soit pour la création d'un nouveau risque identifié. Le DUERP est mis à jour à minima annuellement.
- **La documentation qualité et gestion des risques**
Elle regroupe l'ensemble des procédures décrivant de façon pratique la marche à suivre pour les grands processus définis. La cartographie des processus permet d'apporter la méthode nécessaire à la structuration de notre démarche en cohérence avec les recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP) et la législation.
- **Les Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles**
Publiées par l'ANESM et maintenant la HAS, elles sont à la disposition des professionnels en version dématérialisée. Elles font systématiquement l'objet d'une information en Comité de pilotage qualité et en comité stratégique et sont prise en compte et utilisées lors de groupe de travail dans un objectif de réflexion et d'amélioration de nos pratiques.
- **Les informations institutionnelles**
Cette rubrique regroupe l'ensemble des documents institutionnels (notes de services, notes d'information et autres documents RH, ainsi que les projets d'établissement et de services, rapports d'activités, rapports d'audits et d'évaluations, etc.) destinés à la communication interne et externe.
- **Les documents des instances de représentation du personnel**
Cette rubrique regroupe les comptes rendus des réunions de du CSE et les accords d'entreprise.

- **Les supports de formations et tutoriels**

Cette partie permet aux professionnels de se former, de s'informer ou de se ré informer en autonomie et/ou lors de leur prise de poste sur différents sujets tels que la déclaration et la gestion des évènements indésirables.

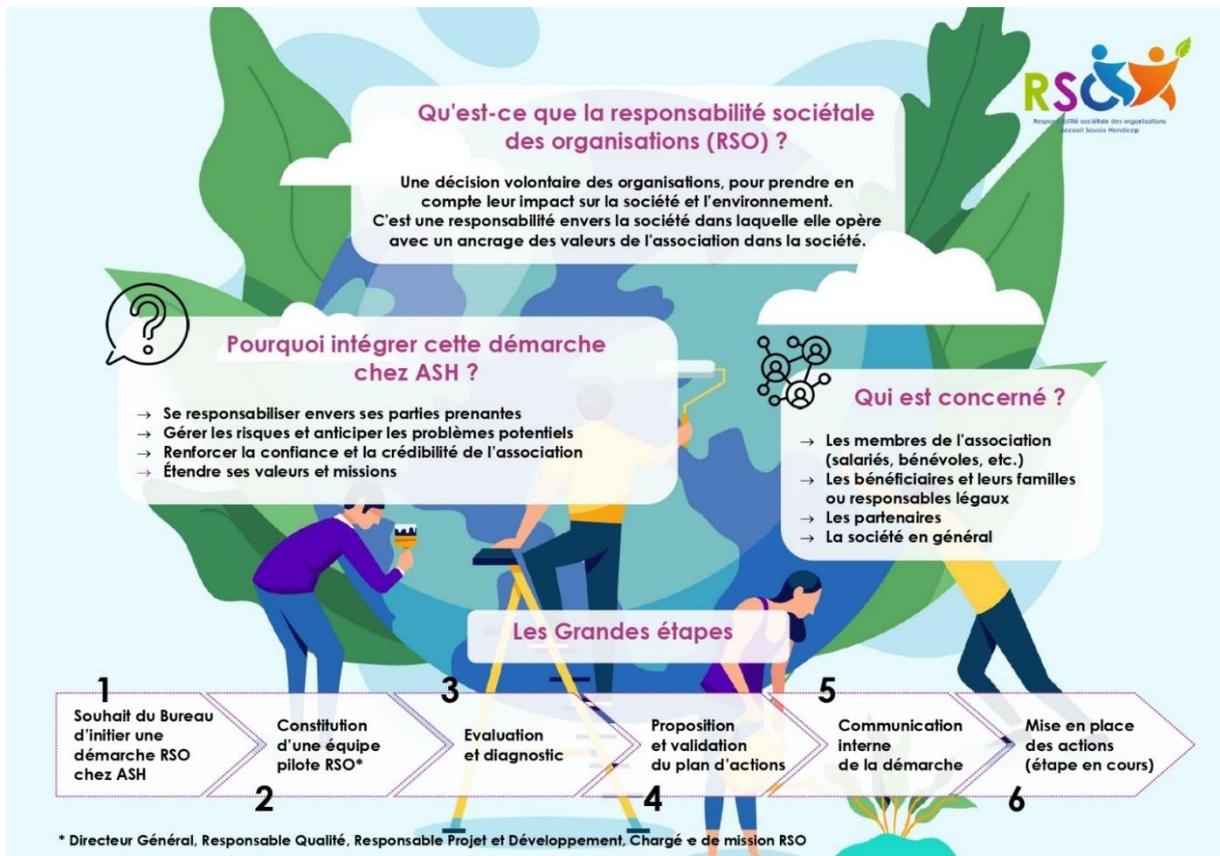
- **Les outils complémentaires de gestion**

La plateforme permet également la mise en place et l'utilisation de différents outils de gestion : outils relatifs à la gestion spécifique de l'astreinte, outils de suivi des conventions et contrats, des tâches en cours, etc.

Parallèlement à l'ensemble de cette démarche développée en interne, ASH promeut au niveau régional l'importance d'une démarche d'amélioration continue de la qualité et des bienfaits de l'évaluation, notamment par la participation et présentation lors des journées de l'ARS (exemple : la journée de l'ARS ARA sur les « évaluations des structures médico-sociales ») ou au sein des évènements « qualité » de la FEHAP (ASH est membre du réseau audit croisé de la FEHAP et participe activement aux journées thématiques « qualité et gestion des risques » ainsi qu'aux réunions « qualité » et au groupe territorial « qualité et évaluation des prestations » de la FEHAP). Ces réunions et colloques permettent à la fois de diffuser notre expertise en matière de qualité et gestion des risques que de s'inspirer d'autres modèles et idées de développement pour les usagers de notre association.

Aujourd'hui, l'expertise d'ASH en matière de QGRD est particulièrement reconnue au niveau départemental, comme en témoigne la mise à disposition de son service qualité au bénéfice d'une association d'aide à domicile du territoire, en l'accompagnant dans le déploiement et la gestion de sa démarche qualité et gestion des risques depuis 2021.

5.5. La démarche RSE



VI. LA GESTION DES PARADOXES

La définition de l'action médico-sociale donnée par l'article L.116-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles met en évidence des paradoxes inhérents à ses principes. Les développements ci-dessous ne sont pas exhaustifs. Ils font état de réflexions éthiques professionnelles régulièrement évoquées au sein du SAMSAH et présentent la manière dont le service prend en compte ses paradoxes dans l'accompagnement global de la personne.

L'évolution du numérique dans la vie... dans les accompagnements...

Au fil du temps, force est de constater que le numérique s'impose comme un écosystème incontournable qui pilote l'ensemble des environnements de notre société. Notre vie contemporaine alterne entre des espaces physiques et des espaces de plus en plus numérisés où l'immersion connectée devient une voie d'évidence pour mener nos projets personnels et/ou professionnels. Une forme d'emprise, d'omnipotence qui pose aujourd'hui certaines limites, notamment pour les personnes les plus fragilisées. Malgré une volonté politique et un cadre réglementaire qui tend à évoluer vers davantage d'innovations, de formations pour lutter contre l'illectronisme, notre quotidien de terrain nous amène à penser, dans la même perspective que la loi du 11 février 2005 qui redéfinit le Handicap, que l'environnement « numérique » est lui aussi vecteur d'inégalités sociales voire même d'exclusion. Voici quelques exemples qui mettent en exergue des paradoxes du triptyque handicap / numérique / accessibilité avec l'idée que tout reste Pharmakon, à la fois remède et poison.

Le premier paradoxe est celui qui oppose l'injonction numérique et la liberté de choisir. En effet, nous constatons qu'un grand nombre de personnes accompagnées sont à ce jour contraintes, oppressées par un système qui devient la norme à suivre, au risque d'être exclu si elles n'y adhèrent pas. Tel est le ressenti de Mme G accompagnée par le SAMSAH qui revendique un mode de fonctionnement différent, sans ordinateur et avec du papier en main « *je n'en veux pas car je n'y arriverai pas* » dit-elle. Mais jusqu'à quand Mme G pourra-t-elle continuer de fonctionner comme elle le souhaite avec ses habitudes et ses repères qui la sécurise ? Telle est la question face à la transformation des lieux physiques en plateforme numérique et du peu d'alternatives qu'offrent aujourd'hui les services de droit commun, au risque d'agrandir la fracture numérique et la marginalisation d'une frange de la population. Qu'en est-il également des délais de traitement entre une personne qui souhaite déposer une demande / déclaration en ligne et celle qui préfère l'envoyer ou la déposer sous forme papier ? N'y a-t-il pas inégalité de traitement dans la prise en compte de la demande ? Et par conséquent, une probable inégalité sociale sous-jacente...

Le second paradoxe est celui que l'on peut nommer l'avancée recherche de la simplification des démarches *Versus* le système de sécurité. Bien que les plateformes en ligne fassent aujourd'hui l'effort d'améliorer leur ergonomie pour que les informations puissent être accessibles au plus grand nombre, nous constatons que l'ensemble des systèmes de sécurité (RGPG) complexifie les actions. Par exemple, M. M n'a ni ordinateur ni adresse mail et doit passer systématiquement par des « validations » de mail de son curateur pour accéder à son

dossier médical en présence de la référente soins du SAMSAH. De même, les professionnels expliquent être souvent confrontés lors des démarches en ligne (CAF, Améli ou autres...) à un ensemble de validation via smartphone et / ou mail pour réaliser les démarches avec les personnes accompagnées, elles-mêmes souvent dépourvues de ce matériel et non familiarisées à ce système de sécurité opérant en cascade d'actions.

« Simplification complexe » tel pourrait être le maître mot qu'engendre le numérique !

Comme dernier exemple de paradoxe, les référent(e)s du service évoquent également « la vitesse » induite par le numérique / la temporalité d'accompagnement des usagers. En effet, il est souvent constaté que l'envoi de mails par « rafale » ou la constitution demandée d'un dossier par voie informatique pour gagner du temps sur les délais de traitement viennent impacter la maturation et le cheminement de pensée des personnes accompagnées. Telle a été la situation vécue par M. P entre l'annonce d'une potentielle greffe et les premiers rendez-vous à organiser pour cette intervention. M. P a ainsi été confronté à une multitude de mails à renvoyer en urgence au centre de greffe alors qu'il n'avait même pas eu le temps nécessaire pour assimiler son projet de soins.

Il va de soi que le numérique rythme notre vie, engendre une certaine pression qui n'est pas toujours compatible avec la temporalité nécessaire dans les accompagnements.

En définitive, nous pourrions dire que le numérique constitue une indéniable avancée mais que cette transformation est si rapide et technique qu'elle place les bénéficiaires et parfois les professionnels dans un état « liminal », c'est-à-dire dans une situation d'entre deux inconfortable. L'enjeu de demain sera probablement de mieux sensibiliser les professionnels à ces nouvelles pratiques du numérique et ainsi accompagner la singularité et les demandes des personnes accompagnées au profit de l'inclusion.

L'institutionnalisation à domicile : Une liberté de choix... à quel prix ?

Dans la continuité législative des principes de non-discrimination, d'égalité des droits et des chances, la loi 2005-102 a permis aux personnes en situation de handicap, dans un contexte incitant à la désinstitutionnalisation, d'affirmer leur propre volonté de vivre à domicile en étant soutenues par des actions et des moyens de compensations. Un droit indiscutable qui porte cependant quelques réflexions et limites dès lors que les besoins identifiés sont tels, que le maintien à domicile aboutit de fait à une délocalisation de l'institution dans leur environnement proche. Voici en l'état certains questionnements de terrain ou retour d'expérience qui laissent place à la réflexion : Quelle est la plus-value d'un maintien à domicile lorsque les besoins de la personne correspondent à un accompagnement global et continue en structure ? Quels risques fait-on prendre à la personne en elle-même et aux acteurs quels qu'ils soient (prestataires, libéraux, sanitaires, médico-sociaux) quand les besoins outrepassent les moyens disponibles ? Que fait-on porter à la famille et aux proches aidants quand le maintien à domicile devient difficile à organiser pour les services compétents ? Mais encore, quelles conséquences engendrent-t-on sur les professionnels engagés qui sont parfois dépourvus de « dignes »

solutions malgré toute la coordination opérée ? Nous constatons donc que l'enjeu du domicile est subtil, la frontière fragile et que la question de libre choix pour les uns s'avère parfois être une limite pour les autres, quand bien même, nous sommes convaincus de la légitimité des droits acquis et à défendre pour les personnes les plus vulnérables.

Pour illustrer nos propos, la situation de Monsieur M. en est l'exemple le plus parlant. M. M. a 54 ans ; il vit en logement autonome urbain. Il présente un état de santé physique (dialyse) et psychique très fragiles, instables et amplifiés par des conditions de vie très précaires. Il bénéficie d'un plan d'aide conséquent qui participe en l'état au maintien à domicile, avec un curateur, un infirmier libéral, un SAAD, le CMP, du portage de repas quotidien, un service de dialyse et tout récemment de l'intervention du SAMSAH. Faute d'avoir un étayage familial, M. est fréquemment soutenu par ses voisins ... ce qui engendre toutefois de la conflictualité.

Malgré toute l'aide apportée et une fine coordination partenariale, l'ensemble des professionnels s'accorde à penser que les angoisses, le défaut d'hygiène, les compulsions alimentaires ne cessent d'être majorées. Cet étayage ne garantit ni la sécurité psychique et ni la sécurité physique de M. et a même pour conséquence une dégradation progressive de son état de santé qui compromet un projet de greffe vivement attendu par M. ; projet soumis à l'obtention d'une place en établissement.

Faut-il à « tout prix » maintenir l'élan sociétal du maintien à domicile quand le constat que même une institutionnalisation à domicile ne répond plus aux besoins des personnes accompagnées ? Ni au sens du travail mené par chaque acteur dans sa spécialité ? Doit-on aller au bout de la logique du « tout domiciliaire » au risque et péril de la personne, compromettant également ses chances d'avoir une place en établissement ? Car face à une situation fortement dégradée, les orientations en structures adaptées sont largement plus difficiles à mettre en œuvre.

L'affectation de moyens pour le domicile s'avère tout aussi importante que la création de places en établissement. Rester chez soi peut représenter une forme de liberté. Mais parfois, le fait de vivre dans un cadre contenant, rassurant, avec une vie sociale adaptée peut également redonner une forme de liberté à la personne.

Dispositifs de coordination : réflexion autour de leurs limites au regard d'une pratique d'accompagnement centrée sur l'individu et son environnement.

L'évolution des modes de vie (éloignement géographique, famille monoparentale, etc.), de la démographie (vieillesse de la population), l'élargissement des critères de reconnaissance du handicap et l'augmentation de la précarité impliquent un ajustement pour garantir un suivi adapté aux différentes étapes de vie des personnes. Aussi, les établissements, qualifiés parfois « d'enfermant » ont conduit les politiques à proposer d'autres réponses plus porteuses d'inclusion (Conseil des Droits de l'Homme et Assemblée Générale des Nations Unies), avec une volonté affichée que les individus puissent être davantage acteurs et décisionnaires dans leurs choix de vie (concept d'autodétermination).

De nombreux dispositifs de coordination ont alors été créés afin de prévenir ou d'éviter des ruptures de parcours, de mettre en lien les différents acteurs engagés dans l'environnement de la personne, et *in fine* favoriser la cohérence de son projet. Ces dispositifs peuvent se présenter de manière dématérialisée, voués à une problématique spécifique (logement, santé, handicap, emploi, etc.) avec un temps de soutien de courte durée souvent incompatible avec une perception fine des besoins. En outre, il s'agit bien souvent d'un premier niveau d'information, de conseils et d'orientation qui n'intègre pas systématiquement la complexité de la situation de l'individu.

Les missions et l'organisation de ces dispositifs de coordination peuvent s'avérer insuffisants au regard des demandes et des besoins repérés. On peut par exemple se questionner sur la propension d'une personne ayant perdu certaines de ses facultés ou ayant une altération de ses moyens (communication, motivations, aptitudes, etc.) à rechercher et trouver le dispositif correspondant à ses besoins dans un flux d'information peu lisible (multiplicité des dispositifs, jargon professionnel, critères d'accompagnement restrictifs, etc.). Dans ces conditions, les réponses proposées peuvent conduire certaines personnes à ne plus savoir à qui s'adresser, à complexifier leurs démarches, à renforcer leur isolement et les amener à être dans un statu quo. Le même questionnement se pose lorsque qu'une personne a besoin de temps et de proximité pour penser et incarner son projet de vie.

Si la coordination de parcours reste essentielle, un accompagnement rapproché tel que proposé dans un SAMSAH permet de faire émerger une réflexion à propos des envies, des souhaits de la personne, de ses besoins en prenant en considération ses ressources internes et externes. Ce type de suivi permet d'établir une relation de confiance et de cerner au mieux la singularité de la personne (ses peurs, ses envies, ses empêchements, son potentiel, ses valeurs, etc.). Il facilite la mise en action tant sur le versant social que médical (accès au droit commun, ouverture des droits, rencontre de lieux socialisants, rendez-vous médicaux, etc.). L'accompagnement sur le long terme et dans la globalité de la personne permet aux professionnels de mieux appréhender son entourage et l'investissement de celui-ci dans les choix de vie de la personne. Enfin, la pluridisciplinarité au sein d'un même service amène également une diversité des compétences, un champ d'expertise élargi et global. La personne peut ainsi aborder un ensemble de questions dans un lieu unique où se référer.

L'accroissement des dispositifs de coordination répond actuellement à des enjeux sociétaux, permet d'apporter des réponses rapides à des besoins clairement identifiés par les bénéficiaires et d'orienter vers les partenaires existants. Cette modalité de réponse peut paraître attractive dans la mesure où elle répond à une recherche d'efficacité et de rentabilité à court terme. Pour autant, ce millefeuille de dispositif permet-il vraiment la lisibilité de l'offre ? Et permet-il vraiment d'éviter les risques de rupture de parcours pour faciliter l'inclusion tel qu'un accompagnement global, de proximité et prenant en compte la temporalité de l'individu, le garantit ?

VII. ANNEXES

Annexe 1 : Projet associatif 2016-2025

ACCUEIL SAVOIE HANDICAP EN 2016, C'EST :

En moyenne
140 enfants et 150 adultes
accompagnés par nos services
chaque année.

180 salariés
et une quarantaine de métiers
au service des personnes,
répartis dans quatre
établissements et services.

Un budget de 9 M€ d'euros
financé par l'Assurance Maladie
et le Conseil Départemental.

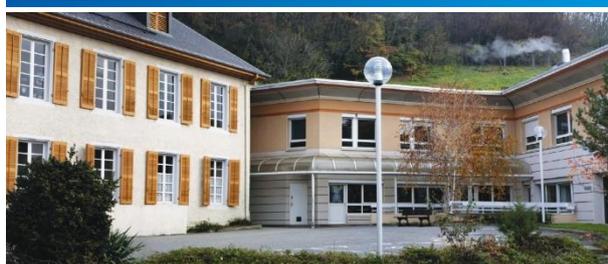


261 route de la Doria - BP 20021
73232 Saint-Alban-Leysse Cédex

Tél. 04 79 33 62 62
Fax. 04 79 75 03 61

info@ash73.com
www.ash73.com

Rédaction: Florence Gaillet - 07/2016 (M&C)



Les dates qui font l'histoire de notre association

1920 Création à Chambéry de l'association Accueil Savoyard et de son sanatorium.

1923 Reconnaissance de l'Utilité Publique.

1951 L'association modifie son activité pour accueillir, éduquer et soigner des jeunes handicapés moteurs.

1992 Création du service d'éducation spécialisée et de soins à domicile (SESSAD).

1997 Création d'une unité au sein du Centre d'Education Motrice pour l'accompagnement des enfants en situation de polyhandicap.

2010 Création du service d'accompagnement médico-social pour adulte handicapé (SAMSAH).

2012 Création du pôle adultes avec l'intégration du service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS).

2013 Mise à jour des statuts et changement de nom.

2016 Ouverture de l'Unité Régionale de Répit (URR) pour des séjours temporaires et des accueils de répit au CEM.

Extension du SAMSAH aux Cantons d'Aix les Bains et Montmélian.

Projet Associatif



Soins, rééducation fonctionnelle, enseignement, accompagnement éducatif et social

Projet Associatif ASH en synthèse

UNE AMBITION ET DES VALEURS FORTES

L'Association a pour raison d'être la réponse aux besoins des personnes accompagnées, de leurs proches, et de la collectivité. Elle est faite, avec les moyens qui lui sont confiés, d'offrir à chacune des personnes en situation de handicap une prise en compte de toutes ses difficultés, un accompagnement vers de meilleures conditions de vie, et la recherche de la meilleure insertion sociale possible.

Elle s'appuie sur des valeurs fortes :

- Le respect de l'utilisateur et de ses proches,
- une bientraitance sans compromis, qui s'applique à tous,
- la recherche d'équité dans les relations entre usagers, familles, professionnels,
- la même importance accordée à toutes ses missions d'accompagnement de la santé, de l'autonomie et de la participation sociale de l'utilisateur.

DES ORIENTATIONS EXPLOITANT AU MIEUX LES SAVOIR-FAIRE ET EXPERTISES

L'ASH développera son expertise et son activité au service des personnes polyhandicapées, et dans les cas d'associations de déficiences motrices, intellectuelles, psychiques.

Elle s'efforcera de ne refuser aucun enfant ou adulte, dans la mesure de ses moyens et de ses savoir-faire, et en mettant en place les partenariats nécessaires.

Elle se tiendra prête à des évolutions de structure qui permettraient une meilleure utilisation des moyens disponibles, toujours avec le souci du service aux usagers et dans le respect de ses valeurs.

UNE ASSOCIATION QUI AVANCE EN PHASE AVEC SON ENVIRONNEMENT

L'ASH est en phase avec l'évolution législative et réglementaire qui impose une prise en compte individualisée de chaque personne en situation de handicap et privilégie les solutions possibles en milieu ordinaire.

Dans un environnement qui augmente en permanence ses exigences en qualité des soins, professionnalisme, méthodes, gestion, etc... L'ASH est pionnière dans l'intégration de nouvelles pratiques, et propose des innovations.

La longue histoire de cette association montre sa capacité d'adaptation, et la période récente est marquée par des réussites : création de l'Unité de Répit Régionale, extension du SAMSAH à Aix-les-Bains et Montmélian. Cette dynamique sera maintenue.

UN FONCTIONNEMENT EXEMPLAIRE

L'association se veut exemplaire dans l'utilisation des ressources publiques, en s'appuyant sur :

- L'adaptation de l'offre à l'évolution des besoins,
- la mise en place d'une organisation et des moyens cohérents avec cette offre,
- des démarches d'amélioration permanente, dans les domaines de la qualité, des ressources humaines, et de la gestion,
- une attention permanente à la bonne utilisation des compétences et des capacités du personnel, à leur formation et à leur adhésion aux projets,
- une implication forte du Bureau de l'Association aux côtés de la Direction Générale.

Annexe 2 : RBPP en lien avec le service SAMSAH

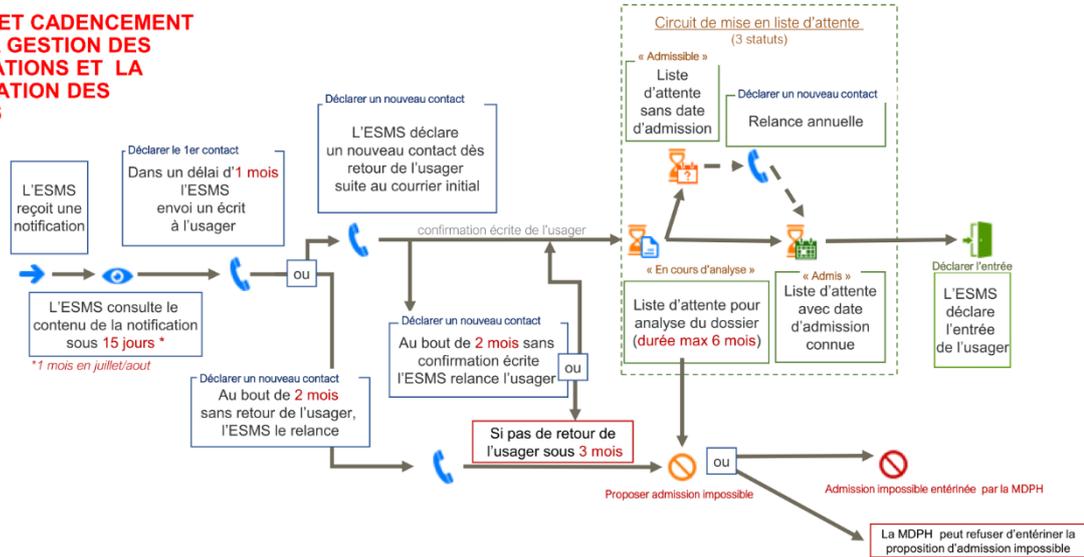
Recommandations publiées	
<p><u>Programme 1</u> Les fondamentaux</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Bientraitance : promouvoir une culture commune pour les professionnels et les usagers des secteurs sanitaires et médico-sociaux (janvier 2023) ● La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre (juillet 2008) ● Le questionnement éthique dans les établissements sociaux et médico-sociaux (octobre 2010)
<p><u>Programme 2</u> L'expression et la participation</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Accompagner la personne nécessitant une mesure de protection juridique dans l'exercice de ses droits et vers un parcours de vie inclusif (note de cadrage – décembre 2022) ● Améliorer la participation des usagers dans les commissions des usagers et les conseils à la vie sociale (Juin 2022) ● Soutenir et encourager l'engagement des usagers dans le secteur social, médico-social et sanitaire (septembre 2020) ● Participation des personnes protégées dans la mise en œuvre des mesures de protection juridique (juillet 2012)
<p><u>Programme 3</u> Les points de vigilance et la prévention des risques</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Evaluation du risque de maltraitance intrafamiliale sur personnes majeures en situation de vulnérabilité (octobre 2024) ● Prévention des addictions et réductions des risques et dommages dans les ESSMS (janvier 2023) ● Le risque médicamenteux à domicile (juillet 2020) ● Outils de repérage des risques et perte d'autonomie ou de son aggravation (avril 2018) ● Les espaces de calme-retrait, d'apaisement » (janvier 2017) ● Mission du responsable de service et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance à domicile (septembre 2009) ● Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance (décembre 2008)
<p><u>Programme 4</u> Le soutien aux professionnels</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Autisme (Mai 2022) ● Evaluation des ESSMS (mars 2022) ● Recommandations des bonnes pratiques professionnelles pour le secteur social et médico-social (janvier 2021) ● L'évaluation interne : repères pour les services à domicile au bénéfice des publics adultes (avril 2012) ● Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service (mai 2010) ● Pour un accompagnement de qualité des personnes avec autisme et autres troubles envahissants du développement (janvier 2010) ● La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux relevant de l'article L.312-1 du code de l'Action sociale et des familles (juillet 2009) ● Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées (juillet 2008) ● Autisme et autres troubles envahissants du développement : les interventions et le projet personnalisé chez l'adulte
<p><u>Programme 5</u> Les relations avec l'environnement</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Dossier de liaison d'urgence-domicile (mars 2021) ● Plan personnalisé de coordination en santé (octobre 2019) ● Pratiques de coopération et de coordination du parcours de la personne en situation de handicap (mars 2018) ● Ouverture de l'établissement à et sur son environnement (décembre 2008)
<p><u>Programme 6</u> Les relations avec la famille et les proches</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Le répit des aidants (Juin 2024) ● Le soutien des aidants non professionnels. Une recommandation à destination des professionnels du secteur social et médico-social pour soutenir les aidants de personnes âgées, adultes handicapées ou souffrant de maladie chronique vivant à

	domicile (Janvier 2015)
<u>Programme 7</u> La qualité de vie	<ul style="list-style-type: none"> ● L'accompagnement vers et dans l'habitat par les professionnels des ESSMS (janvier 2024) ● Qualité de vie : handicap, les problèmes somatiques et les phénomènes douloureux (mai 2017) ● Les « comportements problèmes » au sein des établissements et services accueillant des enfants et adultes handicapés : prévention et réponses (Décembre 2016) ● Repérage du risque de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées. Volet domicile (Juin 2016) ● Spécificités de l'accompagnement des adultes handicapés psychiques (Mai 2016) ● L'adaptation de l'intervention auprès des personnes handicapées vieillissantes (Mars 2015) ● L'accompagnement à la santé de la personne handicapée (juillet 2013) ● Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement (novembre 2009) ● Les attentes de la personne et le projet personnalisé (décembre 2008) ● Accompagner la fin de vie des personnes âgées au domicile ou en établissement médico-social (décembre 2017)

Recommandations en cours d'élaboration	
<u>Programme 7</u> La qualité de vie	● Pronostic vital engagé à moyen terme – évaluation (note de cadrage)

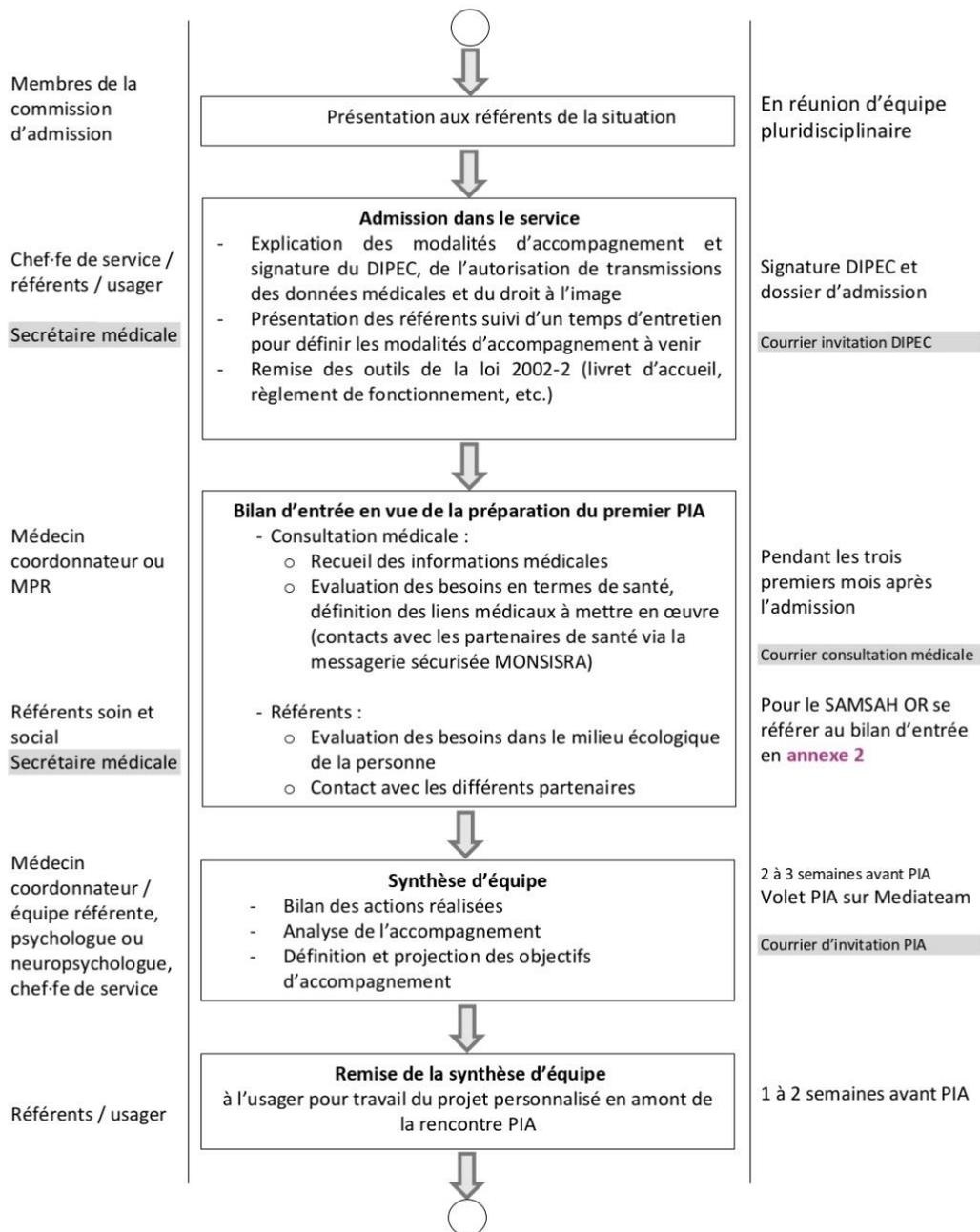
GÉRER LES NOTIFICATIONS REÇUES

CIRCUIT ET CADENCEMENT POUR LA GESTION DES NOTIFICATIONS ET LA MODIFICATION DES STATUTS



Annexe 4 : Processus d'admission et parcours d'accompagnement SAMSAH toutes déficiences

	Processus d'admission et parcours d'accompagnement SAMSAH toute déficience et SAMSAH Orienté Rétablissement	Indexation	PR 1.5.4
		Référence	PR-OAF-04/UPC
		Date création	20/11/2013
		Date modification	03/08/2023
		N° version	12
Pages	3 / 6		



	REDACTION-MAJ	RELECTURE CONSULTATION	VALIDATION	APPLICATION DIFFUSION
Nom(s)	Océane CASIER	Arnaud THIELLON	Delphine BANTEGNIE	Marie GAUDENZI
Fonction(s)	Responsable qualité	Psychologue	Adjointe de Direction PA	Directrice des services



Processus d'admission et parcours d'accompagnement SAMSAH toute déficience et SAMSAH Orienté Rétablissement

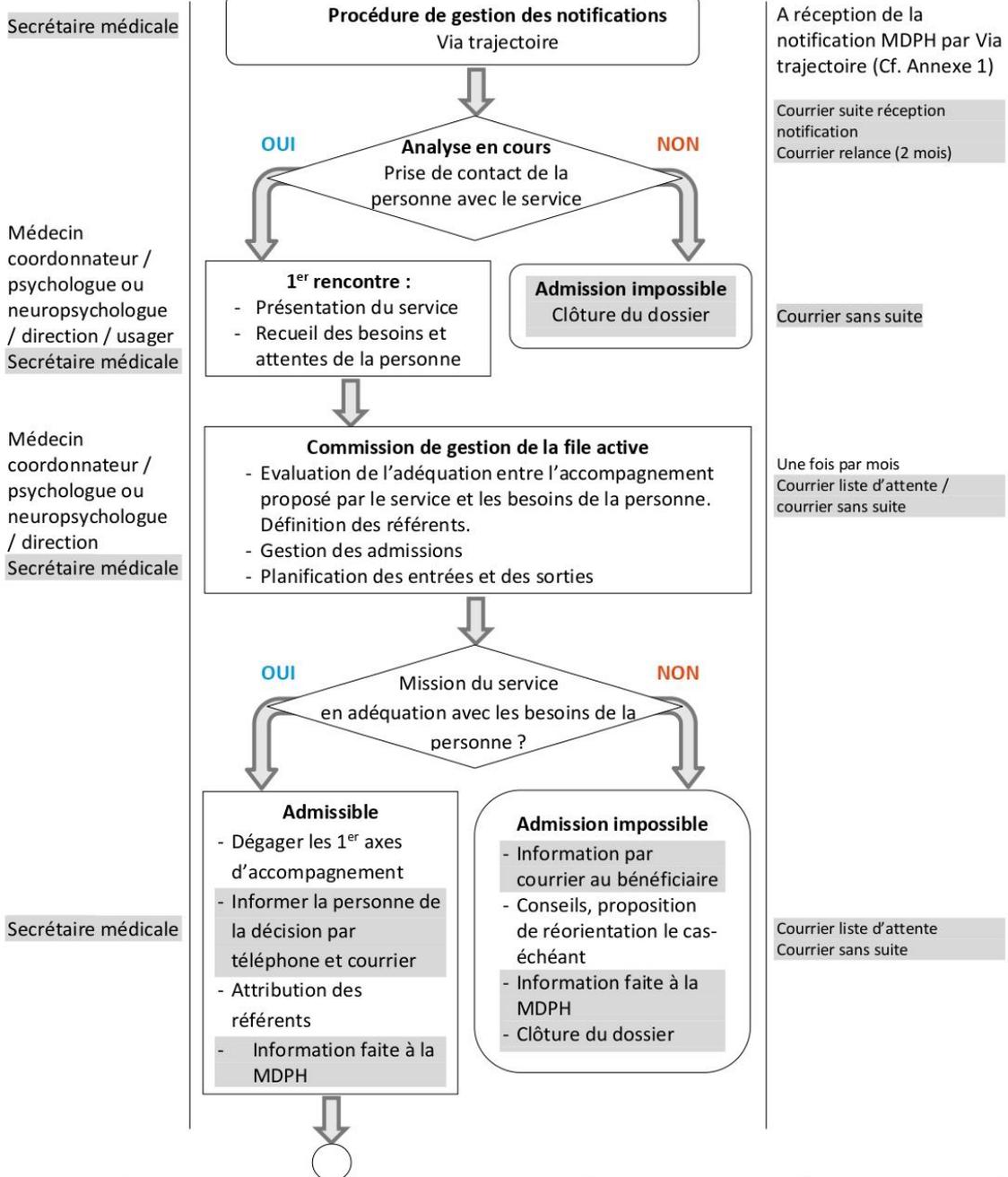
Indexation	PR 1.5.4
Référence	PR-OAF-04/UPC
Date création	20/11/2013
Date modification	03/08/2023
N° version	12
Pages	2 / 6

METHODE

Qui ?

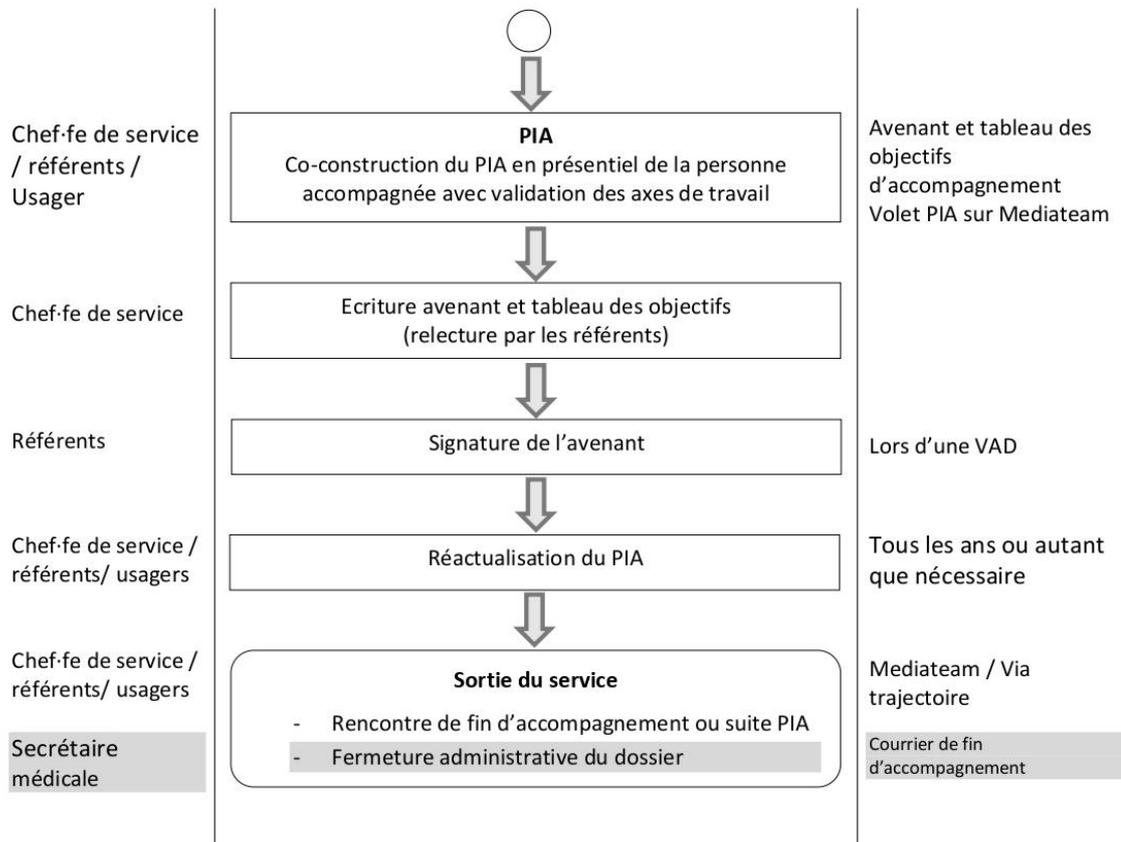
Quoi ?

Quand / Comment ?



	REDACTION-MAJ	RELECTURE CONSULTATION	VALIDATION	APPLICATION DIFFUSION
Nom(s)	Océane CASIER	Arnaud THIELLON	Delphine BANTEGNIE	Marie GAUDENZI
Fonction(s)	Responsable qualité	Psychologue	Adjointe de Direction PA	Directrice des services

	Processus d'admission et parcours d'accompagnement SAMSAH toute déficience et SAMSAH Orienté Rétablissement	Indexation	PR 1.5.4
		Référence	PR-OAF-04/UPC
		Date création	20/11/2013
		Date modification	03/08/2023
		N° version	12
Pages	4 / 6		



Les synthèses partenariales sont réalisées autant que nécessaire dans le parcours de la personne pour redéfinir les rôles et places de chacun, coordonner nos interventions, préparer la sortie, etc.

	REDACTION-MAJ	RELECTURE CONSULTATION	VALIDATION	APPLICATION DIFFUSION
Nom(s)	Océane CASIER	Arnaud THIELLON	Delphine BANTEGNIE	Marie GAUDENZI
Fonction(s)	Responsable qualité	Psychologue	Adjointe de Direction PA	Directrice des services

CHARTE DE BIENTRAITANCE

Préambule : Dans la lignée de la Déclaration des Droits de l'Homme et de la Charte des Droits et Libertés des Usagers, Accueil Savoie Handicap fonde ses valeurs sur le respect de la personne et la prise en compte de sa singularité tout au long de son accompagnement. Elle affirme son indépendance par rapport à tout parti politique, à toute confession religieuse et/ou philosophique.



- B** **Bienvenus**, vous l'êtes, dans une équipe informée de votre arrivée et préparée à vous accueillir.
- I** **Identifier** vos besoins pour vous apporter une réponse adaptée.
- E** **Entendre** vos attentes et échanger avec vous sur nos possibilités de les mettre en œuvre au sein de notre association.
- N** **Neutralité** dans l'accompagnement de vos choix en restant attentifs à la cohérence des actions déployées avec votre projet individuel.
- T** **Traiter** la douleur sous toutes ses formes, c'est-à-dire entendre, reconnaître et prendre en charge, tant les souffrances physiques que psychologiques.
- R** **Respecter** votre liberté de choix, la confidentialité de vos informations, vos valeurs ainsi que vos convictions personnelles et religieuses.
- A** **Autonomiser**, c'est-à-dire faire avec et non pas à la place de, à votre rythme et en fonction de vos capacités.
- I** **Individualiser** le projet de soin et le projet de vie, en sollicitant votre participation active ainsi que celle de votre entourage.
- T** **Travailler** ensemble et en réseaux, développer les partenariats pour s'ouvrir aux autres.
- A** **Accompagner** la fin de vie par un travail en équipe et partenarial, dans le cadre d'une démarche palliative, en vous soutenant ainsi que votre entourage.
- N** **Nourrir** nos réflexions par des échanges pluridisciplinaires et la collaboration des différents acteurs.
- C** **Communiquer**, c'est-à-dire avoir une qualité d'écoute, d'échange et de compréhension des formes verbales et non verbales d'expression.
- E** **Evaluer** nos actions, écouter et former l'ensemble des professionnels, favoriser les échanges pour garantir la qualité de nos accompagnements.

Annexe 6 : Fiches action

Fiche-action n°1 : Harmonisation des pratiques professionnelles des référentes soins	
Constat	<p>Par leurs expériences passées, les référentes soins ne partagent pas toute la même culture professionnelle ni parfois les mêmes pratiques au SAMSAH.</p> <p>Les nouveaux professionnels font le constat qu'il est parfois difficile de se reposer sur un cadre d'action défini et que l'expérience vient au fur et mesure des situations rencontrées ainsi que des échanges pluridisciplinaires.</p> <p>La complémentarité est une force pour l'équipe mais il serait intéressant d'approfondir et d'harmoniser les pratiques pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ce qui relève des outils d'évaluation professionnelle, - Ce qui relève d'un outil de médiation avec l'utilisateur.
Finalités	<p>Permettre à tous les professionnels référentes soins du service de s'appuyer sur un référentiel commun, y compris pour les nouveaux arrivants.</p> <p>Partager une culture commune spécifique au poste en SAMSAH</p> <p>Garantir la même qualité d'accompagnement pour tous les bénéficiaires.</p>
Pilote de l'action	Médecin coordonnateur : Mme GOBBO
Equipe	<p>Chef de service : M. BALMON</p> <p>Psychologue : M. THIELLON</p> <p>Référentes soins : Mme DUNOYER, Mme GOMEZ, Mme MYCEK, Mme SCOLASCTICA</p>
Actions	<p>Reprendre la fiche de poste relative aux Référentes soins SAMSAH</p> <p>Réactualiser l'outil « Récap' santé » en le simplifiant et en le rendant accessible aux personnes accompagnées (carte heuristique, recueil des besoins, description des symptômes, démarches réalisées ou à réaliser...)</p> <p>Participer au maintien des connaissances acquises et aux évolutions du secteur de la santé : Participer aux conférences (CPTS, Promotion santé, hôpital), rechercher des articles, s'associer à des ETP (Voir fiche Action 6)</p> <p>⇒ Trier les informations, les classer par thématique dans notre arborescence informatique et s'assurer de leur actualisation (nommer un modérateur).</p> <p><u>Communication</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'accompagnement : S'assurer d'un bon relai entre référentes soins (absences, changement de référentes, démission...) - Le classement DUI : créer une fiche « Repère » pour savoir quel document archiver, où et à quel moment dans l'accompagnement. - La synthèse : Rédiger une note commune qui retranscrit les attendus de cet écrit professionnel (cf. le rapport de l'utilisateur à sa santé)
Indicateur de suivi	<p>Identification des documents et outils utilisés</p> <p>Identification des écrits du service</p>
Indicateur de résultat	<p>Fiche de poste Référentes soins réactualisée</p> <p>Tous les professionnels utilisent le même outil de médiation «Récap' santé » (outil global d'évaluation et de médiation avec la personne accompagnée).</p> <p>Toutes les référentes soins rédigent de la même manière les synthèses d'accompagnement en suivant le modèle défini.</p> <p>Toutes les référentes soins utilisent la même méthodologie de classement dans le DUI.</p> <p>Inscription de chaque membre de l'équipe soins à un temps de sensibilisation / formation sur l'extérieur par an.</p>

Fiche-action n°2 : Définir les partenariats spécifiques en lien avec le service	
Constat	<p>Par ses missions propres, les professionnels du SAMSAH travaillent au quotidien dans la dimension du réseau de droits communs et entretiennent avec certains services des relations de proximité (CHMS, IDEL, SAAD, services mandataires ou autres).</p> <p>Toutefois, l'évolution des publics accueillis et leurs diverses pathologies imbriquées nécessitent constamment un travail en équipe pluridisciplinaire ; et il arrive régulièrement que des situations dépassent les compétences de l'équipe et requiert un éclairage complémentaire ou spécialisés (addiction, TND par exemple) pour pouvoir prendre du recul et poursuivre l'accompagnement avec discernement.</p> <p>C'est en ce sens que cette fiche action vient questionner les partenariats spécifiques à maintenir, impulser, inventer pour répondre avec efficience à la complexité rencontrée.</p>
Finalités	<p>Identifier les besoins spécifiques</p> <p>Mettre en œuvre les conventionnements nécessaires à l'étayage des professionnels pour coordonner au mieux les accompagnements.</p> <p>S'enrichir de l'expérience des partenaires et faire monter en compétences l'équipe dans des domaines spécifiques.</p> <p>Mieux faire connaître le SAMSAH et ses missions.</p> <p>Assurer une coopération partenariale privilégiée au bénéfice des personnes accompagnées par le service.</p>
Pilote de l'action	Directrice : Mme GAUDENZI
Equipe	Chef de service, Equipe pluridisciplinaire
Actions	<p>Etat des lieux des partenariats actuels (usuels VS conventionnés)</p> <p>Définir les besoins réactualisés en terme partenarial pour le service.</p> <p>Etablir des conventionnements avec les partenaires ciblés spécifiant les modalités d'intervention réciproque.</p>
Indicateur de suivi	<p>Nombre de rencontre avec les partenaires conventionnés</p> <p>Nombre de rencontres des partenariats à créer</p>
Indicateur de résultat	<p>Réalisation d'une cartographie avec les partenaires usuels et conventionnés</p> <p>Taux de satisfaction des professionnels à l'égard des nouvelles actions/services</p> <p>Evaluation des conventionnements existants</p> <p>Nombre de conventionnements nouvellement établis</p>

Fiche-action n°3 : Formaliser les passerelles entre les différents services ASH

<p>Constat</p>	<p>ASH dispose d'une expertise dans les différents champs du handicap qu'elle côtoie. Une expertise qu'elle a d'ailleurs formalisée en 2020 par son outil interne de la PACT (Plateforme d'Appuis et de Coordination Territoriale).</p> <p>Toutefois, dans le quotidien des services et des accompagnements, les professionnels coopèrent régulièrement hors de la PACT pour mutualiser leur expertise et proposer de nouvelles ressources aux personnes accompagnées et leurs proches aidants.</p> <p>Nous retrouvons différents types de « passerelles » comme les activités de type loisirs, les ateliers mis en place à la suite d'un appel à projet, des besoins d'évaluations spécifiques (une IDE, une neuro-psychologue ou une diététicienne du SAMSAH qui interviennent sur le SAVS), ou de l'entraide pour un accompagnement particulier.</p> <p>Cette complémentarité permet également des transitions plus souples d'un service à l'autre quand les orientations sont prévues, notamment avec l'évolution des publics accueillis (ex : les personnes admises au SAVS ont un parcours de soins plus conséquent qu'auparavant à accompagner).</p>
<p>Finalités</p>	<p>Clarifier auprès des professionnels les ressources et dispositifs transversaux qu'ils peuvent solliciter au profit des personnes accompagnées.</p> <p>Décloisonner certaines prestations inhérentes à un service pour en faire bénéficier le plus grand nombre en complémentarité des missions premières du service.</p> <p>Permettre aux professionnels de s'adapter aux problématiques imbriquées et répondre avec efficacité aux besoins des usagers.</p> <p>Favoriser une dynamique inter-services pour avoir une vision globale du fonctionnement associatif</p>
<p>Pilote de l'action</p>	<p>Chef de service : M. BALMON</p>
<p>Equipe</p>	<p>Psychologue : M. THIELLON Référentes soins : Mme MYCEK et Mme SCOLASTICA Référente sociale : Mme DUMETZ</p>
<p>Actions</p>	<p>Nouvelle communication autour de la PACT dans tous les services et établissement d'ASH</p> <p>Etat des lieux des actions transversales existantes à ce jour</p> <p>Formaliser un projet synthétique des passerelles existantes</p> <p>Démarches prospectives des passerelles à créer</p>
<p>Indicateur de suivi</p>	<p>Mise en place d'un outil de recueil (actions et bénéficiaires)</p> <p>Nombre d'actions de communication</p>
<p>Indicateur de résultat</p>	<p>Nombre de personnes bénéficiant d'actions transversales / an</p> <p>Nombre d'actions transversales nouvelles mises en place / an</p> <p>Nombre de projet « passerelles » formalisés</p>

Fiche-action n°4 : développer la « pair-aidance » dans le service	
Constat	<p>La « pair-aidance» est une pratique qui se développe de plus en plus dans le secteur médico-social. Elle permet à des personnes de faire passer leurs savoirs expérientiels à d'autres personnes présentant des difficultés similaires.</p> <p>Elle contribue également à apporter un autre regard que celui des professionnels, de favoriser l'espoir de rétablissement et d'autonomie.</p> <p>Cette pratique est davantage développée dans le champ du handicap psychique mais peut également trouver sa place dans d'autres types de problématiques d'ordre somatique ou social par exemple.</p> <p>Il est également repéré lors des temps collectifs que les personnes accompagnées partagent souvent sur leurs expériences de vie et pourraient potentiellement être des ressources les uns pour les autres.</p> <p>Enfin l'animation de certains ateliers peut être pensé en s'appuyant sur les compétences des personnes accompagnées</p>
Finalités	<p>Faciliter l'intervention des usagers auprès d'autres usagers.</p> <p>Accoutumer les professionnels à cette complémentarité de pratique</p>
Pilote de l'action	Chef de service : M. BALMON
Equipe	<p>Directrice : M. GAUDENZI</p> <p>Référentes soins : Mme DUNOYER, Mme GOMEZ</p> <p>Présences d'usagers souhaitant participer à cette action</p>
Actions	Se renseigner davantage sur les actions de « pair-aidance » mise en place au sein d'ASH (SOR) et des partenaires / Tirer profit de leur expérience et analyses
	Recensement des actions de « pair-aidance » possibles dans le service
	Ajustement du conventionnement de bénévolat de « pair-aidance »
Indicateur de suivi	<p>Mise en place d'un questionnaire sur la pair-aidance à destination des usagers =></p> <p>Analyse quantitative et qualitative des réponses.</p> <p>Nombre de réunions d'informations sur le sujet</p>
Indicateur de résultat	<p>Nombre d'actions de « pair-aidance » mise en œuvre / an</p> <p>Nombre de bénéficiaires d'action de « pair-aidance » / an</p> <p>Taux de satisfaction des personnes accompagnées</p>

Fiche-action n° 5 : Inclure les enjeux du numérique dans les accompagnements	
Constat	<p>Les personnes accompagnées ne disposent pas toujours de matériel numérique à leur domicile et le refusent parfois.</p> <p>La typologie du handicap (psychique, cognitif notamment) nécessite souvent la présence d'un tiers pour mener à bien les démarches (compréhension, familiarisation à l'ergonomie des sites, persévérance, résistance à la frustration, angoisses liées à la non permanence de l'objet...).</p> <p>La finalisation de certaines démarches implique une cohorte de sécurité et de validation qui complique d'autant plus l'utilisation du numérique.</p> <p>Les usagers présentent parfois une certaine vulnérabilité qui les expose aux risques de l'espace numérique (arnaques diverses, souscription à des abonnements / achats, cyberattaques...).</p> <p>A l'inverse, les outils numériques et leurs évolutions permettent également un accès plus rapide aux droits, des moyens de compensations du handicap (Intelligence Artificielle), l'accès à la culture et recherches diverses, des espaces de divertissements...</p>
Finalités	<p>Permettre aux personnes accompagnées désireuses d'apprendre à se familiariser aux outils numériques (réduire la fracture numérique). Permettre aux professionnels d'être suffisamment sensibiliser et former sur les enjeux actuels et de demain.</p> <p>Identifier les partenaires ressources du territoire</p>
Pilote de l'action	Chef de service M. BALMON – Psychologue : M. THIELLON
Equipe	<p>Référentes soins : Mme SCOLASTICA</p> <p>Référentes sociales : Mme GUIGUET et Mme PROVENT</p> <p>Secrétaire médicale : Mme DOMENGET</p>
Actions	<p>Cartographier les services et interlocuteurs de droits communs à solliciter dans le cadre des accompagnements</p> <p>Permettre aux professionnels du service de maintenir ou développer leurs connaissances / compétences en participant à des formations (meilleure prise en main de nos logiciels, Word, Excel, gestion d'une boîte mail...) ou en participant à des temps de présentation des sites/plateformes (ex : mon espace santé, site de la CAF, Améli...).</p> <p>Se renseigner dès à présent sur les enjeux de l'Intelligence Artificielle dans le champ du handicap : comment intervient-elle dans nos pratiques ?</p>
Indicateur de suivi	<p>Nombre de services sur le territoire recensés</p> <p>Nombre de formations / de temps de sensibilisation réalisés</p> <p>Retour sur les évaluations des besoins / usagers</p>
Indicateur de résultat	<p>Taux de satisfaction des bénéficiaires</p> <p>Taux de satisfaction des professionnels : EPI, plan de compétences...</p>

Fiche-action n°6 : Définir des actions collectives de préventions	
Constat	<p>Le public très hétérogène accompagné sur le Samsah toute déficience ne permet pas forcément de mettre en place des groupes de psychoéducation au sein du service.</p> <p>Des actions de prévention ont lieu dans le droit commun (Hôpital, CPAM, Promotion santé, CPTS...) et nous faisons le constat que peu de personnes accompagnées par le SAMSAH y participent.</p> <p>Les connaissances et les pratiques des professionnels doivent être régulièrement réactualisées.</p>
Finalités	<p>Permettre, dans une visée inclusive, de faire bénéficier aux personnes accompagnées par le service d'actions de préventions adaptées à leurs besoins.</p> <p>Permettre aux référents soins de rester en constant « apprentissage » et remise en question sur leurs pratiques professionnelles.</p> <p>Développer son réseau, connaître les partenaires et faire naître potentiellement des actions communes novatrices.</p>
Pilote de l'action	Médecin coordonnateur : Mme GOBBO
Equipe	Référents soins : Mme DUNOYER, Mme GOMEZ, Mme MYCEK, Mme ODET, Mme SCOLASTICA
Actions	<p>Recensement des besoins en lien avec le public accompagné</p> <p>Cartographie des actions de prévention menées sur le territoire.</p> <p>Ciblage des actions de prévention prioritaires à mener dans le service</p> <p>Participation des référents soins pour :</p> <p>Redonner l'information aux usagers qui ne peuvent se déplacer</p> <p>Maintenir et accroître leur niveau de connaissances.</p> <p>Démarche concrète d'action de prévention :</p> <p>(Conventionnement, cop-portage, Transmission des informations sur l'existant, Actions dans le service, AAP...)</p>
Indicateur de suivi	Nombre de partenaires sollicités
Indicateur de résultat	<p>Nombre de bénéficiaires / an</p> <p>Nombre de participations professionnelles à des actions de prévention / an</p> <p>Mise en place d'une action de prévention ou action de prévention co-portée</p>