



Pôle Habitat et Vie Sociale - Projet
2023-2027

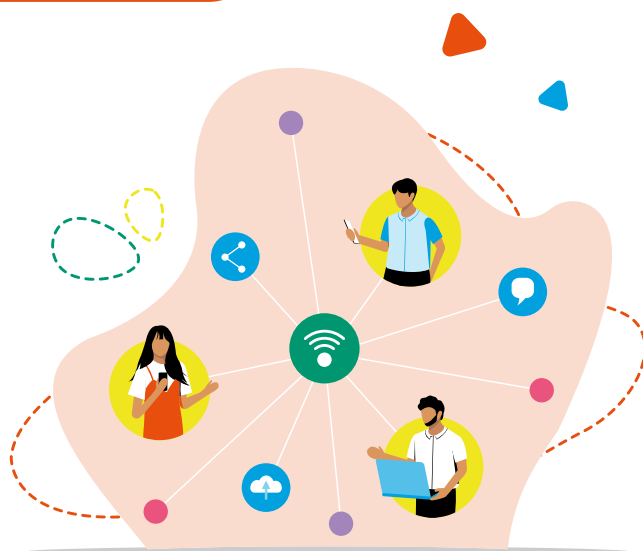


Pôle Habitat et Vie Sociale

Ce guide interactif est un « document tiroir »

Le Pôle Habitat et Vie Sociale (PHVS) est constitué de 14 dispositifs et a été créé pour permettre **l'homogénéisation du déploiement opérationnel des orientations du projet associatif de La Roche.**

Lorsque le terme PHVS est utilisé dans ce document, il se rapporte et concerne sans distinction tous les dispositifs qui le composent.



du projet décrit les **fondements** politiques et réglementaires sur lesquels tous les dispositifs qui composent le PHVS reposent.

du projet décrit la **genèse** du PHVS, ses valeurs et son engagement pour l'Ethique et la Bienveillance.

du projet décrit les **missions** du PHVS en déclinaison des orientations du projet associatif.

du projet décrit l'organisation et les **fonctionnements** communs à tous les dispositifs du PHVS qui le composent.

du projet décrit la démarche **qualité** et de mesure d'impact mise en oeuvre au sein des dispositifs du PHVS ainsi que les **innovations** qui seront développer dans les 5 années à venir.

du projet propose une description précise de chaque **dispositifs** qui composent le PHVS, leurs caractéristiques propres, celles des publics qu'ils accueillent et les pistes d'actions que chacun va poursuivre pour les 5 années à venir afin de parfaire l'exécution de leurs missions.

Bienvenue dans le guide interactif

**Les
fondements
du PHVS**

**La Genèse
du PHVS**

**Les
missions
du PHVS**

**Le PHVS :
comment
ça marche ?**

**PHVS :
qualité et
innovations**

**Les
dispositifs
du PHVS**

Remerciements

Depuis sa création en février 2021, le Pôle Habitat et Vie Sociale est façonné sur un mode itératif.

La direction du PHVS tient à remercier l'ensemble des professionnels, administrateurs, partenaires, familles et bien sûr personnes concernées qui, par leur participation lors de temps de réunions, en Conseils à la Vie Sociale ou lors d'échanges individuels, nous ont permis de définir, créer, affiner ce projet au fur et à mesure de sa structuration.

Aujourd'hui, grâce à de très nombreux travaux collaboratifs, nous avons construit, décliné et photographié au 31/12/2023 nos fonctionnements sur les 14 dispositifs qui composent le pôle.

Ce projet décline les ambitions associatives en mises en œuvre concrètes et cadre de manière homogène les actions que nous organisons et celles que nous allons conduire pour les 5 ans à venir sur l'ensemble de ses dispositifs.





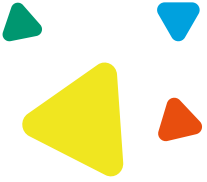
TABLE DES MATIÈRES



TABLE DES MATIÈRES



TABLE DES MATIÈRES



1

Les fondements du PHVS



1 LE FONDEMENT SUR LEQUEL LE PÔLE HABITAT ET VIE SOCIALE REPOSE

1.1. Les politiques mondiales, européennes et françaises

Un texte majeur concernant le handicap à un niveau mondial est la Convention Internationale relative aux droits des personnes handicapées¹.

Celle-ci vise à « promouvoir, protéger et assurer la dignité, l'égalité devant la loi, les droits humains et les libertés fondamentales » des personnes présentant tout type de handicap. L'objectif est la pleine jouissance des droits humains fondamentaux par les personnes handicapées et leur participation active à la vie politique, économique, sociale et culturelle.

Ce texte énonce des principes basés sur l'inclusion des personnes en situation de handicap qui doivent être traduits dans les lois et les faits par les différents pays. Cette Convention Internationale a été votée par l'ONU le 13 décembre 2006. Elle a été signée

par la France le 30 mars 2008 puis ratifiée le 18 février 2010. A ce jour, 163 pays l'ont signée, dont la France et l'Union européenne, sur 181 pays.

La commission européenne s'est inspirée de cette Convention Internationale pour élaborer son plan stratégique 2010-2020² en faveur des personnes handicapées, en rappelant que le handicap, de léger à lourd, touche une personne sur six dans l'Union européenne, ce qui représente 80 millions de personnes. Cette stratégie mettait notamment l'accent sur la suppression des entraves auxquelles se heurtent les personnes handicapées.

Le 23 août 2021, La France a été auditionnée par le rapporteur spécial des Nations Unies des droits des personnes handicapées sur sa politique Handicap et sa conformité aux Conventions Internationales.

¹Source | ²Plan stratégique 2010 – 2020

Après trois jours d'échanges avec la délégation française conduite par **Mme Sophie Cluzel**, le rapporteur se dit « *déçu de voir le niveau de discrimination structurelle* » subie au « *pays des droits de l'homme* ».

L'expert lituanien déplore notamment « l'institutionnalisation systémique », les « traitements sous contrainte » ou les plus de « 700 000 personnes privées de capacité juridique » sur la base de leur handicap

« La protection de la personne ne se traduit pas par la privation de ses droits humains », estime-t-il. La France ne semble donc pas avoir convaincu de son respect du « modèle du handicap basé sur les droits de l'homme », instauré par la Convention relative aux droits des personnes handicapées, ratifiée pourtant en 2010.

Non-respect déjà pointé dans le rapport de 2019 (sur l'audition de 2017) dans lequel **Mme Catalina Devandas-Aguilar** rapporteuse spéciale des Nations Unies exhortait la France à « *prendre le virage nécessaire pour créer une société véritablement inclusive* », et faire que « *L'idéal du modèle républicain français « Liberté, Egalité, Fraternité » préside à l'inclusion pleine et entière des personnes handicapées dans tous les domaines de la vie. La politique du handicap en France doit faire sien cet idéal, et fournir à toutes les personnes handicapées davantage de possibilités pour vivre comme elles l'entendent* ».

La France devait urgemment fermer toutes ses institutions et imaginer des solutions d'accompagnement pleinement incluses dans le droit commun, poussant en cela à la désinstitutionnalisation du modèle médico-

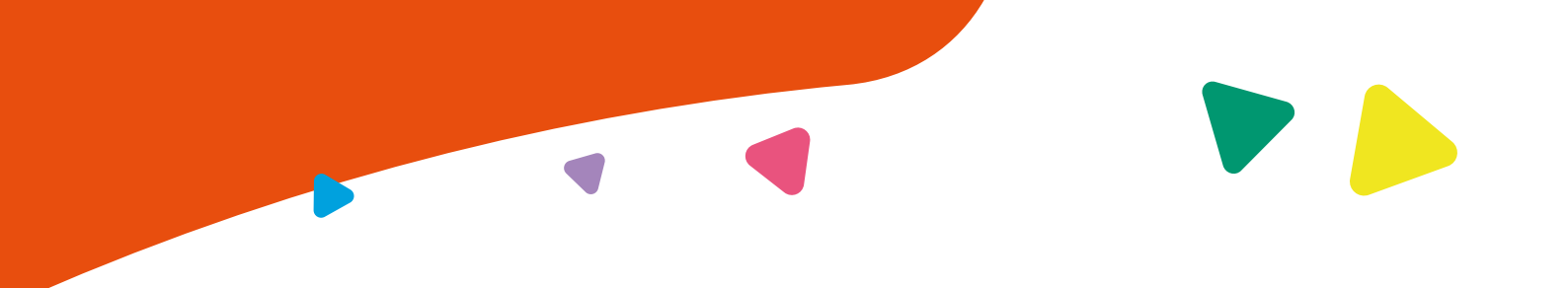
social français : « La vie en établissement engendre une ségrégation systématique. Par définition, l'institutionnalisation interdit aux personnes l'exercice plein et entier de leurs droits ».

Dans ce contexte, la Commission Européenne, dans son plan stratégique 2021-2030³ en faveur des Droits des Personnes en Situation de Handicap, marque cette évolution de l'approche par les droits des personnes et non plus par les spécificités de leur handicap.

Le texte initial, citant **Ursula Von Der Leyen**, Présidente de la Commission est très représentatif de son contenu : « *Les personnes handicapées ont le droit de travailler dans de bonnes conditions, de vivre de manière autonome, de bénéficier de l'égalité des chances et de participer pleinement à la vie en société. Nous avons tous droit à une vie sans barrières. Et il est de notre devoir, en tant que société, d'assurer la pleine participation de tous, sur la base de l'égalité avec les autres* ».



³[Plan stratégique 2021 – 2030](#)



En France, le rapport PIVETEAU⁴ « **zéro sans solution** » de Juin 2014 bouleverse le secteur médico-social et en propose le décloisonnement. Désinstitutionnaliser, passer de la logique de « place » à la logique de « solution », responsabiliser tous les acteurs avec une approche de l'usager par son « parcours de vie » sont des préconisations fortes qui vont impulser l'intention actuelle de transformation en profondeur de l'offre de service. Le parcours et sa coordination apparaissent comme des solutions à produire pour servir l'autonomie de la personne en situation de handicap et assurer la continuité de son accompagnement.

Le rapport Piveteau donne naissance au dispositif « **une réponse accompagnée pour tous** » (RAPT) déployé sur les territoires par les MDPH. L'enjeu de ce dispositif est d'impulser une évolution profonde des pratiques professionnelles de tous les acteurs concernés : ARS, MDPH, conseils départementaux, rectorats, gestionnaires

d'établissements. Il s'agit de mettre en place une coordination plus étroite, une information mieux partagée, des décisions d'orientation mieux suivies et régulièrement réévaluées. Dans ce sillage, en mars 2018, L'ANESM⁵ publie les recommandations portant sur les « *pratiques de coopération et de coordination du parcours de la personne en situation de handicap* »⁶.

Ces recommandations ont été élaborées dans un contexte d'évolution de la qualité de vie de la personne en situation de handicap, et en particulier la continuité de l'accompagnement dans son parcours de vie. Selon l'ANESM, l'ambition est de « *répondre de façon appropriée aux besoins de la personne afin d'éviter les ruptures de parcours, en évaluant avec elle ses besoins et les propositions d'une réponse coordonnée avec l'ensemble des ressources identifiées sur le territoire* ».

1.2. Les Lois Françaises de 1975 à nos jours


Les lois du 30 juin 1975⁷ sont des lois « cadres » essentielles à notre secteur puisqu'elles constituent la pierre angulaire sur laquelle reposera l'édifice des politiques sociales du handicap en France pendant 30 ans. Elle introduit les notions d'accessibilité, d'obligation d'éducation, d'accès à l'emploi et la garantie d'un minimum de ressources et

de soins. Les lois de 1975 marquent le passage du concept d'une prise en charge auparavant fondée sur la notion d'assistance héritée de ses fondements judéo-chrétiens de « charité », vers la notion de prise en charge reposant sur l'idée forte de protection et de solidarité que l'on nomme communément Intégration.

⁴Rapport PIVETEAU « Zéro sans solution » | ⁵ANESM : Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements

⁶RBPP : « [pratiques de coopération et de coordination du parcours de la personne en situation de handicap](#) »

⁷Loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des handicapés, JORF du 1/07/1975 et Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, JORF du 1/07/1975



Le début des années 2000 connaît deux lois importantes avec **les lois de 2002**⁸ : L'une, dite de modernisation sociale et l'autre rénovant l'action sociale et médico-sociale avec l'énoncé des droits des usagers de ce secteur. La seconde, elle, donne une place centrale à l'usager.

Elle met en place des dispositifs obligatoires à transmettre, expliquer et faire vivre auprès de chaque usager : un livret d'accueil (présentation de l'établissement), la Charte des droits et des libertés, le contrat de séjour, le règlement de fonctionnement, le projet d'établissement, le Conseil de la Vie Sociale (CVS), la définition d'une fonction de conciliateur-médiateur (intervention en cas de conflit usager-entourage-établissement).

Dans son article 2, également, la loi 2002-2 « *tend à promouvoir, dans un cadre interministériel, l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté, à prévenir les exclusions et à en corriger les effets* ». Dans son article 6, elle garantit à la personne « *une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins* ».

Cette loi promeut la diversification des établissements et des modes de prise en charge, l'accompagnement individualisé et le travail en réseau. Enfin, elle fait de l'évaluation de la qualité une obligation légale pour les établissements.



En somme, Les lois de 2002 **imposent notamment l'individualisation et le droit spécifique des personnes comme fondement de leur prise en charge**. C'est l'Age d'or du concept **d'intégration** où grâce aux droits spécifiques qui leur sont accordés et à la protection de leur « milieu », de leur secteur, les personnes handicapées ont la possibilité de « faire comme les autres ».

La loi du 11 février 2005⁹ apporte la première définition moderne du Handicap et reconnaît dans son champ le handicap psychique : « *Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant* ».

Dans cette définition, la loi introduit le fait que le handicap « naît » de l'interaction entre la limitation de la personne d'avec son environnement. Autrement-dit, elle introduit l'environnement comme une variable, comme un facteur potentialisant le handicap. En tant que variable, il est donc possible d'oeuvrer pour le handicap en agissant non pas seulement sur lui, sur sa manifestation directe, mais bien sur l'environnement qui entoure la personne.

⁸Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale, JORF du 18/01/2002, et la Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, JORF du 3/01/2002.

⁹Loi n° 2005-102 du 11/02/2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, JORF du 12/02/2005.



C'est ainsi que naît le vocable « **en situation de handicap** » pour désigner une personne handicapée ; qui ne se voit alors plus renvoyée à son handicap tout le temps et en toutes circonstances mais bien limitée en cas d'interaction entre son handicap et un environnement inadapté. Cela pose les bases de la notion de société inclusive et du concept d'inclusion, qui s'impose désormais dans le sens où on peut agir en aménageant l'environnement, en le façonnant, en lui apprenant à s'adapter au handicap de la personne afin finalement de « l'annuler ».

Cette loi introduit également la notion de « **juste compensation** ». Elle met d'ailleurs en place une prestation de compensation permettant de couvrir les dépenses inhérentes aux différentes aides requises, après l'élaboration d'un plan personnalisé répondant au projet de vie de la personne. Elle s'inspire ici du principe « d'accès à tout pour tous » et tant agir sur le droit commun et à n'utiliser le droit spécifique que pour une prestation particulière lorsque le droit commun ne suffit plus. On peut traduire là, inscrit dans la loi, une volonté d'introduire l'idée de subsidiarité dans un fonctionnement jusqu'alors convaincu qu'une protection globale, totale était la meilleure réponse à la prise en charge de personnes.

La notion de prise en charge cède d'ailleurs la place à celle d'accompagnement. La demande des personnes, leur mise au centre du dispositif déjà voulu par les lois de 2002 se réaffirme et leur accompagnement, l'idée de cheminement à leur côté et à des fins d'autonomisation, prend le dessus sur le concept de prise en charge où l'accompagnateur fait à la place de la personne.

Avec **la loi HPST, Hôpital, Patients Santé et Territoire** du 21 juillet 2009, les ARS (Agences

Régionales de Santé) sont créés. L'état est ainsi en mesure de définir les besoins du territoire, en réponse aux attentes des personnes en situation de « dépendance » et inscrit le développement des activités médico-sociales dans le processus des appels à projets. Les associations sont mises en situation de répondre à une demande du financeur et sont invitées peu à peu à rentrer dans la logique de la prestation en réponse à une offre.

Cette offre n'émane pas (encore) du client lui-même (la personne en situation de handicap) mais du financeur de la prestation. La relation entre prestation et client n'est donc pas directe puisque le client n'est pas le payeur mais uniquement le bénéficiaire du service. Les établissements et services continuent donc d'être financés en prix de journée ou en enveloppe globale, budget établi par le duo financeurs/prestataire. Même si les CPOM (obligatoires depuis 2017) permettent une gestion à l'objectif plus prospective, les bénéficiaires des services ne sont possiblement même pas consultés sur la teneur des prestations que pourtant ils reçoivent et dont le coût est assumé par la solidarité nationale.

Ce mode de financement n'encourage pas le prestataire à se tourner vers son bénéficiaire pour ajuster sa production et la relation demeure asymétrique entre des établissements et services « sachant » et des bénéficiaires considérés encore comme des « objets de soins », d'accompagnement et non des « sujets de droits ». Une marche reste donc à franchir pour répondre aux objectifs des lois et autres textes internationaux en faveur des droits des personnes en situation de handicap.

La réforme Serafin-Ph permettra peut-être de « corriger » ce biais.



1.3. Le cadre réglementaire

1.3.1. Le Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF)

Le Code d'Action Sociale et des familles dans son article L311-8 précise que « Pour chaque établissement ou service social ou médico-social, il est élaboré un projet d'établissement ou de service, qui définit ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement. ».

Cet article précise que : « Ce projet est établi pour une durée maximale de cinq ans après consultation du conseil de la vie sociale ou, le cas échéant, après mise en oeuvre d'une autre forme de participation. ».

Dans un projet d'établissement, il ne s'agit pas de réécrire chacune des ambitions du projet associatif, ni même d'en construire de nouvelles mais d'expliquer comment l'établissement s'est organisé pour y répondre.

Le Pôle Habitat et Vie et Sociale n'est pas en soi un établissement proprement dit mais un regroupement d'établissements et services ayant tous pour mission de déployer de manière opérationnelle les ambitions du projet associatif. Ainsi et conformément à la volonté associative, l'organisation qui a été construite pour donner vie au PHVS est uniforme et commune à l'ensemble des établissements et services qui le composent aujourd'hui et qui l'intégrerait demain

Construire et présenter un projet de pôle comme le document socle de référence, faisant office de projet pour chacun des établissements et services qui le composent est une évidence. Ce document est complété en partie 5 des descriptifs précis de chaque établissements et services qui le composent et ainsi répondre pleinement aux obligations du CASF.



1.3.2. Le Projet Régional de Santé (PRS)

Le projet régional de santé s'inscrit dans une logique de planification et de programmation des moyens. Il définit, en cohérence avec la stratégie nationale de santé et dans le respect des lois de financement de la sécurité sociale, les objectifs de l'agence sur cinq ans, ainsi que les mesures pour les atteindre.

C'est un outil de pilotage qui détermine, organise et programme les priorités de santé à mettre en oeuvre dans la région au regard des besoins des habitants, dans tous les champs de compétence de l'ARS :

- Offre de soins hospitalière et de ville.
- Offre pour personnes âgées dépendantes.
- Offre pour personnes en situation de handicap.
- Prévention en santé publique et en santé environnementale.
- Gestion des risques et des alertes sanitaires.

Bien que l'ARS ne soit pas l'autorité de tarification de nos activités au sein du Pôle Habitat et Vie sociale, Le PRS constitue un document de référence pour les acteurs du médico-social, qui peuvent y inscrire leurs actions.

En somme, le PRS pour la région Auvergne-Rhône-Alpes vise à améliorer l'état de santé de la population tout en luttant contre les inégalités, et ce, dans une perspective de coordination avec de toutes les autres politiques publiques.

Les principales orientations que nous retenons pour guider nos actions au sein du PHVS :

- Améliorer la coordination des parcours de santé pour les habitants de la région, notamment en fluidifiant l'accès aux accompagnements médico-sociaux.
- Renforcer la qualité et de la sécurité des accompagnements par des actions visant à réduire les erreurs médicales et promouvoir les bonnes pratiques
- Améliorer nos actions en faveur de tous les déterminants de Santé. La santé ne se limite pas aux soins médicaux. Il s'agit également d'agir sur les facteurs sociaux, environnementaux et économiques qui influencent la santé des populations.
- Respecter et promouvoir les Droits des usagers en intégrant une démarche d'information transparente, la participation des usagers aux décisions, et la garantie d'un accès équitable aux prestations d'accompagnements.



1.3.3. Les schémas départementaux des solidarités

Le pôle habitat et Vie sociale voit ces dispositifs rayonner sur deux départements : La Loire (42) et le Rhône (69). Ces deux départements établissent leur schéma des solidarités dans lequel les dispositifs du pôle trouvent les orientations pour guider/légitimer nos divers projets/actions.

Le schéma du Rhône concerne la plateforme Via-Psy de l'Ouest Rhodanien et la Résidence L'Yzeron. Le schéma de la Loire concerne le Foyer Roche Félines et les services du SAPHP de Roanne.

Schéma des solidarités 2023-2028¹⁰

Le Département du Rhône se dote d'un outil de pilotage transversal qui lui permet d'être au plus proche des besoins des Rhodaniens, avec des objectifs renforcés en matière de qualité de prise en charge et de simplification administrative en matière de santé, d'inclusion, de prévention et d'accessibilité.

La feuille de route 2023-2028 s'inscrit dans la continuité du schéma antérieur avec des objectifs renforcés en matière de qualité de prise en charge et de simplification administrative et donnant toute sa place aux enjeux actuels, notamment en matière de santé, d'inclusion, de prévention et d'accessibilité aux Rhodaniens.



Le schéma des solidarités fixe les axes forts opérationnels dans les champs d'intervention suivants, avec sur ces différents axes, de nombreuses actions concrètes.

Les 4 grands axes du schéma :

➔ **Politique Solidarités, Autonomie, Santé et Services aux usagers** : favoriser l'attractivité des métiers du social et du médico-social, impulser et fédérer une politique de l'inclusion numérique sur le territoire départemental, favoriser l'émergence d'habitats alternatifs en accroissant l'offre d'habitat inclusif, impulser l'installation des professionnels de santé dans le Rhône, etc.

➔ **Politique Enfance, Famille et Égalité femme-homme** : accroître la visibilité de la Protection Maternelle et Infantile (PMI) renforcer des actions de prévention précoce, développer et moderniser l'offre de service des Centres de Santé Sexuelle, etc.

➔ **Politique Insertion et Emploi** : accompagner les personnes en situation de précarité vers l'emploi, répondre aux enjeux de la mobilité en faveur des personnes en situation de précarité, favoriser le retour à l'emploi en facilitant la garde d'enfants, etc.

➔ **Volet solidaire du domaine du logement et de l'habitat** : améliorer la prise en charge de la grande précarité dans le logement, soutenir l'accès et le maintien dans le logement des personnes défavorisées à travers le renforcement du Fonds de Solidarité Logement et de l'Accompagnement Social, etc.

¹⁰Source

Le schéma des solidarités 2023-2028 du département au Rhône est le fruit d'une vingtaine de groupes de travail. Il est construit autour de 42 axes opérationnels déclinés en 92 actions.

Parmi les actions nouvelles souhaitées et que nous retenons de ce schéma en faveur de l'autonomie des personnes en situation de handicap, on retiendra l'ambition de :



Page 33-34

Garantir la prise en compte de l'ensemble des besoins de personnes notamment en mettant en place des coordinateurs de parcours ; en développant l'offre médico-sociale pour l'accueil de public spécifique entre dispositifs (enfance/handicap/vieillessement) ; en développant des solutions innovantes, intermédiaires et souples.

Page 36-37

Favoriser l'émergence d'habitats alternatifs en accroissant l'offre d'habitat inclusif en mettant en place des systèmes de droit à l'essai permettant des aller-retours simple et fluide entre le droit commun et le secteur médico-social.

Page 46-47

Développer et adapter l'offre d'hébergement au regard des besoins du territoire notamment en développant des plateformes multi-accueil.



Schéma départemental de l'Autonomie 2023-2027

L'autonomie et le handicap sont au cœur des actions du Département de la Loire. Le Schéma départemental de l'Autonomie, établi pour une période de 5 ans, permet de définir et préciser les actions à mettre en place pour répondre aux attentes et aux projets de vie des personnes en situation de handicap ainsi que des personnes âgées.

Le Schéma Départemental de l'Autonomie 2023-2027 est composé de 6 orientations qui définissent les enjeux pour les 5 prochaines années et de la feuille de route qui précise les actions à mettre en œuvre.

Les 6 orientations du schéma sont :

- ➔ **Orientation n°1** : Accompagner le virage domiciliaire par une offre médico-sociale adaptée
- ➔ **Orientation n°2** : Promouvoir une offre d'habitat partagé et adapté, et recomposer/adapter l'offre existante
- ➔ **Orientation n°3** : Stimuler les initiatives pour renforcer les liens sociaux et soutenir les aidants
- ➔ **Orientation n°4** : Répondre de manière efficace aux demandes d'ouverture des droits
- ➔ **Orientation n°5** : Favoriser un accompagnement attentionné vers l'éducation et l'emploi
- ➔ **Orientation n°6** : Assurer une vigilance sur toutes les formes de maltraitance et prévenir les risques.

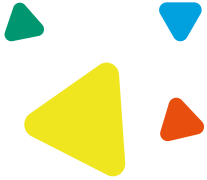


Nous retenons que la politique traduite dans le schéma 2023-2028 fait de la coordination entre tous les acteurs est un enjeu majeur afin que les processus d'accompagnement soient les plus fluides possibles prévenant et évitant toutes formes de ruptures.

De la même manière le schéma appelle les institutions médicosociales à se mobiliser pour faire évoluer leur « culture » pointée comme « centrée sur les déficiences et peu sur les capacités ». Il en résulte une tendance à se focaliser sur les déficits (potentiels ou réels) et peu sur les possibilités de récupération ; vision relativement pessimiste mettant d'emblée les personnes dans une position potentiellement anxiogène. A l'extrême, cette approche peut conduire paradoxalement à réduire l'autonomie.

Pour le département de la Loire, la notion de possibilité de récupération est importante à instituer dans la culture car elle permet de s'adresser à une population qui reste souvent silencieuse avant une aggravation majeure. Développer une culture axée sur la récupération permettrait de toucher une population plus large en termes de prévention car cette dernière entrerait d'emblée dans sa démarche par une ambition de progrès, devenant ainsi acteur de son parcours ; les aides viendraient accompagner la motivation au lieu qu'elles ne viennent compenser les limitations.

De plus, l'installation de cette culture nouvelle pourrait contribuer à développer des outils conçus pour accompagner les efforts des professionnels visant à aider la récupération d'autonomie. En objectivant le sens donné à leur travail, l'approche va renforcer les efforts sur l'attractivité des métiers



2 La Genèse du PHVS

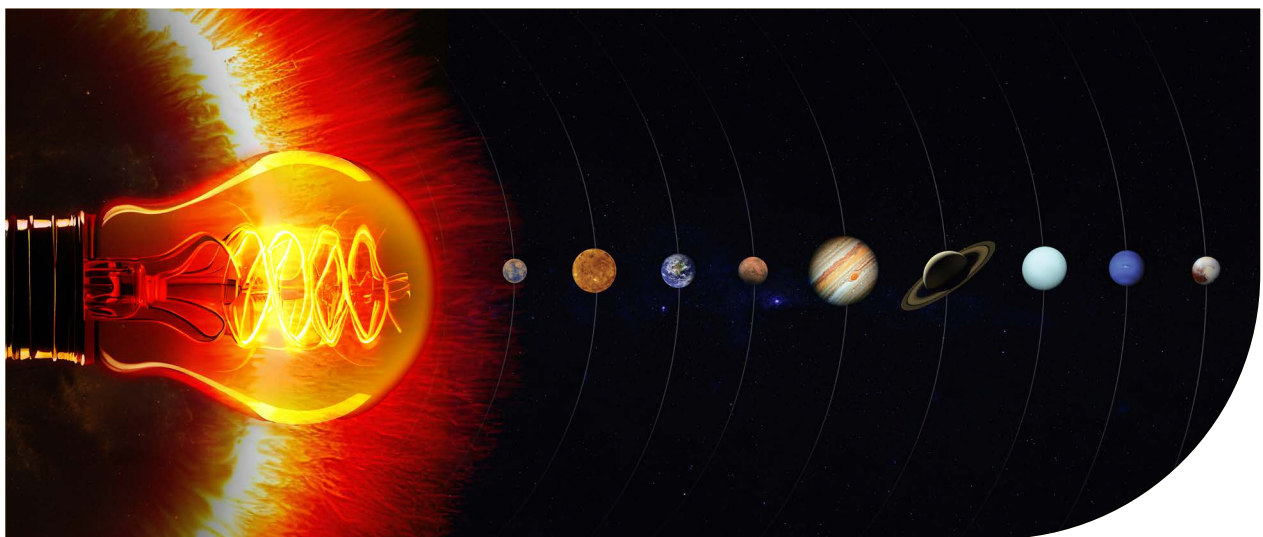


2 LA GENÈSE DU PÔLE HABITAT ET VIE SOCIALE, SON ENGAGEMENT ETHIQUE ET BIEN-ÊTRE

2.1. De l'association La Roche au Pôle Habitat et Vie Sociale

Les « planètes » semblent aujourd'hui « alignées » pour permettre la transition inclusive tant du côté du théorique (le paradigme de l'inclusion remplaçant peu à peu celui de l'intégration), que du côté du cadre réglementaire international et national, que dans les intentions de l'association La Roche qui affiche des ambitions à la hauteur du challenge qui s'offre à elle.

Désinstitutionnaliser, ouvrir, « décloisonner », coordonner les prestations au service des parcours des personnes concernées est un chantier conséquent qui a trouvé une assise dans l'organisation opérationnelle de l'association et notamment sa décision de se structurer en Pôles.



Mi-2020, la direction générale de l'association dresse le constat que l'organisation « établissement par établissement » favorise une forme de cloisonnement et freine la dynamique de transformation de l'offre dans laquelle l'association souhaite s'engager. Cette transformation semble ainsi freinée par notre organisation car :

→ L'association manque de ressources transversales pour porter des thématiques essentielles au changement.

→ L'organisation en logique d'établissement multiplie les interlocuteurs de direction opérationnelle (1 site = 1 direction) et donc potentialise les écarts d'appropriation/

interprétation des ambitions stratégiques et donc leur matérialisation en objectifs concrets ;

→ L'organisation en « silo » n'encourage pas les équipes à s'ouvrir, sortir de leur quotidien et cesser de considérer que le fonctionnement « autarcique » qu'elles y organisent est légitime car basé sur la logique protectrice du collectif.

→ La juxtaposition des rôles de gestionnaire d'établissement (entre Directeur et chef de service) semble responsable de la « perte d'autonomie » des professionnels et peu à peu du glissement de toutes les fonctions rendant illisible le « qui fait quoi ».

Fort de ces constats, le chantier de la réorganisation de la gouvernance opérationnelle de l'ensemble de nos établissements s'est ouvert avec l'ambition de proposer une organisation permettant de favoriser la transformation de l'offre.

La création des Pôles : homogénéité et transversalité au service de la transformation de l'offre.

L'objectif principal poursuivi par la réorganisation de la direction opérationnelle de l'ensemble des structures de l'association est d'accompagner la transformation de l'offre. En proposant une organisation à la fois plus directe pour la gestion courte du quotidien et plus dense pour conduire

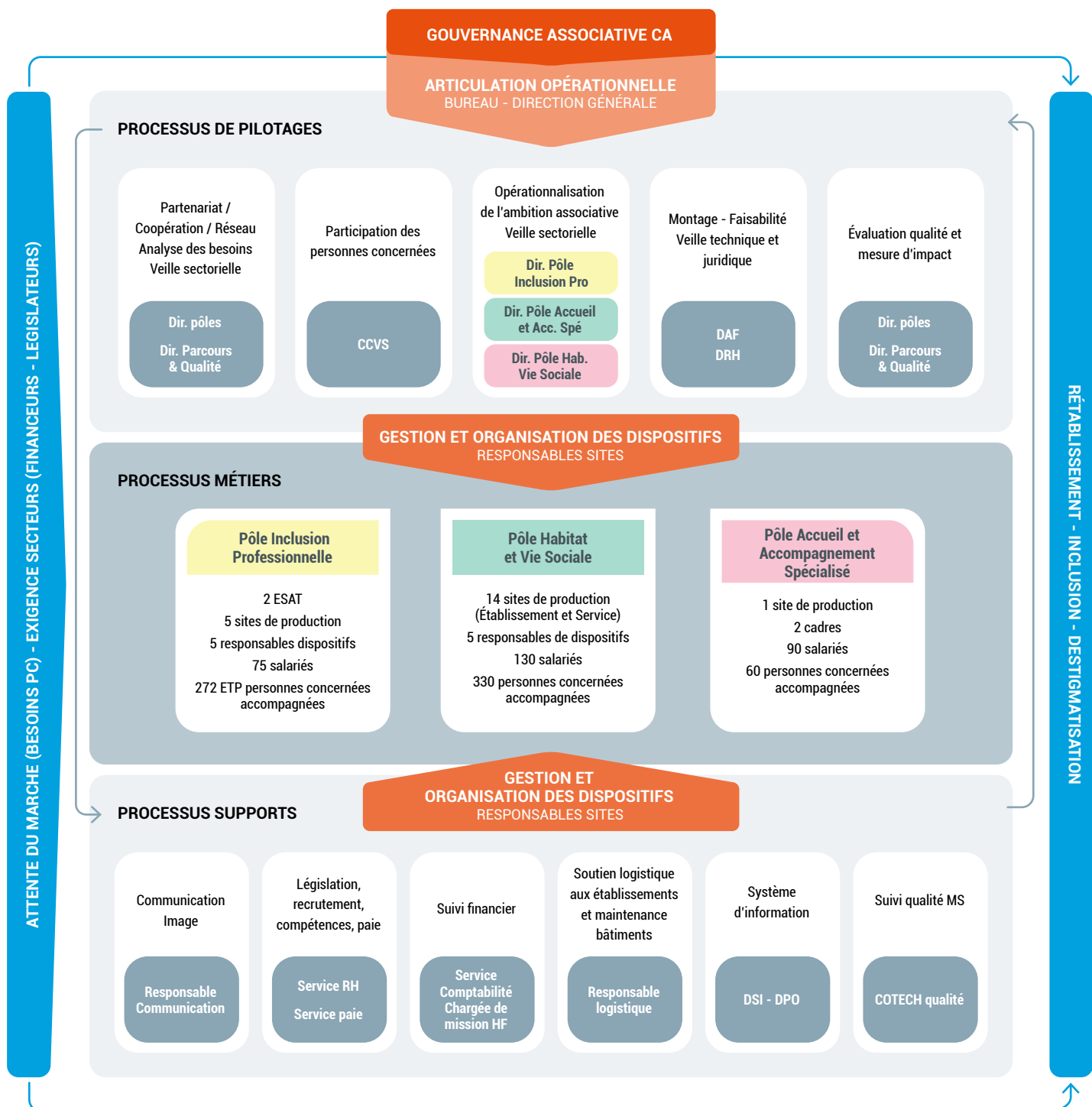
le projet à plus long terme, l'association a souhaité **favoriser et homogénéiser le déploiement opérationnel des orientations du projet associatif.**

La création des Pôles a donc permis deux changements essentiels :

→ Homogénéiser le déploiement opérationnel des orientations du projet associatif

→ Densifier l'action transversale au sein des domaines ou inter-domaines, et faciliter l'organisation en mode projet en dissociant de manière plus fine la gestion managériale du temps court (quotidien des établissements et management de leur transformation) et celui du temps long.

L'ensemble des travaux de réorganisation conduit de juin 2020 à Février 2021 ont abouti à la création des 3 grands pôles et s'est accompagnée de la création de plusieurs fonctions transverses et supports clefs. Cet ensemble s'est structuré et se structurera encore pour répondre au mieux aux enjeux à venir. L'organigramme fonctionnel de l'association, la chaîne de production associative, au 31/12/2023, se schématise ainsi :





2.2. Le PHVS et son ancrage partenarial

Avec 50 ans d'existence, La Roche est une association reconnue et crédible car elle investit de nombreux réseaux. L'association est consciente que pour agir avec puissance sur l'évolution de réponse collective à l'échelle des départements, de la région et de la nation, elle doit agir avec ses partenaires.

Cette action collective vise l'amélioration continue des formes d'accompagnement des personnes concernées, notamment par le déploiement de pratiques orientées Rétablissement.

Les coopérations, sur chaque bassin de vie, créatrices et durables, sont tissées avec ses partenaires : les services de l'Etat ; les

services des départements ; les associations locales poursuivant les mêmes buts ; les entreprises économiques ; les acteurs de la Santé.

Ces coopérations inscrivent l'association dans une logique de partage, de mutualisation et de qualité au service des réponses apportées et à venir.

La Roche est ainsi membre co-fondateur d'une Union d'association baptisée « **Les Couleurs de l'Accompagnement** » qui associe La Roche à Amahc, Centre de Cotagon, Espoir 74, Grim, Industrie service et Messidor, Espoirs 73, la Fondation Cognacq Jay.

Cette union permet de proposer une offre complémentaire de services (évaluation des habiletés, accompagnement à la vie sociale, protection des majeurs, transition vers le milieu ordinaire de travail, etc...) notamment en faveur d'une fluidification des parcours des bénéficiaires.

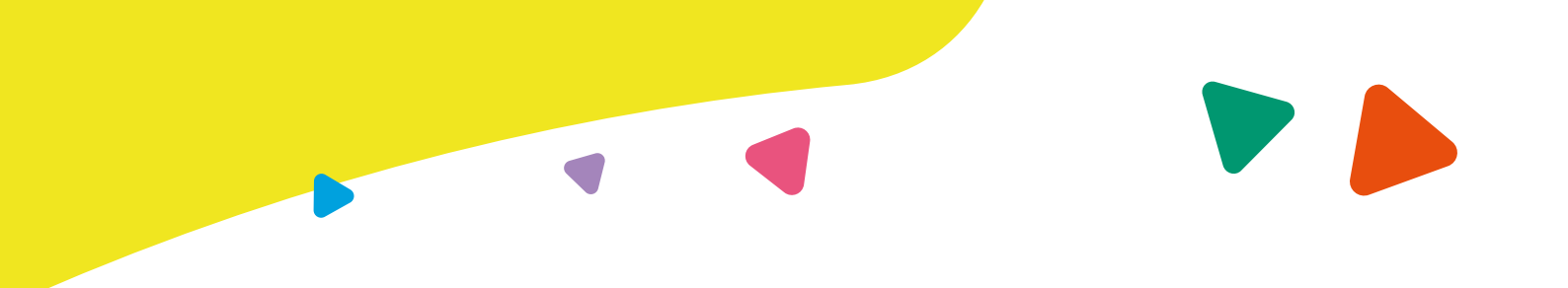
D'autres partenariats favorisent une meilleure lisibilité de l'offre ainsi qu'une coordination entre les partenaires. La Roche est ainsi inscrite dans de nombreux et divers réseaux et revoit régulièrement « qui » la représente en fonction de l'enjeu que chacun d'eux représente et « comment doit vivre » ce partenariat.

Les principaux partenariats qui concourent au déploiement de notre projet peuvent être recensés comme suit :

Partenaires Réseaux	Enjeux	Territoire	Objet	Qui
URIOPSS CRESS NEXEM	Politique Stratégique	Stratégique National et AURA	Marquer notre appartenance au secteur associatif et à l'économie sociale et solidaire et rester attentif aux évolutions sectorielles	Dir. Pôle
Coordination 69 soins psychiques et réinsertion	Politique Stratégique Relationnel Comm.	Rhône et Métropole	Fédération des réseaux sanitaires, médico- sociaux et sociaux qui oeuvre pour le rétablissement des personnes et à la déstigmatisation du handicap psychique	
Réhacoor 42		Loire		
Comités Locaux de Santé Mentale (CLSM)	Stratégique Opérationnel	Bassin de vie des ESMS	Au-delà des partenaires spécialisés, les CLSM réunissent aussi la société civile, et favorisent la mise en place d'actions territoriales, par exemple la réunion de partenaires dans le cas d'une situation complexe, voire des actions à visée préventive	Dir. pôle Resp. site Coordo. de parcours
Santé mentale France, l'UNAFAM, Prader Willi France	Expertise	National	Favoriser l'inscription nationale de l'association et apporter de l'expertise dans leur domaine	

Au titre de l'accompagnement des bénéficiaires, les partenaires médico-sociaux et sanitaires sont également nombreux :

Partenaires Réseaux	Enjeux	Territoire	Objet	Qui
MDPH	Opérationnel	Rhône et Métro Loire	Orientation des personnes et valorisation de leurs droits	Dir Pôle Resp site Coordo de parcours/réf de projet
Structures médico-sociales amont de nos dispositifs	Stratégique Opérationnel Relationnel Comm.	Bassin de Vie des ESMS	Structures pour enfants telles que les IME, ITEP, SESSAD qui nous adressent des candidats	
Structures médico-sociales parcours			Structures pour adultes telles que les SAVS, les foyers qui nous adressent et à qui nous adressons des candidats dans l'accompagnement de leur parcours	
Structures médico-sociales aval de nos dispositifs			Structures pour PA telles que les EHPAD à qui nous adressons des candidats	
Communauté 360°	Stratégique Opérationnel	Rhône et Loire	Orientation des personnes, valorisation de leurs droits, gestion des parcours	
Organisme de tutelles	Relationnel		Les organismes de protections sont des partenaires essentiels à l'accompagnement des parcours et une bonne connaissance réciproque de nos champs d'actions facilite la conduite des projets individuels des personnes que nous co-accompagnons	
CAF, Sécurité Sociale, CARSAT	Opérationnel		En matière de droits, les représentants légaux soutiennent les choix de leurs protégés et nous complétons régulièrement cet accompagnement « administratif »	
Centres hospitaliers et leurs services ambulatoires	Opérationnel Expertise Relationnel	Bassin de vie des ESMS	Equilibration du parcours social et du parcours de soin psychiatrique	
Réseaux thématiques			Relationnel	



Enfin, il faut noter que les familles et les proches des usagers de La Roche sont des partenaires avec qui, la collaboration se formalise au cas par cas dans le cadre des accompagnements individuels.

2.3. PHVS : son engagement Ethique et pour la Bienveillance

À travers son projet associatif 2023-2027, l'association la Roche décide de s'engager pour la transformation de l'offre médico-sociale ; poursuivant l'ambition de promouvoir une société plus inclusive et respectueuse des droits des personnes en situation de handicap.

Les valeurs énoncées par l'association dans son projet 2023-2027 mettent en exergue :

→ « L'Écoute prend corps dans les espaces individuels et collectifs que nous offrons à chaque personne accompagnée lui permettant d'exprimer ses demandes et ressentis.

→ Le Respect prend corps dans nos postures d'accompagnement « d'égal à égal » avec les personnes concernées ; le professionnel cheminant au côté de la personne dans la réalisation de ses projets et la conduite de son quotidien.

→ La Bienveillance prend corps dans les pratiques professionnelles qui sont orientées dans le sens de reconnaître et de faire reconnaître pour chaque personne accompagnée ses droits civiques, sociaux, ses droits en termes de santé, de logement, de loisirs... La bienveillance est une démarche globale et collective pour identifier l'accompagnement le meilleur possible pour

l'utilisateur, dans le respect de ses choix et dans l'adaptation la plus juste à ses besoins, tout en prévenant la maltraitance (cf. annexe : procédure de signalement de situation de maltraitance). »¹¹

Ses valeurs prennent vie sur les terrains d'accompagnement des ESMS du PHVS à travers l'ensemble des actions conduites ; **Actions qui ont toutes pour ambition de concourir au rétablissement des personnes accueillies.**

Toutes nos pratiques professionnelles s'inscrivent dans une logique d'accompagnement des personnes vers leur Rétablissement et constitue le socle du plan d'Ethique et de Bienveillance du PHVS.

Selon la recommandation de bonnes pratiques de l'HAS « Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux », l'**Ethique** est définie comme une réflexion qui vise à déterminer le bien agir en tenant compte des contraintes relatives à des situations déterminées.

Fabrice Gzil¹² propose une définition plus pratico-pratique en insistant notamment sur la dimension collective de la démarche. A l'échelle du PHVS, nous avons décidé de la retenir.

¹¹Extrait Projet Associatif 2023-2027

¹²Fabrice Gzil est Philosophe à l'Espace éthique Ile-de-France, en charge des réseaux et membre de l'équipe Recherches en éthique et en épistémologie du CESP (Inserm / U. Paris Saclay)

Ainsi tous les dispositifs du Pôle se mobilisent lors des temps de réunion d'équipe hebdomadaire ou dans les différentes instances de co-construction avec les personnes concernées (réunion projet individuel, réunion collective de résident, groupe d'expression...) notamment et questionnent leurs pratiques quotidiennes d'accompagnements à l'aune de cette définition : « **L'éthique peut se définir comme une réflexion sur le sens et la valeur de nos actions. Dans le domaine du soin et de l'accompagnement, elle vise à rendre les pratiques plus responsables, justes et respectueuses de la personne.** »

De la même manière, ces réflexions sur nos pratiques sont également imprégnées par notre volonté d'accompagner les personnes concernées dans une dimension bientraitante au sens de la définition de la HAS.

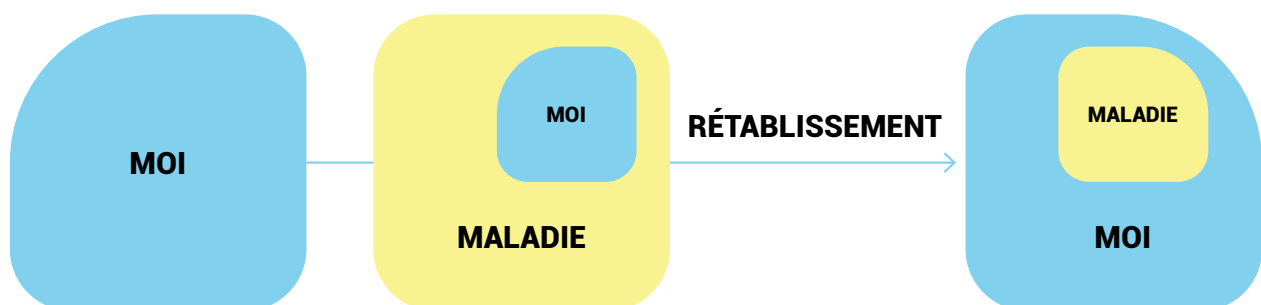
L'HAS définit ainsi la **Bientraitance** dans sa recommandation de bonnes pratiques (La bientraitance : définition et repères pour la mise en oeuvre) comme : « **une démarche collective pour identifier l'accompagnement le meilleur possible pour l'usager, dans le respect de ses choix et dans l'adaptation la plus juste à ses besoins.** »

Ethique et Bientraitance sont au coeur des réflexions professionnelles quotidiennes et se conjuguent dans nos pratiques en miroir de l'opérationnalisation de l'orientation associative n°3 visant à développer les pratiques orientées rétablissement.

Pour les services du PHVS, le Rétablissement ce n'est ni la guérison, ni même la stabilisation des symptômes (qui ne concernent que l'évolution de la maladie).

Le rétablissement, lui, concerne le devenir de la personne.

Le rétablissement est donc un phénomène personnel, individuel et se schématise ainsi :



Il existe des dizaines de définitions du rétablissement et nous avons choisi d'en retenir quelques-unes afin qu'elles inspirent nos pratiques d'accompagnements et constituent ainsi le cadre de nos actions pour l'Ethique et la Bientraitance que nous devons aux personnes accompagnées.

« Le rétablissement a été un parcours de guérison et de transformation pour moi...C'est un parcours de découverte de nos limites, mais aussi un parcours de découverte des possibilités que nos limites ouvrent ». **Patricia Deegan**

« Démarche personnelle et unique, visant à changer l'attitude, les valeurs, les sentiments, les objectifs, les capacités, les rôles de chacun. C'est la façon de vivre une vie satisfaisante et utile, où l'espoir a sa place malgré les limites imposées par la maladie. Donner un nouveau sens à sa vie, et passer outre aux effets catastrophiques de la maladie mentale ». **William Anthony**

« Se rétablir c'est peut-être simplement donner sa juste dimension à la maladie dans sa vie et dans son identité. » **Agathe Martin - Association Comme des fous**

« Reprendre le contrôle de sa vie, à reconstruire une vie sociale qui lui convienne à travers l'acquisition d'une situation autonome et choisie du point de vue du logement, du revenu, des occupations, et des liens sociaux. » **UNAFAM**

Pour les dispositifs du PHVS, accompagner les personnes concernées dans leur Rétablissement est **un processus personnel** (mais pas sans les autres : notion de coordination de tous les acteurs), **de reconquête d'un état de bien-être** (à minima de mieux-être) en soutenant la personne pour qu'elle **sorte de l'identité de malade** (même si la maladie est encore là) accédant ainsi à **une vie la plus épanouie possible** à travers la satisfaction de ses besoins, dans tous les domaines de sa vie et sous des formes choisis par la personne.

Notre engagement pour le rétablissement fait dès lors reposer nos pratiques sur 4 piliers :

→ (ré)Instaurer l'**ESPOIR** (chez la personne et chez les professionnels) dans la conviction que c'est possible !

→ Favoriser l'**AUTODETERMINATION** à travers le respect du droit fondamental et universel que chaque individu a de choisir ses buts et ses chemins

→ Organiser le **SOUTIEN** du processus, à partir d'un réseau d'acteurs, d'environnements favorables, de pratiques et d'outils sur lesquels les personnes peuvent s'appuyer, mais au sein desquels elles peuvent s'entraider

→ Établir une **SYMETRIE** dans la relation d'aide, à travers le partage des savoirs (savoirs professionnels/savoirs expérientiels), du pouvoir (décisions partagées) et de la responsabilité (on assume ensemble les décisions).





3

Les missions du PHVS



3 LES MISSIONS DU PHVS, OU COMMENT FAIRE « BRILLER L'AMPOULE »

5 orientations ont été définies dans le projet associatif 2023-2027 et constituent le socle de référence, « la colonne vertébrale », sur laquelle chaque ESMS qui compose le Pôle Habitat et Vie Sociale s'appuie pour organiser ses prestations d'accompagnement.

Les ambitions associatives se déclinent dans les orientations suivantes :



Orientation 1 : Gouvernance Associative et Organisation Opérationnelle

Orientation 2 : Citoyenneté des Personnes Concernées et Approche par les droits

Orientation 3 : Acteur Expert du Handicap Psychique et Appui des Pratiques sur la Recherche et le numérique

Orientation 4 : Adéquation Permanente de l'Offre de Services et Ingénierie Sociale.

Orientation 5 : Développement des Activités et Démultiplication de l'Impact Social.

Opérationnaliser la mise en oeuvre de chacune de ces orientations constitue ainsi la base du projet du Pôle Habitat et Vie Sociale. Chacune des orientations se décline en actions concrètes. Ces déclinaisons sont systémiques au sens d'un ensemble global, les actions de déclinaisons conduites s'imbriquant nécessairement les unes aux autres.

3.1. Orientation Stratégique N°1 : Gouvernance Associative et Organisation Opérationnelle

Au global associatif, l'articulation entre les orientations stratégiques définies par le Conseil d'Administration (CA) et leurs projections objectivables se fait au niveau du bureau de l'association.

Par délégation du CA, le bureau a ainsi les compétences pour assurer l'articulation entre :

a. La gouvernance stratégique qui est exercée par le conseil d'administration et qui définit les orientations que souhaite prendre l'association

et

b. La dirigeance opérationnelle qui est portée sur chaque pôle par leur direction et qui travaille avec l'ensemble des équipes à leur traduction et mise en oeuvre effective.

Dans la pratique, cette articulation entre le politique et l'opérationnel renvoie à l'existence d'une double logique :

→ Celle de bénévoles dont l'investissement originel se doit d'intégrer progressivement les attendus des politiques publiques au sens d'une responsabilité d'entreprise (montée en expertise en corollaire à l'affirmation de valeurs).

→ Celle de professionnels dont la fonction de direction générale et de direction de pôles est à la fois d'abonder le politique sans s'y confondre tout en traduisant les attendus du projet associatif.

Dans son organisation opérationnelle, l'association et en déclinaison le PHVS, ont balisé plusieurs espaces de travail dont l'objet et l'animation permettent aujourd'hui la mise en oeuvre effective de cette articulation.

Parmi ces espaces de travail, on note :

A. AU NIVEAU POLITIQUE STRATEGIQUE

Des réunions de bureau mensuelles, auxquelles participe le Directeur Général, sont organisées. Au cours de ces réunions, la direction générale et le bureau, abondent les ambitions associatives décidées en CA des réalités opérationnelles des terrains d'exercices, permettant ainsi d'entrevoir leur opérationnalisation.

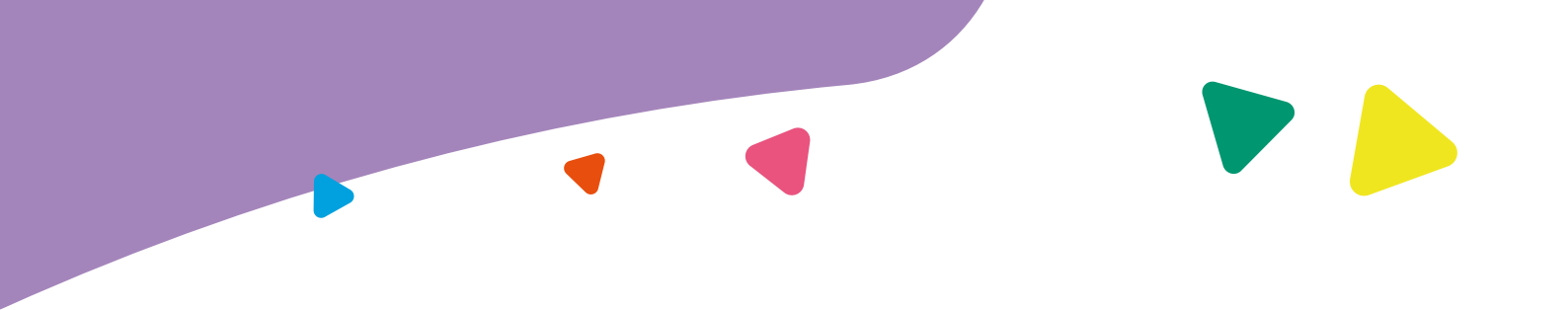
B. AU NIVEAU GESTIONNAIRE DE DIRECTION

Un comité de direction générale restreint a été créé en avril 2021. Animé par le Directeur Général et composé des 3 directeurs de Pôles, de la Direction Administrative et Financière¹³, de la Direction des Ressources Humaines¹⁴ et de la Direction Qualité et Parcours¹⁵, ce comité se tient 1 fois par mois.

C'est l'espace de travail dans lequel les ambitions stratégiques deviennent des Objectifs opérationnels.

Au-delà des objectifs, le comité de direction restreint envisage les Stratégies de contribution à ces objectifs de chacune des équipes cadres qui composent les pôles, pour leur permettre d'atteindre les Buts fixés. Ce travail permet la finalisation d'un plan d'action

¹³Direction Administrative et Financière : DAF | ¹⁴Direction des Ressources Humaines : DRH | ¹⁵Direction Qualité et Parcours : DQP



global. Cet espace permet ainsi de construire les Objectifs, les Buts, les Stratégies et les Mesures (OBSM) permettant de construire et de suivre le plan prévu pour opérationnaliser les orientations associatives.

C. AU NIVEAU GESTIONNAIRE TRANSVERSE

Un comité de direction élargi animé par le Directeur Général et auquel participent les 3 directeurs de Pôles, le DAF, le DRH, le DQP, les directeurs délégués, le responsable de la communication et le responsable logistique se tiennent une fois par mois.

Il permet d'alimenter les différentes Stratégies afférentes au Buts fixés dans notre plan d'action global et d'envisager/ajuster les contributions qui sont apportées par les fonctions supports.

D. AU NIVEAU GESTIONNAIRE « CADRE »

Des réunions dites « Cadres », organisées trimestriellement et auxquelles participent tous les personnels cadres de l'association permettent notamment la transmission du plan d'action global (Objectifs, Buts,

Stratégies et Mesures) et de remonter au global associatif toutes les actions produites.

E. AU NIVEAU GESTIONNAIRE OPERATIONNEL DES POLES

Les directeurs de Pôles animent chacun un comité de direction opérationnel de leur pôle auquel participent le directeur délégué et les responsables de dispositifs.

Ces comités qui ont lieu chaque semaine permettent de traiter du fonctionnement de chaque dispositif et de suivre et ajuster les stratégies de chaque manager de dispositif suivant les objectifs qu'ils contribuent à atteindre.

F. AU NIVEAU OPERATIONNEL DES SITES

Chaque Responsable de dispositif anime chaque semaine, pour chacun des dispositifs qu'il gère, des réunions plénières avec leurs équipes.

Ces réunions permettent au manager de réguler/valider le fonctionnement de ses services et de définir, suivre, ajuster et évaluer les résultats des implications respectives des équipes dans la réalisation des Stratégies.

3.2. Orientation Stratégique N°2 : Promouvoir la Citoyenneté des Personnes Concernées et l'Approche par les droits

Opérationnaliser la Promotion de la citoyenneté des personnes concernées c'est pour le PHVS permettre, encourager et favoriser l'Expression et la Participation des personnes concernées à tout ce qui les concerne.

Pour l'ensemble des dispositifs du PHVS, atteindre cet objectif,

c'est agir sur trois leviers :

- A. Les postures d'accompagnement des professionnels
- B. L'organisation et la conduite des prestations d'accompagnement
- C. L'inscription des personnes sur leur territoire, leur bassin de vie.

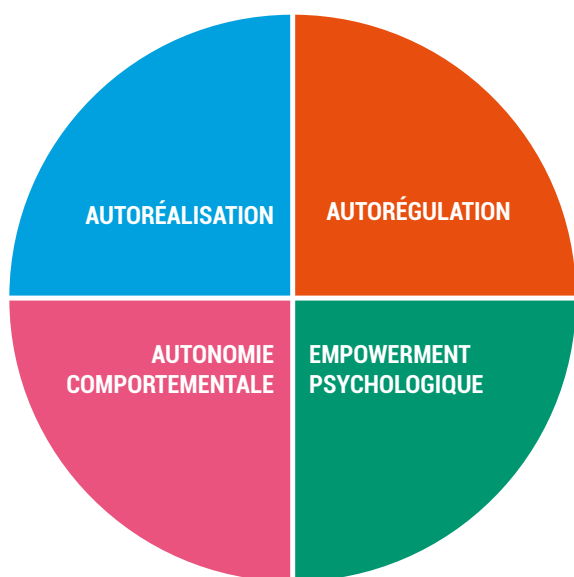


A. LES POSTURES DES PROFESSIONNELS DES DISPOSITIFS DU PHVS

Par la formation professionnelle et l'accompagnement quotidien des équipes par leur manager de proximité (les responsables de dispositif), un travail sur les postures des professionnels permet de consolider l'accompagnement des personnes dans leur capacité à s'autodéterminer.

L'autodétermination est définie comme « l'ensemble des habiletés et des attitudes, chez une personne, lui permettant d'agir directement sur sa vie en effectuant librement des choix non influencés par des agents externes indus ». ¹⁶

Adapter nos postures d'accompagnement, c'est ne plus se positionner en « sachant » qui use de son influence pour « faire à la place » de la personne ce qui est bien pour elle, mais c'est l'accompagner en adoptant des stratégies permettant de faire émerger chez elle : l'autonomie, l'empowerment psychologique, l'autorégulation et l'autoréalisation.



→ L'autonomie correspond à « l'ensemble des habiletés d'une personne : indiquer ses préférences, faire des choix et amorcer une action en conséquence »

→ L'empowerment est, pour une personne, « la croyance en sa capacité d'exercer un contrôle sur sa vie ». C'est un processus d'apprentissage qui nous permet d'accroître notre perception de contrôle.

→ L'autorégulation est la capacité de l'individu à analyser son environnement et ses possibilités personnelles avant de prendre ses décisions et d'en évaluer les conséquences.

→ L'autoréalisation est la capacité d'une personne à influencer ou à façonner le cours de sa vie. Cela implique le développement d'une connaissance de soi.

Les postures des professionnels du PHVS sont des postures d'écoute, de conseil, d'aide à l'appréciation des conséquences, d'accompagnement pour « faire avec » sans plus jamais se substituer aux choix et à l'action des personnes elles-mêmes.

Les postures des professionnels du PHVS sont des postures d'écoute, de conseil, d'aide à l'appréciation des conséquences, d'accompagnement pour « faire avec » sans plus jamais se substituer aux choix et à l'action des personnes elles-mêmes.

¹⁶Lachapelle & Wehmeyer, 2003 ; Sand & Wehmeyer, 1996 ; Haelewyck & Nader-Grosbois, 2004

B. L'ORGANISATION ET LA CONDUITE DES PRESTATIONS D'ACCOMPAGNEMENT

De la même manière que l'accompagnement à l'autodétermination est à la base de nos postures professionnelles, la façon dont nos contenus d'accompagnements sont dispensés, est un levier pour faciliter la citoyenneté et les droits des personnes concernées.

C'est ainsi que les prestations que nous délivrons sont dispensées dans une logique de subsidiarité.

La subsidiarité nous engage dans une relation de confiance avec les personnes concernées et leurs proches aidant. Il s'agira d'abord de préférer, chaque fois que cela est possible, des solutions pour permettre à un projet de vie de s'accomplir dans le milieu ordinaire.

Produire auprès des personnes un accompagnement subsidiaire consiste à construire avec la personne concernée « le cumul » potentiel des prestations dont elle a besoin, dans une logique progressive en allant de l'accompagnement, en intensité et en fréquence, « le moins aidant vers le plus aidant » (dans la limite de nos possibilités).

Cette modalité d'organisation de la « délivrance » de nos prestations nous permet de passer d'une logique où les personnes concernées devaient prouver leurs compétences pour que les professionnels acceptent de leur délivrer moins de prestations, à une logique de valorisation de leurs forces et par conséquent à un ajustement « sur mesure » de la prestation à produire, grâce à une évaluation croisée (personne concernée - professionnel) objective « in situ » de leurs besoins.

Au-delà de construire la délivrance de nos prestations sur un mode subsidiaire, chaque personne concernée dispose d'un projet d'accompagnement personnalisé fait d'objectifs et de moyens permettant de les atteindre. La façon dont les moyens d'actions sont mobilisés dans l'atteinte des objectifs individuels de chaque personne est, elle aussi, vecteur de participation.

Par exemple, le Programme de Renforcement de l'Autonomie et des Capacités Sociales (PRACS) est une méthode d'accompagnement pédagogique nous permettant, sur la base d'un besoin repéré pour une personne de développer un programme d'apprentissage spécifique permettant de révéler/exacerber/développer ses compétences.

Ainsi, module après module, la personne améliore sa capacité à répondre elle-même à son besoin, gagne en confiance en elle, comprend mieux sa maladie et trouve ses stratégies pour la contourner.

Divers thématiques comme la gestion de l'argent, les transports, la gestion du temps, la connaissance de soi sont des modules que nous développons et allons développer et déployer à l'horizon 2027.



C. L'INSCRIPTION DES PERSONNES SUR LEUR TERRITOIRE, LEUR BASSIN DE VIE

Pour que la participation de personne concernée concourt de leur rétablissement, il est indispensable qu'elle s'exprime dans leur environnement local, au plus proche des dispositifs de droit commun qui les entourent.

L'inscription chaque accompagnement dans les dispositifs et services des territoires de nos établissements et services concourt de l'inscription citoyenne des personnes.

Le mot « citoyen » vient du latin civitas, qui signifie la « cité », la « ville ». Le citoyen est quelqu'un qui habite sur un territoire, une ville ou un pays et qui en reconnaît les lois.

Accompagner les personnes concernées à être citoyen, à exercer leur rôle citoyen, c'est pour les professionnels du PHVS s'inscrire dans un double mouvement :

→ Celui d'accompagner individuellement les personnes à investir leur territoire, leur bassin de vie pour y développer des habitudes, pour utiliser les services de ce dernier en première intention au même titre que n'importe qui. En cela, l'organisation de nos prestations d'accompagnement en mode subsidiaire (développée au point précédent) est un levier d'action important.

Les professionnels qui accompagnent les personnes concernées dans ce mouvement agissent alors comme « passeur », « entremetteur », « décodeur », facilitant l'inscription citoyenne des personnes et plus globalement l'émergence d'une société inclusive. Société inclusive au sens définit par Charles GARDOU¹⁷, qui considère que permettre l'émergence d'une société inclusive, c'est oeuvrer pour l'équité et la liberté en considérant que « Nul n'a l'exclusivité du patrimoine humain et social ».

→ Celui d'ouvrir nos services, nos collectifs sur nos territoires, de mutualiser, de faire avec les acteurs de ces territoires. Cela concourt de la déstigmatisation des personnes concernées et de la valorisation de leurs nombreuses compétences.

L'accompagnement de la citoyenneté passe par un ancrage territorial fort et des partenariats actifs. Les fonctions de référent de projet et/ou d'animateur projet présentes dans tous les dispositifs du PHVS à dimension collective ont spécialement pour mission de développer et faire vivre ces partenariats.

Groupes d'Entraide Mutuelle, Centres sociaux, associations culturelles et sportives, associations d'entraide sont autant de partenaires ciblés avec lesquelles nous tissons ces partenariats et oeuvrons au développement social inclusif de nos territoires.

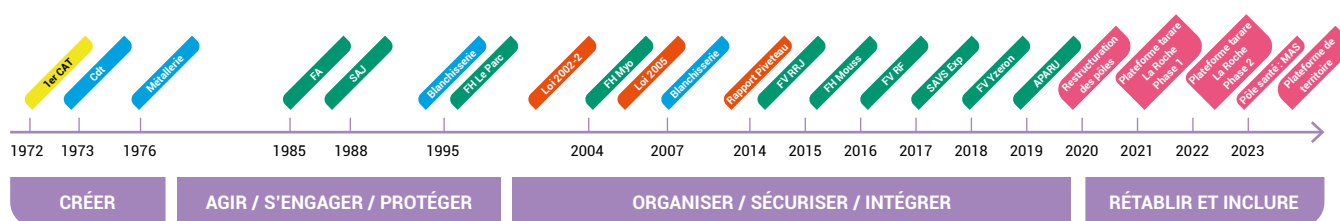


¹⁷Charles GARDOU, la société inclusive, Parlons-en ! - 2012 - Edition ERES

3.3. Orientation Stratégique N°3 : Consolider le Statut d'Acteur-Expert du Handicap Psychique et appuyer les Pratiques sur la Recherche et le Numérique

Comment notre expérience de l'accompagnement de personnes en situation de handicap psychique peut devenir une expertise ?

L'association oeuvre depuis plus de 50 ans dans l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique. Son expérience n'est pas à remettre en cause, l'association, ayant par ailleurs, su évoluer avec les logiques de son temps.



Depuis environ 2016, la Roche passe peu à peu d'une **logique d'intégration** à une **logique d'inclusion**. Son ambition évolue, ses pratiques et prestations changent, s'adaptent pour ne plus seulement promouvoir des dispositifs permettant d'accompagner les personnes à vivre « comme les autres », mais à vivre « avec les autres ».

Les fusions absorption avec **YZERON**, **SOPHONIE**, **APARU** façonnent le **PHVS** et accompagnent cette évolution. L'ouverture de nos dispositifs à toutes les personnes concernées et plus uniquement à celles « travailleuses d'ESAT » ouvrent le champ de l'accompagnement à une vie sociale plus globale, plus riche, plus diversifiée.

Cette nouvelle richesse et cette nouvelle ambition pour le Rétablissement et l'inclusion des personnes concernées nous imposent une remise en question : nous réinventer, nous transformer, nous nourrir de nouvelles pratiques.

Rendre opérationnel l'ambition d'apparaître comme un Acteur-Expert du Handicap psychique, c'est pour l'ensemble des dispositifs du PHVS agir sur deux leviers :

- A. La Formation aux pratiques Orientées Rétablissement
- B. L'inscription des professionnels de la coordination et du projet dans les réseaux locaux



A. LA FORMATION AUX PRATIQUES ORIENTÉES RÉTABLISSMENT

Consolider notre statut d'expert de l'accompagnement des personnes concernées sur la voie de leur rétablissement passe obligatoirement par un plan de formation ambitieux de l'ensemble des professionnels du pôle.

Au-delà des colloques et autres séminaires de sensibilisation sur la question des pratiques orientées rétablissement (généralement organisés par les centres spécialisés), depuis 2021, nous nous sommes engagés notamment dans le déploiement de plusieurs formations dont le budget cumulé est de plus de 35 000 € pour près de 120 professionnels formés.

Les professionnels ont ainsi été formés à la mise en oeuvre des pratiques orientées rétablissement grâce notamment à des formations autour des thématiques suivantes

- Mettre en oeuvre le processus de rétablissement : « Utilisation des outils de la réhabilitation psychosociale »
- Développer l'autodétermination des personnes en situation de handicap.

En 2024, nous poursuivrons cette ambition en proposant des formations sur des thématiques complémentaires :

- Le projet personnalisé, un levier pour le développement du pouvoir d'agir.
- Mieux comprendre les conduites addictives en abordant les différents niveaux d'usage, le mécanisme de dépendance et les facteurs de risque.



Nous espérons également développer notre expertise en conduisant nous-même des formations essentielles à l'accompagnement des personnes concernées :

- Un MOOC sur la prévention de la crise suicidaire a ainsi été développé et l'ensemble des professionnels du PHVS seront formés à cette thématique d'ici 2025.
- Nous avons accompagné la formation d'une salariée du pôle à devenir formatrice aux Premiers Secours en Santé Mentale en 2022. Cette professionnelle depuis 2023 forme ses collègues dans l'ambition de former 100% de nos professionnels d'ici 2026.
- La Vie Affective Intime et Sexuelle (VAIS) fait également l'objet d'attention particulière. Un comité de Pilotage d'une démarche globale du pôle sur cette thématique a été constitué en 2023. Il a notamment pour ambition de structurer nos actions à venir de formation, sensibilisation et prévention sur l'ensemble des dispositifs du PHVS.

B. L'INSCRIPTION DES PROFESSIONNELS DE LA COORDINATION ET DU PROJET DANS LES RESEAUX LOCAUX

Notre expertise, si tant est qu'elle s'acquière et se met en oeuvre (points a et b) ne saurait s'exprimer pleinement sans s'inscrire dans un contexte territorial plus global.

Ainsi, pour le PHVS, devenir un acteur-expert ce n'est pas être expert de tout mais savoir activer les expertises là où elles sont lorsqu'elles nous manquent et être l'expert pour d'autres lorsque le domaine recherché touche l'une de nos prérogatives.

Sur nos territoires, nous sommes donc tantôt l'une des ressources « expertes » rapport au besoin de la personne, tantôt le coordinateur en recherche de la prestation permettant de couvrir le besoin de la personne que nous accompagnons et que nous n'assurons pas.

Les fonctions de coordinateur de parcours,

de référent de projet et d'animateur projet que nous avons introduit sur tous les territoires du PHVS ont comme prérogative de recenser/ identifier/connaitre/s'inscrire (au besoin) dans tous les réseaux de nos territoires.

Ce travail autour et avec les réseaux sociaux, sanitaires, solidaires, institutionnels, culturels, sportifs, associatifs, travail de nos territoires nous permet de consolider notre statut d'acteur-expert en optimisant notamment nos actions pour :

- L'identification des besoins, attentes et aspirations de la personne et de son entourage
- La mise en dynamique des acteurs du projet de vie des personnes ;
- L'anticipation des besoins particuliers que nécessitent les transitions notamment en inter secteur (enfance-handicap-personne âgée).



3.4. Orientation Stratégique N°4 : Assurer l'adéquation permanente de l'Offre de Services et développer l'Ingénierie Sociale

Dans un contexte national où l'optimisation des ressources devient une réalité tangible pour rester compétitif et crédible aux yeux, notamment, de nos partenaires publics, le développement de notre offre de services se doit d'être le plus pertinent possible au regard des besoins des publics cibles et de nos territoires d'intervention. La Roche et le PHVS se sont dès lors dotés d'outils d'aide à la décision afin d'orienter ses stratégies de développement.

Ces outils sont fondés sur la mise en perspective de connaissances objectives pour conduire leur stratégie de d'adéquation permanente de son offre de services médico-sociale.

Pour le PHVS, opérationnaliser cette ambition stratégique se décline par le fait de :

- A. Favoriser et permettre le déploiement de la démarche prospective sur l'évaluation des besoins de nos bénéficiaires à l'échelle de l'association
- B. Organiser la coordination des parcours
- C. Utiliser des outils permettant l'évaluation en continu des besoins des personnes accompagnés par nos dispositifs

A. FAVORISER ET PERMETTRE LE DÉPLOIEMENT DE LA DÉMARCHE PROSPECTIVE SUR L'ÉVALUATION DES BESOINS DE NOS BÉNÉFICIAIRES À L'ÉCHELLE DE L'ASSOCIATION

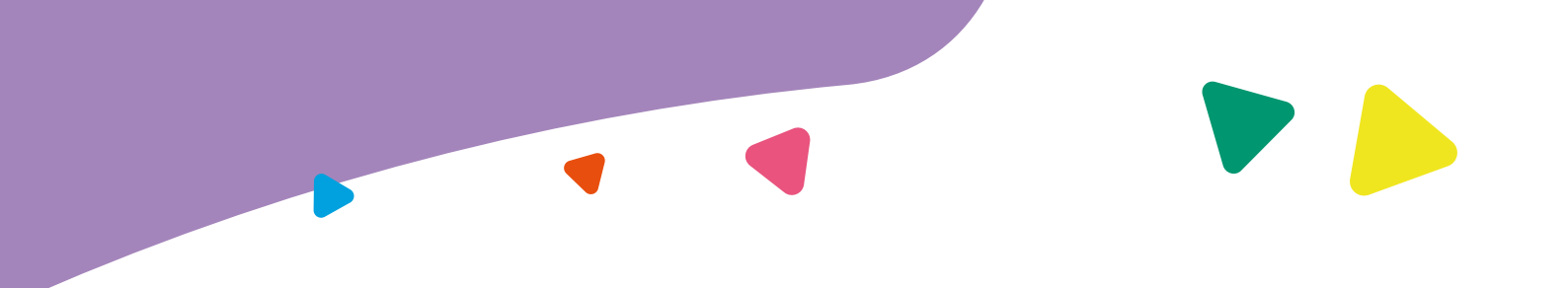
Une étude prospective consiste à dégager des éléments de prévision. Ce sont des prévisions du court au long terme sur l'évolution des besoins des personnes concernées.

Une première étude de besoins a été menée en 2018 sur un échantillon de 400 personnes bénéficiaires des services de l'association. L'étude montrait qu'il fallait diversifier l'offre au bénéfice des parcours.

Pour que notre vision sur les besoins de personnes concernées soit la plus large, nous avons également étendu notre démarche prospective auprès de nos partenaires.

Il s'agit des acteurs du Projet Territorial de Santé Mentale, des Comités Locaux en Santé Mentale, des Conseils Communaux d'Actions Sociale, des Maisons du Rhône et de la Métropole de Lyon, de la Maison Départementale des Personnes Handicapées pour connaître les besoins des publics sur les territoires d'implantation de La Roche.





Pour illustrer l'intérêt de cette démarche, à l'issue de cette étude de 2018, nous disposons des éléments de prévisions suffisants pour « penser » l'évolution des dispositifs du PHVS présents sur le secteur de Tarare. Nous avons alors travaillé et produit les évolutions nécessaires pour mettre en place la Plateforme Via-Psy de l'Ouest Rhodanien.

Au premier semestre 2022, tous les bénéficiaires des services de La Roche ont été accompagnés par les professionnels du pôle pour répondre une nouvelle fois à un questionnaire sur leurs besoins.

Ce questionnaire a interrogé les besoins des personnes concernées sur trois dimensions de leur vie : autonomie, participation sociale, santé.

Les principaux résultats de cette seconde étude orientent nos réflexions sur les évolutions à produire et sont présentés pour chaque dispositifs du PHVS au point 6.

B. LA COORDINATION DE PARCOURS : PIERRE ANGULAIRE DE L'ADÉQUATION DE L'OFFRE AUX BESOINS

Pour le PHVS, la notion de parcours s'entend et se pratique comme la réflexion associée à l'accompagnement des personnes concernées dans une dimension :

- **Globale** : dans et en dehors de l'association et du secteur médico-social
- **Structurée** : l'évaluation des besoins et la recherche permanente du meilleur équilibre entre les besoins de la personne et les prestations rendues

→ **Continue** : avant, pendant et après le passage dans un dispositif du PHVS. L'ambition du PHVS est de faciliter les immersions, prévenir et éviter toute forme de rupture en faisant preuve de l'agilité nécessaire pour ajuster en temps réel nos prestations aux besoins d'accompagnement des personnes

La coordination de Parcours est un élément primordial permettant de mettre la personne concernée au centre des dispositifs d'accompagnement qui la concerne. Le coordinateur de parcours la place en position d'être l'architecte de son parcours, l'architecte du « Pourquoi », elle souhaite bénéficier d'un soutien spécifique.

Définir avec les personnes concernées « pourquoi » elles souhaitent bénéficier de prestations d'accompagnement est le premier niveau de recueil du besoin et nous permet de mesurer et quantifier les besoins des personnes.

C. L'UTILISATION D'OUTILS PERMETTANT L'ÉVALUATION DES BESOINS

Consolider notre expertise par la formation (Cf.3.2), c'est aussi assurer leur mise en application sur nos différents dispositifs. Notre ambition de voir se matérialiser l'accompagnement des personnes dans leur processus de rétablissement se concrétise par l'appropriation, le développement et l'utilisation de nouveaux outils.

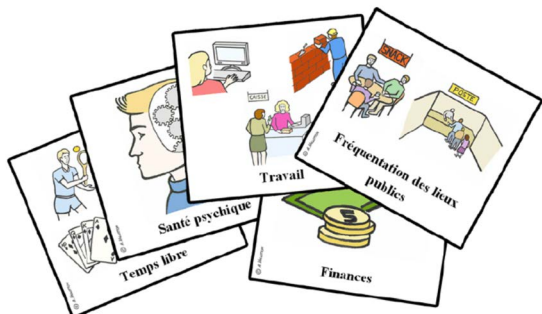
Ces outils favorisent notamment l'exercice du choix, l'autodétermination des personnes concernées en les plaçant au centre des projets qui les concernent.

Être au centre de son projet concourt de l'évaluation en temps réel des besoins et nous permet l'ajustement de notre offre.

Parmi les outils utilisés, on peut identifier :

→ **ELADEB** est une échelle de mesure subjective des difficultés et du besoin d'aide. Sur la base d'une activité de tri de cartes effectuée par la personne évaluée, il est rapidement possible de dresser son profil de difficultés psychosociales, et de mettre en évidence les domaines dans lesquels elle estime avoir besoin d'une aide supplémentaire par rapport à celle qui existe peut-être déjà.

Cet outil est utilisé par les référents de projets dans le cadre de la co-construction des Projets d'Accompagnement Personnalisé (PAP) de chaque personne accompagnée.



→ **Mon GPS** est un outil permettant aux personnes concernées d'écrire leurs directives anticipées en psychiatrie, c'est à dire leurs besoins concernant les soins et l'accompagnement dont elles souhaiteraient bénéficier lors d'une éventuelle situation de crise psychique.

Cet outil permet d'anticiper et prévenir les crises mais aussi de « mieux agir » et agir dans le respect des souhaits de la personne.

Mon GPS est coconstruit et utilisé par les personnes concernées accompagnées et les équipes. Sa conception et son utilisation s'accompagnent de formation pour les professionnels.

→ **Imago DU** est un logiciel métier que nous exploitons et qui nous permet pour chaque personne accompagnée de constituer son dossier personnalisé. Dossier dans lequel sont renseignées toutes les actions que nous conduisons dans le cadre de l'accompagnement des projets personnalisés des personnes concernées.

Nous apprenons peu à peu à configurer et exploiter les informations enregistrées dans ces dossiers. Parce que nous y traçons, désormais de manière uniforme, tous les accompagnements que nous produisons nous pouvons vérifier (et ajuster le cas échéant) si ce que nous produisons correspond bien aux objectifs que les personnes se sont fixés.

Grace à cela, nous sommes assurés de bien répondre aux demandes des personnes et ainsi finir de rompre avec l'habitude encore tenace de produire en tant que professionnel ce que nous pensons être nécessaire pour les personnes et pas nécessairement ce qu'elles souhaitent.

L'intégration de Pairs-aidants professionnels dans nos équipes.

« L'approche par les pairs s'inscrit dans une dynamique d'intervention fondée sur la ressemblance entre l'individu portant le rôle d'intervention et celui portant le rôle de bénéficiaire. »¹⁸ La ressemblance provient notamment d'expériences communes (parcours de rue, addiction, mauvaise santé mentale...).

¹⁸L'intervention par les pairs. Un enjeu multiple de reconnaissance » (Extrait du chapitre de C. Bellot et J. Rivard), dans Les transformations de l'intervention sociale. Entre innovation et gestion des nouvelles vulnérabilités ? sous la direction de E. Baillergeau et C. Bellot, Presses de l'Université du Québec, 2007, p. 175.

La dynamique d'intervention est construite entre-autre grâce à la proximité entre le pair et la communauté cible de l'intervention.

Dès 2020, l'intervention de travailleur pair a commencé à émerger au sein de dispositif du pôle. Notre ambition par l'intégration d'un salarié pair aidant dans la fonction d'animateur accueil s'inscrivait :

→ Dans une démarche de réduction des risques au sens large du terme ; le travail pair venant enrichir les pratiques d'intervention et transformer les représentations des partenaires vis-à-vis des personnes accompagnées.

→ Dans une logique de rétablissement ; en valorisant le savoir expérientiel qui pourrait à priori être perçu comme disqualifiant ou dévalorisant, le travail pair renverse le stigmatisme et concourt au processus de rétablissement des personnes.

Depuis 2023, 3 pairs aidants professionnels travaillent au sein de la plateforme Via-Psy. Le PHVS se donne pour ambition d'intégrer dans ses effectifs salariés des pairs aidants sur le territoire de La Loire et le territoire du sud-ouest Rhodanien (Yzeron).

Enrichir nos équipes de ces salariés aux savoirs expérientiels va concourir de l'atteinte générale de notre ambition d'accompagner le rétablissement de chaque personne concernée et spécifiquement car ils permettent/apportent :

→ La réduction de la distance éducative entre les personnes et leurs accompagnants.

→ Le « bilinguisme », en parlant à la fois le langage des personnes concernées et celui des accompagnateurs.

→ Une identification réciproque, qui donne de l'espoir aux personnes accompagnées.



3.5. Orientation Stratégique N°5 : Développement des Activités et Démultiplication de l'Impact Social

En tant qu'acteur économique et social ancré dans les départements ligérien et rhodanien, l'Association La Roche se veut responsable et solidaire. Son ADN se nourrit d'une éthique sociale fondée sur le principe même de ne pas laisser « sur le bord de la route » des personnes défavorisées. Elle encourage aujourd'hui chaque individu à exprimer ses souhaits, et l'aide à se mobiliser pour satisfaire ses besoins dans tous les domaines de sa vie.

Cette éthique sociale couplée à son éthique économique affirmée dès sa naissance par son statut d'association à but non lucratif, sont les « portes d'entrées » que l'association a ouvertes sur le secteur de l'ESS (Economie Sociale et Solidaire) dont elle est aujourd'hui un acteur de plein droit.

Au global associatif, poursuivre l'ambition de développer ses activités et démultiplier leur Impact Social c'est notamment :

- Diversifier ses activités économiques
- Hybrider les sources de financement
- Accroître son impact social
- Engager une démarche RSO

Opérationnaliser cette ambition associative prend corps au niveau du PHVS dans une triple dimension :

- A. La recherche de la plus grande efficacité dans la gestion des dispositifs du pôle
- B. La valorisation de notre production
- C. La promotion d'une démarche citoyenne et responsable dans les gestes du quotidien tant auprès des personnes concernées que des professionnels du pôle.

A. LA RECHERCHE DE LA PLUS GRANDE EFFICACITÉ DANS LA GESTION DES DISPOSITIFS DU PÔLE

La création de la plateforme Via Psy est la parfaite illustration de la recherche permanente de cette efficacité. L'étude de besoins que la direction parcourt et qualité de l'association a réalisée en 2018 sur le territoire de l'Ouest Rhodanien a posé les bases de nos réflexions sur les évolutions à conduire pour mieux répondre aux demandes des personnes.

Au-delà de conduire ces réflexions dans l'idée de satisfaire les besoins révélés, nous avons imaginé les nouvelles solutions à promouvoir avec la philosophie entrepreneuriale de la Roche.

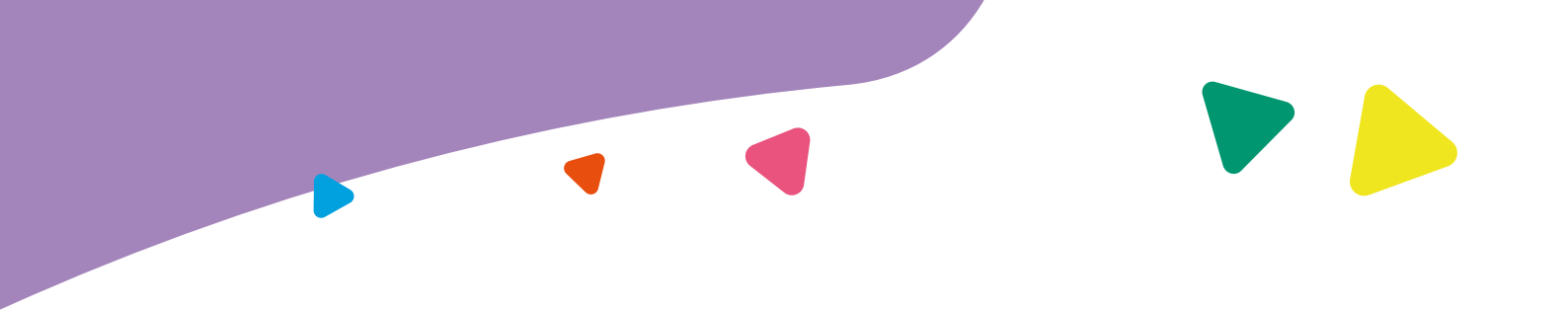
Nous avons adapté nos modes de fonctionnement aux besoins des personnes en rationalisant notre organisation afin de dégager les marges nécessaires pour rester innovants et créer de nouveaux dispositifs. Nouveaux dispositifs qui ont pris les traits des dispositifs Habitats Regroupés et Regroupés Renforcés en 2023.

En 2024, deux nouveaux services viendront compléter cet ensemble, signe de cette recherche permanente de l'efficacité maîtrisée et de notre volonté de rendre opérante l'ambition générale de développer nos activités.

B. LA VALORISATION DE NOTRE PRODUCTION

L'accompagnement éducatif reste souvent assez abstrait et difficile à caractériser. Il est en effet complexe de rendre lisible l'impact du lien, ciment de toute relation d'accompagnement.





Ainsi, trop souvent les productions des équipes ne sont finalement pas assez lisibles et il devient difficile d'en prendre la mesure.

Fort de ce constat, les équipes du PHVS travaillent à mieux rendre compte de leur quotidien d'accompagnement.

Depuis 2017, l'acquisition d'un logiciel métiers (IMAGO DU) nous permettant de créer pour chaque usager un dossier informatique partagé nous a permis peu à peu de rendre plus lisible nos actions. Diverses catégories d'informations sont ainsi partagées, tracées et quantifiées pour rendre compte de notre production.

En 2023, la quasi-totalité des dispositifs du PHVS ont acquis la capacité de comptabiliser toutes les actions produites auprès des personnes concernées selon les thématiques d'accompagnement que nous avons définies.

Outre le fait de pouvoir utiliser ces données pour parfaire notre capacité à adapter de nos offres aux besoins de bénéficiaires (Cf.3.4), savoir comptabiliser notre production permet à tous les professionnels du PHVS de prendre conscience que nous produisons des accompagnements médico-sociaux pour un « chiffre d'affaire » de plus de 11 millions d'euros d'argent public.

La responsabilité que nous avons auprès des personnes que nous accompagnons est grande et l'importance des sommes publiques engagées nous confère également une grande responsabilité sociétale et citoyenne.

Rendre lisible notre production pour justifier de notre « bonne utilisation » de l'argent public se complète avec la capacité que nous souhaitons/devons acquérir de mesurer l'impact social des actions que nous menons.

Une première mesure de notre impact a été initiée en 2022 sur le PHVS et son dispositif de la plateforme Via-Psy avec l'ambition futur de se généraliser à tous les établissements du Pôle.

Le point 5.3. du présent projet explique plus en détails notre ambition relative à la mesure de notre impact et de sa nécessaire mise en oeuvre pour se donner les moyens de rendre encore plus efficaces et efficaces nos accompagnements et par conséquent mieux les promouvoir à tous nos financeurs ; public comme possiblement privés.

C. LA PROMOTION D'UNE DÉMARCHE CITOYENNE ET RESPONSABLE DANS LES GESTES DU QUOTIDIEN

Les valeurs humanistes de l'association trouvent aujourd'hui une expression évidente dans ce que le cadre réglementaire nomme la Responsabilité Sociétale des Organisations (RSO).

La RSO désigne la prise en compte par les entreprises, sur une base volontaire et parfois juridique, des enjeux environnementaux, sociaux, économiques et éthiques dans leurs activités. A l'échelle du PHVS, développer notre impact s'envisage dans le cadre de la politique RSO associative qui peu à peu émerge.

Parmi les dimensions émergentes de la RSO associative, le PHVS apporte son concours au déploiement d'écogestes citoyens.

Les écogestes citoyens ne sont pas uniquement tournés vers la protection de l'environnement. Ils s'accomplissent également en faveur des autres. Ainsi, un écogeste citoyen, c'est une action qui va au-delà de la réalisation des devoirs civiques et politiques. Adopter un comportement citoyen, c'est être responsable et autonome, individuellement et collectivement.

Le citoyen contribue à donner un sens à la société dans laquelle il vit. Respecter les autres, être poli et courtois, refuser la violence verbale et physique, lutter contre les discriminations, être solidaire avec les plus fragiles... sont des règles essentielles de vie en collectivité.

Beaucoup de possibilités existent pour se réaliser en tant que citoyen et le PHVS en

accompagne et organise beaucoup.

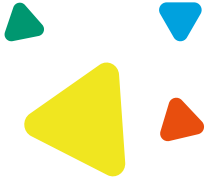
Son ambition est d'en développer de plus en plus sur chacun de ses territoires :

- Actions de tri de ses déchets
- Actions de recyclage
- Actions d'information et de sensibilisation à l'optimisation de l'utilisation des ressources naturelles
- Actions d'information et de déstigmatisation du handicap et de la santé mentale
- Actions de partage et de participation à la vie associative des territoires
- Actions de mutualisation de moyens

Toutes ces actions sont autant de pistes explorées et à explorer et qui donnent lieu à un engagement toujours plus actif des personnes concernées comme des professionnels.



é
CO
CITOYEN



4

Le PVHS : comment ça marche ?



4 LE PÔLE HABITAT ET VIE SOCIALE : COMMENT ÇA MARCHE ?



Depuis sa création en février 2021, de nombreux travaux collaboratifs conduits avec les professionnels qui composent ses différents dispositifs ont permis de définir et structurer l'organisation du PHVS.

Pour mieux décliner les ambitions associatives en actions concrètes, cette organisation est homogène à tous les dispositifs qui le composent et constitue les bases organisationnelles sur lesquelles chaque dispositif du PHVS peut s'appuyer.

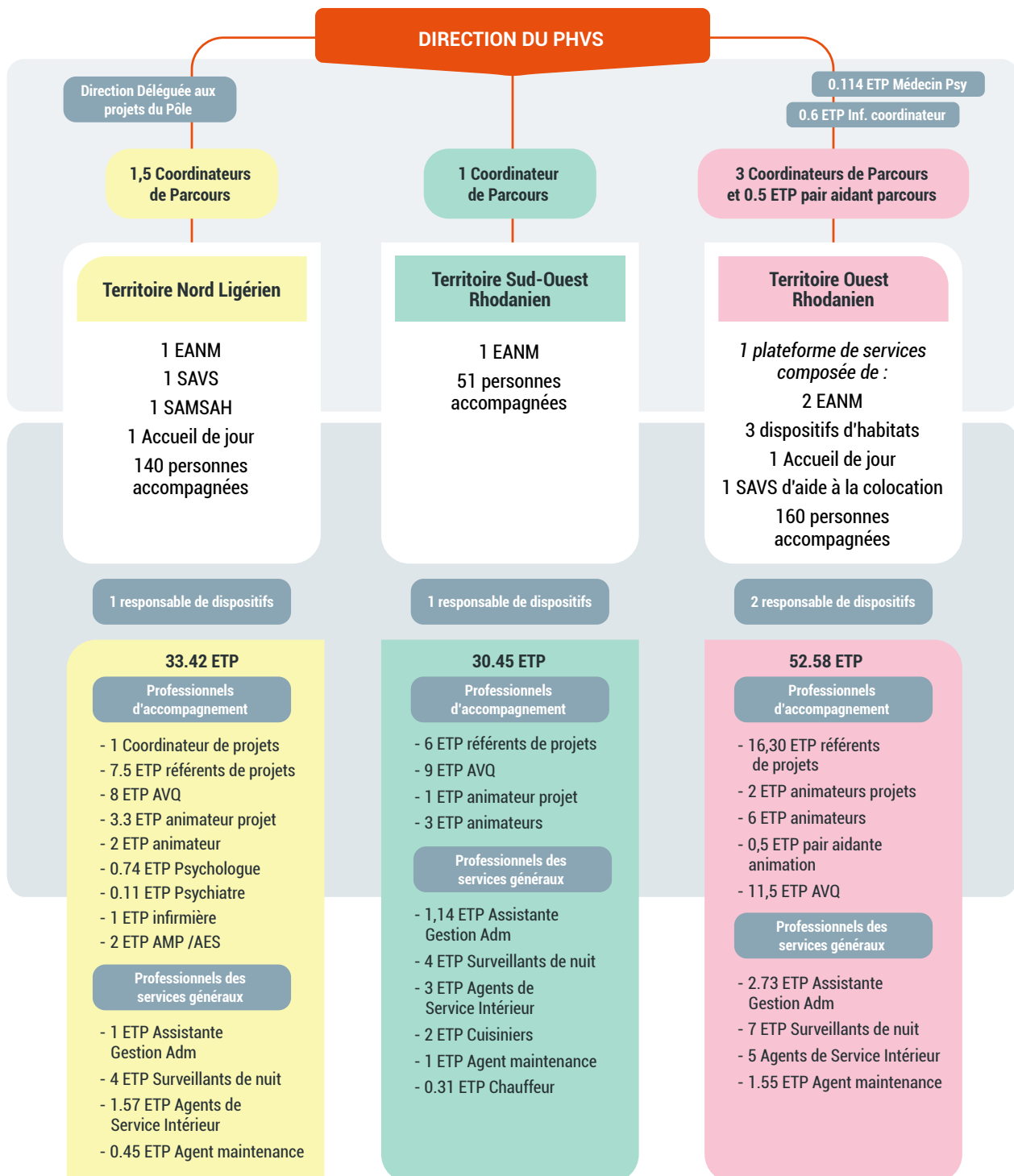
Cette organisation est une photographie au 31/12/2023 et n'est en rien figée.

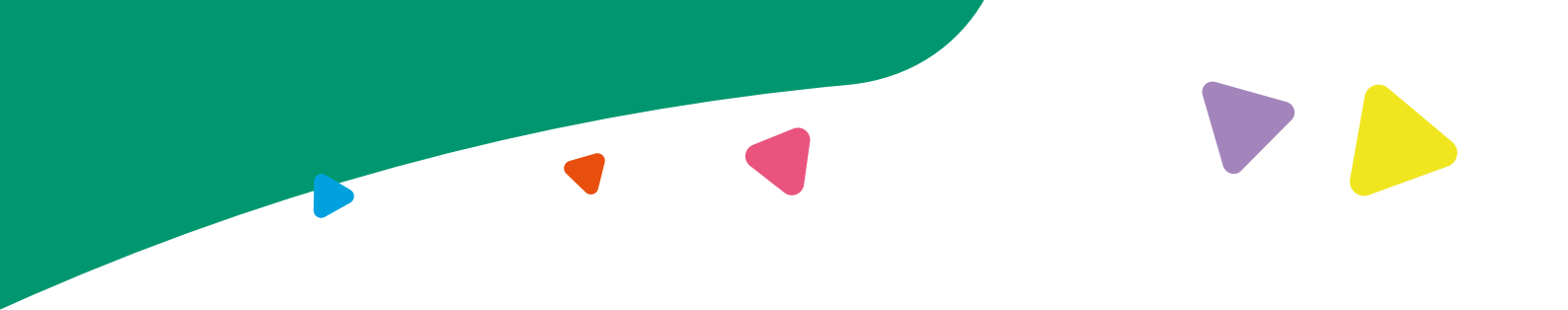
Depuis sa création, le PHVS se construit sur un **mode itératif**.

Les processus itératifs utilisés désignent **la pratique qui consiste à créer, affiner et améliorer un projet au fur et à mesure de sa mise en oeuvre**. Les équipes du PHVS créent, testent et révisent jusqu'à ce qu'elles soient satisfaites du résultat final.

4.1. L'organigramme et les caractéristiques générales du public accompagné

Le PHVS est structuré autour d'un directeur de pôle, d'un directeur délégué et de 4 responsables de dispositifs. Il est composé de 14 établissements et services répartis sur 3 territoires : Nord Loire ; Sud-ouest Rhône ; Ouest Rhodanien. L'organigramme général est le suivant :





Le public accueilli au sein des dispositifs de l'association la Roche est un public bénéficiant d'une reconnaissance de handicap par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées. Au sein de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH), la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) décide des droits de la personne handicapée.

L'accès aux dispositifs du PHVS se fait par notification d'orientation pour le dispositif concerné.

Bien que poursuivant l'ambition d'être expert de l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique, l'association la Roche n'est toutefois pas limitée uniquement à l'accompagnement des personnes atteintes de ce type de troubles. En 2021, l'association a ainsi réécrit ses statuts et modifier son objet.

L'association peut ainsi :

- ➔ Accueillir et accompagner les personnes vivantes ou ayant vécu un handicap psychique associé ou non à une déficience, et soutenir leur Rétablissement, dans une logique de Subsidiarité.
- ➔ Concourir à l'inclusion dans la société et dans la Cité des personnes concernées par le handicap psychique, notamment par le logement et le travail.
- ➔ Œuvrer pour la reconnaissance et l'effectivité des droits humains et sociaux des

personnes concernées par le handicap psychique, notamment en développant leur pouvoir d'agir et en favorisant leur participation à la gouvernance associative.

- ➔ Agir pour une meilleure prise en compte de la maladie psychique par la Société.
- ➔ Assurer un soutien auprès des aidants des personnes vivantes ou ayant vécu un handicap psychique.

Par ailleurs, afin de répondre au mieux aux besoins recensés sur ses territoires d'intervention, son action peut s'élargir à d'autres types de handicap, d'autres publics et/ou d'autres types d'accompagnement social, notamment l'insertion par le logement ou l'hébergement des personnes défavorisées ».

En 2023, l'association La Roche accompagne très majoritairement des personnes reconnues en situation de handicap psychique.

Les situations de handicap psychique sont reconnues depuis la loi de 2005. Selon l'OMS, elles se distinguent des situations dites, dans le langage courant, de « handicap mental », et sont relatives aux conséquences de troubles psychiques sévères et persistants.

L'UNAFAM nous éclaire sur la notion de handicap psychique et nous apprend que celui-ci, conséquence de la maladie psychique, reste de cause inconnue et la symptomatologie est instable. La prise de médicaments est le plus souvent

indispensable pour aider à la stabilisation des troubles. Cette prise de médicament est généralement associée à des techniques de soins visant la réadaptation en s'appuyant sur les capacités préservées.

Parmi les capacités préservées par la maladie, les personnes concernées peuvent s'appuyer sur leurs capacités intellectuelles. C'est la possibilité de les mobiliser qui est déficiente mais elle peut évoluer positivement.

Dans le handicap d'origine psychique, les fonctions altérées par les troubles psychiques conduisent à des limitations d'activités et de capacités.

Les altérations les plus fréquemment rencontrées par les personnes que nous accompagnons sont :

➔ Les altérations de la cognition froide :

- Capacité à s'organiser dans une activité habituelle : planifier, organiser, anticiper.
- Capacité à s'organiser dans une activité inhabituelle.
- Capacités d'apprentissage.
- Capacité à se concentrer, fixer son attention et à mémoriser.

➔ Les altérations de la cognition psychosociale ou capacités de communication et de compréhension des autres :

- Capacités d'empathie cognitive : savoir « se mettre à la place de l'autre » et le comprendre.

- Capacités d'empathie émotionnelle : se montrer sensible aux émotions d'autrui, se montrer compréhensif et capable de tact et de respect.

- Capacités à identifier les rôles sociaux, la signification des situations sociales.

➔ Les altérations de la motivation :

- Difficulté à initier une action de base, c'est-à-dire les gestes élémentaires de la vie quotidienne.
- Difficulté à anticiper, à entreprendre ou à persévérer.
- Difficultés à gérer le temps.
- Absence de curiosité, désirs.

➔ Les altérations des capacités d'autoévaluation et des capacités à demander de l'aide :

- Difficulté à évaluer ses capacités, à reconnaître ses limites et à les prendre en compte.
- Difficulté à savoir demander de l'aide en cas de besoin et à coopérer aux soins.

La situation de handicap psychique rend la vie difficile pour la personne malade et son entourage. Les soins doivent être réguliers et leurs ajustements quasi permanents au regard de la variabilité des troubles.

Lorsqu'une personne concernée intègre un dispositif du PHVS, elle conserve le suivi de ses soins psychiatriques selon les règles de la sectorisation hospitalière.

4.2. Les Modalités d'accompagnement au sein des dispositifs du PHVS

4.2.1. Le Contrat de Parcours

Les établissements et services du Pôle Habitat et Vie Sociale (PHVS) de l'association La Roche sont soumis aux dispositions du décret 2004-1274 du 26 novembre 2004 relatif au contrat de séjour ou document individuel de prise en charge (DIPC) prévu par l'article L.311-4 du Code de l'Action Sociale et des Familles.

Les établissements et services qui composent le PHVS souscrivent à cette obligation et chaque admission prononcée pour un dispositif du PHVS s'accompagne, dans les 15 jours qui suivent l'arrivée de la personne dans le ou les dispositifs choisis, de la signature d'un contrat.

Afin de promouvoir les parcours des personnes concernées en cohérence avec le projet associatif et le présent projet de pôle, il a été décidé de substituer aux traditionnels contrats de séjour et DIPC en cours (signés avant septembre 2023) et à compter de septembre 2023, un contrat uniforme et global à tous les dispositifs du PHVS, nommé : **Contrat de parcours**.

Ce contrat de Parcours vise à définir le cadre dans lequel une personne concernée bénéficie des prestations médico-sociales d'accompagnement qui seront produites pour accompagner son parcours au sein du/ des dispositif(s) du PHVS dans lequel elle aura été admise.

Conformément aux prescriptions du Code de l'Action Sociale et des Familles et de la loi 2002- 2 du 2 janvier 2002, il est remis aux personnes concernées en même temps que la signature de son Contrat de parcours les documents suivants :

- La charte des droits et libertés de la personne accueillie
- Le livret d'accueil de son/ses Dispositif(s) d'accompagnement
- Le règlement de fonctionnement de son/ses Dispositif(s) d'accompagnement
- Le règlement intérieur du Conseil de la Vie Sociale de son/ses Dispositif(s) d'accompagnement
- Notice d'information sur la personne de confiance
- Autorisation de diffusion de son image



Le cas échéant pour les personnes accompagnées par les Dispositifs Habitats du Pôle (DH), la signature d'un contrat de parcours s'accompagne de la signature d'un contrat d'occupation de l'appartement sous loué à l'association par la personne.

Ce contrat de parcours est, comme la loi le stipule, le seul document opposable qui matérialise l'engagement des dispositifs du PHVS à produire des prestations d'accompagnement et l'engagement de la personne concernée signataire à en bénéficier.

Il revêt donc un caractère important et se doit d'être le reflet des ambitions du présent projet. Parmi les éléments qu'il amène, il vient notamment :

- Définir un objet : le « **pourquoi** » la personne souhaite bénéficier des accompagnements du dispositif qu'il a choisi.
- Définir une durée d'engagement : pour combien de temps la personne souhaite s'engager dans la réalisation de son/ses objectif(s).
- Décrire succinctement les ambitions et manière d'agir (postures) que nous

poursuivons dans la conduite des accompagnements.

- Décrire les modalités suivant lesquelles nous pouvons accompagner les personnes. Décrire les domaines de vie dans lesquels les personnes peuvent bénéficier d'un accompagnement.
- Décrire dispositif par dispositif avec quelle intensité les personnes peuvent bénéficier d'un accompagnement.
- Décrire dispositif par dispositif avec quelle fréquence (type) les personnes peuvent bénéficier d'un accompagnement.
- Décrire comment et qu'est-ce qui est financé dans le cadre des accompagnements proposés par les dispositifs du PHVS.
- Décrire comment les personnes et les dispositifs du PHVS peuvent mettre fin à leur contrat.

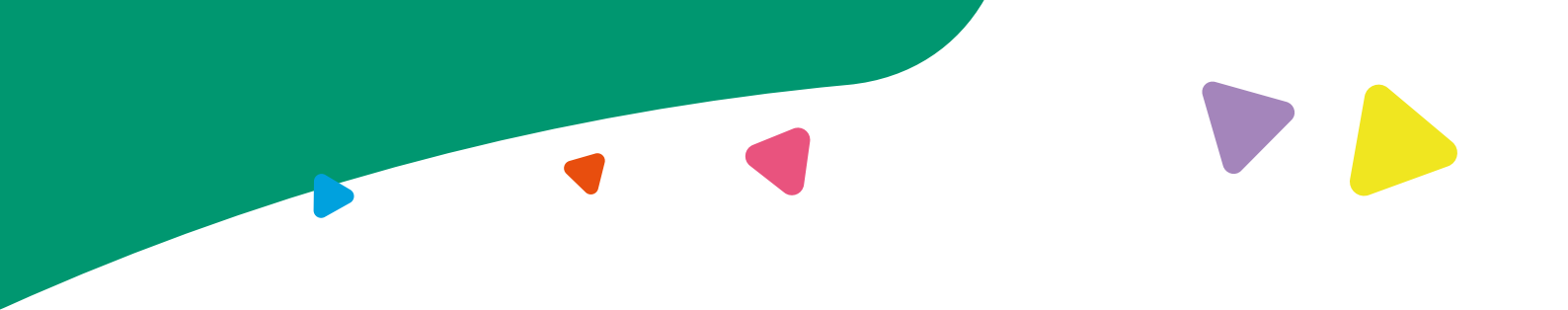
Cet outil (cf. Annexe 4.1.1) est au centre de l'accompagnement des parcours des personnes concernées puisqu'il définit clairement le pourquoi et le cadre dans lequel la personne sera accompagnée.

4.2.2. Le Projet d'Accompagnement Personnalisé

Conformément au projet de l'association La Roche et l'opérationnalisation de son déploiement au sein des dispositifs qui composent le PHVS, l'accompagnement qui est proposé aux personnes accueillies est **individualisé** et poursuit l'ambition générale

de les accompagner sur la voie de leur **rétablissement** (Cf. 3.1). L'accompagnement à l'**autodétermination**¹⁹ et au **développement du pouvoir d'agir** et **de décider** sont à la base des pratiques et postures professionnelles.

¹⁹Selon la HAS l'autodétermination : « c'est exercer le droit propre à chaque individu de gouverner sa vie sans influence externe induite et à la juste mesure de ses capacités »



Les contenus d'accompagnements sont dispensés dans une logique de **subsidiarité** (Cf. 3.2) et entre 3 et 6 mois maximum à compter de la signature du contrat de parcours, le dispositif d'accueil formalise avec la personne concernée son « **Projet d'Accompagnement Personnalisé** » (PAP).

Chaque PAP est élaboré avec les personnes concernées accueillies conformément aux prescriptions de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 et se réfère directement à la recommandation - cadre 3 de l'ANESM²⁰ sur la Bienveillance.

Il détermine la stratégie définissant « **comment** », la personne concernée pourra atteindre son/ses objectifs et les moyens d'accompagnement que le dispositif d'accueil mobilisera.

Le suivi du projet d'accompagnement personnalisé est assuré par un membre de l'équipe, du dispositif d'accueil appelé « **référént de projet personnalisé** ».

Le référént de projet personnalisé est désigné

par le responsable du dispositif d'accueil pour une période maximale de 3 ans à l'issue de laquelle un nouveau référént de projet personnalisé est nommé.

Le référént de projet personnalisé, avec la personne pour laquelle il exerce la référence de projet et l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire du dispositif d'accueil, construisent, accompagnent et évaluent les actions de leur PAP.

Dans le cadre de l'accompagnement du PAP des personnes, le référént de projet personnalisé est, après la personne concernée elle-même, l'interlocuteur privilégié pour tout ce qui concerne son PAP.

Au regard du projet poursuivi et du souhait des personnes concernées, il peut également être en lien avec leur réseau de proximité (Proche Aidants, centre de soin, mandataire judiciaire, ESAT...).

4.2.3. Les modalités de mise en oeuvre des actions d'accompagnement

La mise en oeuvre du PAP d'une personne concernée est programmée individuellement et d'un commun accord avec elle. Cette mise en oeuvre consiste en la réalisation d'actions d'accompagnement conçues et conduites pour accompagner la réalisation du projet de la personne.

²⁰ANESM : Agence Nationale de l'Evaluation et de la Qualité de ESMS

Les actions d'accompagnement qui sont proposées pourront se décliner :

- En entretiens individuels (physique et/ou téléphonique)
- En accompagnement à domicile
- En accompagnement dans la cité
- En accompagnement auprès d'un partenaire de votre réseau d'aide

- En ateliers individuels et/ou collectifs
- En activités individuelles et/ou collectives

Des séquences d'autoévaluation pourront également être proposées aux personnes concernées afin notamment de croiser leurs attentes et leurs ressentis avec les observations des accompagnateurs afin d'ajuster les prestations d'accompagnement qui leur sont délivrées.

4.3. Nos offres de service

4.3.1. Les domaines d'accompagnement

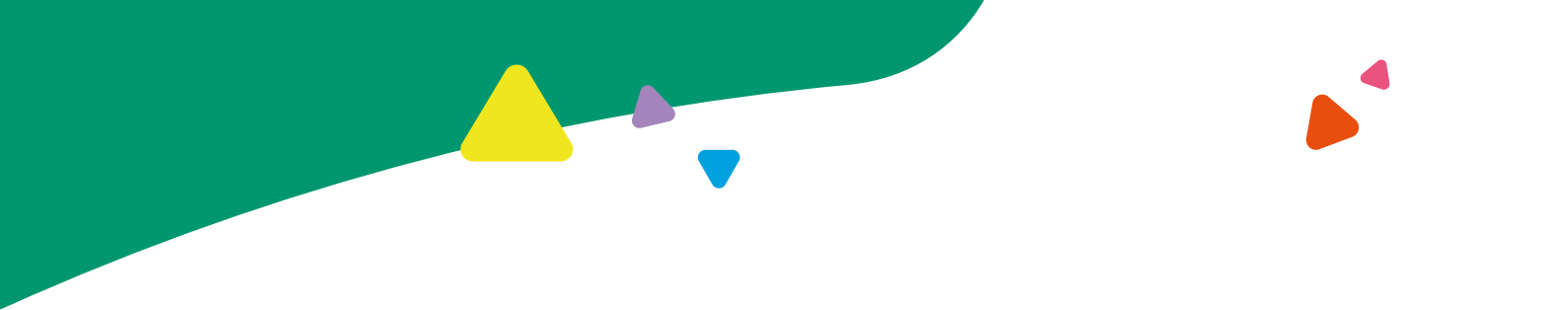
L'outil ELADEB (Cf le point 1.3.3) que nous avons généralisé sur tous les dispositifs du PHVS permet aux personnes d'exprimer leurs besoins.

Ces besoins sont regroupés en domaines d'activités. Ces domaines constituent à ce jour l'ensemble des domaines de vie dans lesquels l'ensemble des dispositifs du PHVS peuvent produire des accompagnements.

Ces domaines de vie sont les suivants :

Conditions de vie	Pragmatique du quotidien	Relations	Santé	Autre
Lieu de vie Finances Travail Droit et justice	Temps libre Tâches administratives Entretien du ménage Déplacements	Connaissances et amitiés Famille Enfants Relations sentimentales	→ Alimentation → Hygiène personnelle → État physique → État psychique → Addiction → Traitement → Spiritualité et croyances	Sexualité





Lors de la construction du PAP avec la personne concernée, les accompagnements spécifiquement développés dans ces domaines de vie sont explicités aux personnes. Avec l'aide de leur référent de projet, les personnes ont la possibilité, domaine par domaine, d'affiner leurs besoins d'accompagnement et de dégager des actions concrètes d'accompagnement dans

chacun de ces domaines de vie.

Tous les dispositifs d'accueil du PHVS accompagnent ainsi possiblement et selon les choix des personnes concernées dans l'ensemble des domaines décrits. Le SAMSAH de Roanne est spécialisé dans l'accompagnement à domicile du domaine de la santé (→).

4.3.2. Fréquence et intensité de délivrance des prestations d'accompagnement

Définir les domaines de vie dans lesquelles les personnes concernées peuvent bénéficier de prestation ne suffit pas à clarifier notre offre de prestations.

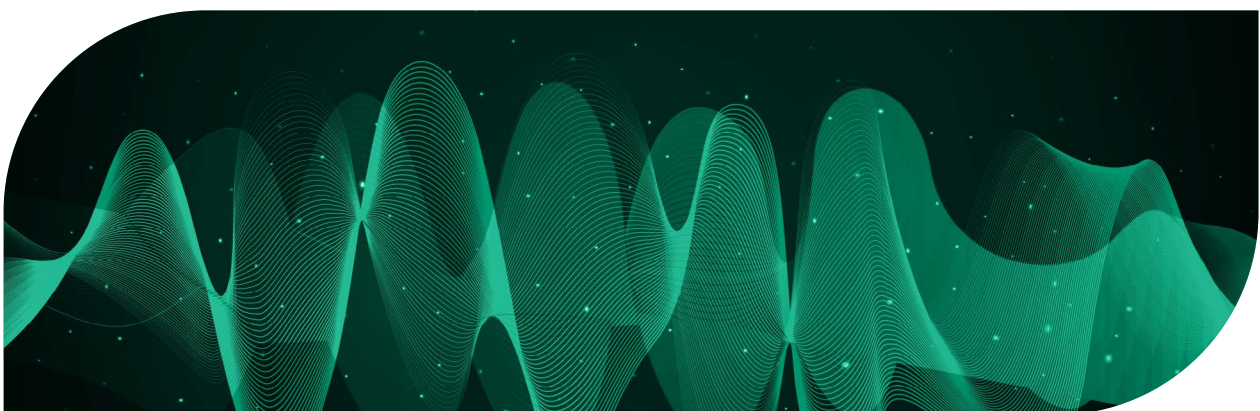
Pour améliorer la lisibilité sur l'offre d'accompagnement de chacun des dispositifs du PHVS, il convient de préciser suivant quelle intensité (en modalité d'action du professionnel intervenant) et avec quelle fréquence (en nombre d'accompagnements possibles/semaine), ils sont en capacité de délivrer des prestations d'accompagnement.

Cette capacité dépend de la caractéristique de chaque dispositif et notamment des moyens qu'il peut mobiliser (en ressources

humaines et en matériel) pour produire des actions d'accompagnement.

En affinant cette présentation de notre offre de service, nous espérons faciliter les parcours des personnes concernées en permettant la meilleure adéquation possible entre leurs besoins et le choix du dispositif qui les accompagne, ceux-ci ne pouvant pas tout produire le même volume d'accompagnement et avec la même intensité d'action.

Cette caractérisation dispositif par dispositif limite, pour les personnes concernées et pour les professionnels accompagnants, les risques d'inéquation/inadaptation pouvant conduire à la rupture de parcours.



L'échelle d'intensité qui jalonne les accompagnements qui sont proposés au sein du PHVS, besoin par besoin est définie comme suit :

Echelle d'intensité des actions d'accompagnement besoins par besoins

7

Engager nos moyens d'accompagnement pour **Faire**, avec le consentement de la personne concernée, **à sa place**

En dehors des prestations socles proposées par les dispositifs, l'intensité de niveau 7 n'est pas accessible dans les dispositifs du Pôle Habitat et Vie Sociale.

6

Engager nos moyens d'accompagnement **temporairement** pour **Faire**, avec le consentement de la personne concernée, **à sa place**

5

Engager nos moyens d'accompagnement pour **Faire avec la personne concernée** afin de l'aider à **maintenir ses acquis**

4

Engager nos moyens d'accompagnement pour **Faire avec la personne concernée** afin de l'aider à **développer ses compétences**

3

Engager nos moyens d'accompagnement pour **Faire avec la personne concernée** afin de la **soutenir dans la mise en oeuvre de ses compétences**

2

Engager nos moyens d'accompagnement pour **stimuler la personne concernée** dans la **mise en oeuvre de ses compétences**

1

Engager nos moyens d'accompagnement pour **guider la personne concernée** à distance dans la **mise en oeuvre de ses compétences**

La fréquence et l'intensité de l'accompagnement des actions accessibles dépendent du type de dispositif dans lequel la personne est engagée et sont, dans un fonctionnement type, accessibles comme suit :

Dispositifs	Fréquences d'accompagnement	Intensité	Prestations « socles » incluse d'office dans le dispositif
EANM FV	Accompagnements possibles tous les jours de 7h à 21h De 21h à 7h – une veille de nuit est assurée	365j/an	De 6 à 1 Fourniture d'une chambre et des repas quotidiens



Dispositifs	Fréquences d'accompagnement	Intensité	Prestations « socles » incluse d'office dans le dispositif
EANM FH	Accompagnements possibles du lundi au vendredi de 7h à 9h et de 17h à 21h et les week-ends et jours fériés de 7h à 21h De 21h à 7h – une veille de nuit est assurée	365j/an De 6 à 1	Fourniture d'une chambre et des repas quotidiens
SAVS d'Aide à la Colocation	Accompagnements possibles du lundi au samedi ²¹	52 semaines/an De 6 à 1	
DHR ²	2 à 4 accompagnements possibles par semaine du lundi au samedi ²¹	52 semaines/an De 4 à 1	Fourniture d'un logement meublé ²² - la personne concernée s'acquitte elle-même de ses frais d'hébergement (loyer, charges et repas)
DHR	1 à 2 accompagnements possibles par semaine du lundi au samedi ²¹	52 semaines/an De 5 à 1	Fourniture d'un logement vide ²³ : la personne concernée s'acquitte elle-même de ses frais d'hébergement (loyer, charges et repas)
DHD	1 accompagnement possible tous les 7 à 12 jours du lundi au samedi ²¹	52 semaines/an De 5 à 1	Fourniture d'un logement vide ²⁴ : la personne concernée s'acquitte elle-même de ses frais d'hébergement (loyer, charges et repas)
SAMSAH Roanne	1 à 2 accompagnements possibles par semaine du lundi au vendredi ²¹	52 semaines/an De 5 à 1	
SAVS Roanne	1 accompagnement possible tous les 12 à 15 jours du lundi au vendredi ²¹	52 semaines/an De 5 à 1	
SAJ Via-Psy CAJ Roanne	Accompagnements possibles du lundi au vendredi ²¹	De 5 à 1	

²¹Les horaires de fonctionnement détaillés du dispositif d'accueil sont renseignés dans son livret d'accueil

²²7 des 10 logements fournis sont regroupés dans une résidence au 2 rue Gonnet-69170 Tarare – 3 sont diffusés sur l'agglomération de Tarare

²³Les logements fournis sont regroupés dans une résidence au 2 rue Gonnet-69170 Tarare

²⁴Les Logements fournis sont proposés sur le secteur de la COR en lien avec le souhait de la personne concernée

4.3.3. Ajustement des Parcours

Durant l'accueil et l'accompagnement d'une personne concernée par un dispositif du PHVS, si l'évaluation de son accompagnement montre que ses demandes et besoins ne sont plus adaptés aux prestations qui y sont rendues (en fréquence ou en intensité), un ou plusieurs points parcours lui seront proposés et permettront d'affiner sa demande et de réajuster les prestations qui lui sont proposées.

Ces ajustements peuvent aboutir à redéfinir quel dispositif (dans ou en dehors de La Roche) serait susceptible de mieux correspondre à ses demandes/besoins et conduire la personne concernée, accompagnée par un coordinateur de parcours et son référent de projet, dans le projet de changer de dispositif.

Cas particulier de la Plateforme Via-Psy

Dans les cas des personnes accueillies par l'un des dispositifs de la plateforme Via-Psy, les changements de dispositifs sont facilités par le fait que la notification d'orientation unique Via-Psy permet un accueil dans n'importe lequel de ces dispositifs.

Ainsi, en cas de projet d'évolution d'un dispositif à l'autre de Via-Psy, les personnes concernées n'ont pas besoin d'effectuer de démarche de réorientation auprès de la MDPH.

4.4. Ressources humaines du PHVS : pilotage et fonctionnement

Remplir nos missions et opérationnaliser les orientations du projet associatif prend corps au sein du PHVS par la conduite d'un ambitieux plan de Gestion Prévisionnel des Emplois et des Compétences (GPEC).

4.4.1. Notre GPEC en action

La GPEC est déterminante pour le déploiement de notre projet. Les établissements et services du PHVS ont vocation à dispenser des accompagnements médico-sociaux.

Ces accompagnements doivent venir en compensation d'un besoin identifié pour et par la personne qui en bénéficie.

Ces accompagnements sont produits par

des équipes dites « accompagnantes ». Notre outil de production se matérialise dans nos équipes, dans chaque individu qui les compose et dans les modes d'interactions entre les professionnels.

Piloter nos ressources humaines, piloter notre outil de production nous permet de maîtriser et ajuster au besoin notre chaîne de production.

Ces ajustements nous permettent de :

- **Rester compétitif** ; car nous anticipons et détectons mieux nos besoins de développement de compétences.
- **Anticiper les évolutions des politiques publiques** et ainsi maintenir et améliorer la qualité de nos services.
- **Sécuriser les parcours des salariés** en garantissant leur employabilité.
- **Concourir à la Qualité de Vie au Travail (QVT)** de tous car déployer une GEPC crée des espaces en collectif ou en individuel pour donner du sens aux missions de chacun.

Déployer notre GEPC, un plan en 3 étapes :

- 1. Identifier/ définir les fonctions clefs** dont le PHVS a besoin dans les domaines :
- De la gestion de nos différents sites

- De l'accompagnement des personnes concernées.
- Des fonctions supports à la production.

2. Structurer toutes les fonctions repérées par la création d'autant de fiches de fonction
Ce travail d'élaboration permet pour chaque fonction de définir ses missions principales et toutes les actions qui y sont associées.

Chaque professionnel peut ainsi mieux comprendre et situer ses actions au sein de son collectif équipe et ainsi mieux intégrer le travail qu'il/elle doit produire. D'importants travaux de groupes avec l'ensemble de nos équipes sont régulièrement menés pour s'assurer que notre organisation humaine est optimale et nous permet d'assumer nos missions.

Les fonctions clefs définies et structurer issues de ces travaux sont rassemblées dans le tableau suivant :

Transversale au Pôle : Fonction de Directeur de Pôle – Fonction de Directeur Délégué

Gestion / Organisation / Pilotage		Production / Acc. des personnes		Support	
Fonction	Responsable de dispositif(s)	Fonction	Coordinateur de Parcours	Fonction	Agent de Service
Fonction	Assistant de Gestion RH	Fonction	Référent de Projet		
Fonction	Assistant de Gestion Administrative	Fonction	Animateur Projet	Fonction	Surveillant de nuit
		Fonction	Animateur Accueil		
Fonction		Fonction	Acc de la Vie Quotidienne		



3. Conduire notre plan de développement de compétences au plus juste des besoins des professionnels pour chaque action définie dans nos fiches de fonctions, nous identifions les compétences nécessaires à avoir pour les conduire.

Cette identification des compétences par actions, nous permet de construire de véritables référentiels de compétences pour chacune de nos fonctions repérées.

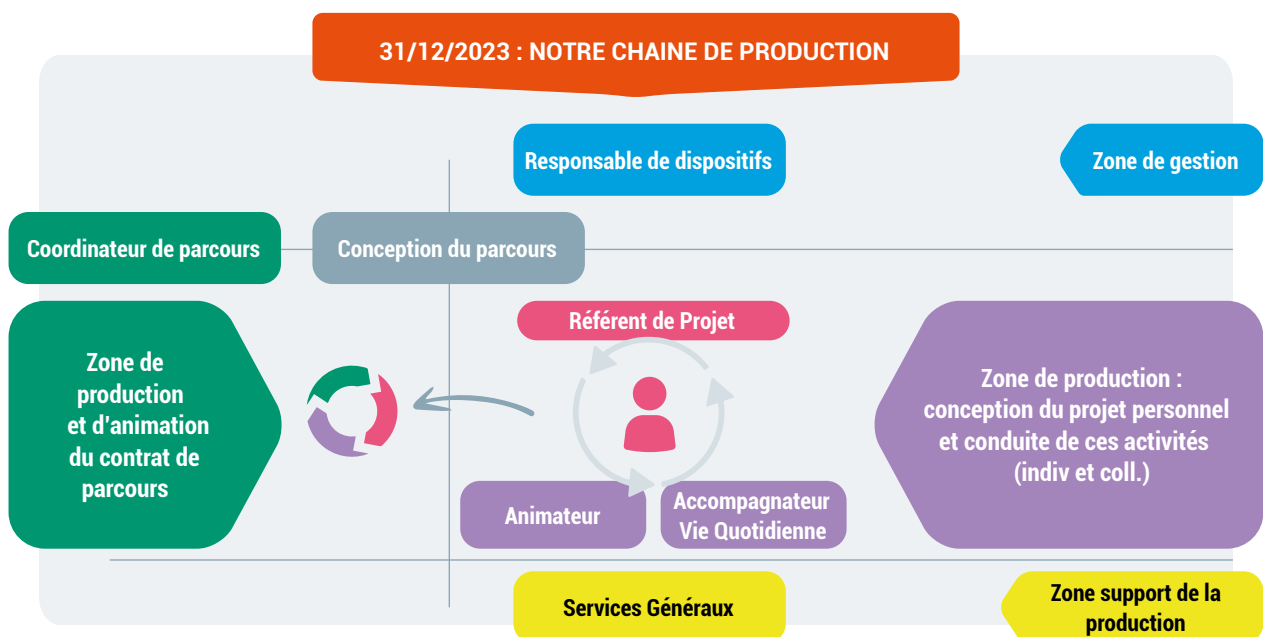
Ces Référentiels nous permettent d'établir un plan de développement des compétences directement en lien avec les besoins de

professionnels lorsqu'une compétence est identifiée comme manquante chez un collaborateur.

Cela nous aide dans le management des équipes et « accélère » la conduite du changement.

Pilotage de notre GPEC :

Notre travail de GPEC nous permet d'établir avec précision « qui fait quoi » dans nos dispositifs. Notre chaîne de production, symbole de la transformation de l'offre de service se schématise aujourd'hui de la manière suivante :



4.4.2. Les fonctions des professionnels du pôle

L'ensemble des fonctions qui composent notre chaîne de production, nos équipes de professionnels qui interagissent avec les personnes concernées pour produire nos prestations d'accompagnement constituent les forces vives sur lequel notre projet repose.



Le PHVS est ainsi composé de :

➔ **LA FONCTION DE DIRECTION DU POLE HABITAT ET VIE SOCIALE** : Par son appartenance avec la direction générale de l'association au comité de direction général restreint, il/elle est l'interface entre la stratégie politique (portée par le Conseil d'administration et le bureau de l'association) et les objectifs opérationnels conduits par les équipes de terrains.

Le/la directeur (-trice) de pôle est en charge de l'opérationnalisation effective des orientations associatives sur l'ensemble des dispositifs de son pôle.

Il/elle met en place et conduit avec l'aide de son comité de direction opérationnel le plan d'action global défini et qui permet de répondre aux objectifs opérationnels fixés par le comité de direction générale restreint.

Par délégation du directeur général, il/elle est le garant et veille à la conformité des actions de l'ensemble des dispositifs du Pôle avec les réglementations en vigueur (médico-sociales, ressources humaines, financières).

Il/elle est le responsable hiérarchique direct des coordinateurs de parcours du Pôle, de l'assistante de gestion administrative Rh du pôle et de l'ensemble de ses cadres (Directeur délégué, Responsables de dispositifs, Psychologue, Psychiatre).

➔ **LA FONCTION DE DIRECTION DELEGUEE AUX PROJETS DU POLE HABITAT ET VIE SOCIALE** : Le/la directeur (-trice) délégué(e) assure des missions transverses en appui

et déploiement des outils de la démarche qualité et du projet du pôle.

Il/elle anime et participe dans différents groupes de travail, salariés et les personnes concernées sur divers thématiques : pair-aidance, Vie affective intime et sexuelle, participation...

➔ **LA FONCTION DE RESPONSABLE DE DISPOSITIFS DU POLE HABITAT ET VIE SOCIALE** : Le/la responsable de dispositif(s) a pour mission principale de gérer, organiser et manager les équipes du ou des dispositifs dont il/elle est responsable.

Il/elle assure sur ses dispositifs la mise en oeuvre des réponses aux besoins des usagers et est en cela le garant de la mise en oeuvre des outils de loi 2002-2, et plus globalement de la mise en application du projet de pôle.

Intermédiaire entre direction et équipes, entres équipes et partenaires, entre ses dispositifs et leur territoire, il/elle est le pivot de la communication interne comme externe.

➔ **LA FONCTION D'AGA RH (ASSISTANTE DE GESTION ADMINISTRATIVE RESSOURCES HUMAINES)** : l'AGA RH a pour mission principale de suivre et organiser en soutien du responsable de dispositif(s) les plannings des équipes de tous les dispositifs du PHVS sur le logiciel métier.

Il/elle assure la gestion des éléments RH de proximité des salariés du pôle et assure le lien avec les services RH support de l'association pour tous les suivis ad hoc : paie, formation, congés, heures. Il/elle participe de l'intégration des nouveaux salariés.

➔ **LA FONCTION D'AGA (ASSISTANTE DE GESTION ADMINISTRATIVE) :** l'AGA contribue à la bonne gestion de l'établissement(s) et service(s) auxquels il/elle est rattaché(e). Il/elle est responsable de la réalisation des tâches administratives qui lui sont confiées.

L'activité principale de l'AGA consiste à gérer l'ensemble des flux administratifs entrants et sortants d'un ou plusieurs dispositifs du pôle, de les traiter, classer, archiver et mettre à disposition du directeur de pôle/ Responsable de site.

L'AGA exerce diverses fonctions administratives au sein des dispositifs dont il/elle dépend et assiste le/la responsable de dispositif(s) principalement sur la gestion administrative et financière des sites dont il/elle dépend, le suivi des maintenances et des approvisionnements, l'accueil des visiteurs des sites.

➔ **LA FONCTION DE COORDINATION DE PARCOURS :** Il/elle a pour mission principale de coordonner les parcours des personnes accompagnées par les services de La Roche et/ou qui souhaiteraient l'être.

Le/la coordinateur/trice de parcours évalue les situations et co-élabore avec la personne accueillie et l'ensemble des acteurs de son réseau d'aide et ceux du territoire son projet de parcours dans le but de développer et

maintenir ses capacités, son autonomie et favoriser son inclusion sociale.

Dans le cadre du suivi du parcours des personnes au sein des services de La Roche, il/elle aide la personne concernée et son accompagnateur référent de projet à la co-construction et l'évaluation de son Projet d'Accompagnement Personnalisé (PAP).

Au besoin, il/elle orchestre de manière fonctionnelle les actions de tous les acteurs internes et externes concernés par le Projet d'Accompagnement Personnalisé des personnes accompagnées. Par sa posture le/la coordinateur/trice de parcours crée et favorise les échanges entre toutes les parties prenantes au PAP de la personne. Le/la coordinateur/trice est en soutien aux équipes accompagnantes et peut faire tiers dans la référence.

➔ **LA FONCTION DE PAIRS AIDANT PARCOURS :** Il/elle a pour mission principale de proposer un soutien à l'accompagnement des personnes concernées en mobilisant et partageant son savoir expérientiel autour de la maladie psychique et du rétablissement.

Il/elle participe à l'admission des personnes concernées dans les dispositifs. Il/elle accompagne les personnes concernées dans l'élaboration de leur directive anticipée en psychiatrie.



➔ LA FONCTION D'INFIRMIERE

COORDINATRICE : Il/elle a pour mission principale de structurer, organiser et conduire, avec les animateurs projets notamment, des programmes d'actions de prévention à la santé.

Il/elle soutient les équipes dans les situations complexes par l'accompagnement des équipes à la coordination renforcée des soins psychiques et somatiques.

Il/elle est également personne ressource dans l'amélioration continue des processus de gestion de stock et distribution des médicaments sur les différents sites du pôle.

➔ LA FONCTION DE REFERENCE DE PROJET :

Il/elle a pour mission principale de co-élaborer avec la personne concernée son Projet d'Accompagnement Personnalisé (PAP) et suivant le projet de parcours défini par le coordinateur de parcours qui accompagne la personne.

Le/la référent(e) de projet personnalisé, avec les personnes pour lesquels exercent la référence de projet et l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire du dispositif d'accueil construit, accompagne et évalue les actions de leurs PAP dans le but de développer et maintenir leurs capacités, leur autonomie et favoriser leur inclusion sociale.

Dans le cadre de l'accompagnement du PAP des personnes, le/la référent(e) de projet est avec la personne concernée l'interlocuteur privilégié pour tout ce qui concerne son PAP et est en lien avec le réseau de proximité de la personne concernée.

➔ LA FONCTION D'ACCOMPAGNATEUR VIE QUOTIDIENNE (AVQ) :

Il/elle a pour missions principales d'accompagner les personnes concernées en fonction de leurs désirs, besoins et projets personnalisés.

Par son action d'accompagnement au sein d'une équipe pluridisciplinaire, il/elle place les personnes concernées en position de faire des demandes et les aide à trouver leurs propres solutions. Son action s'inscrit dans un principe d'autodétermination.

L'accompagnateur/trice Vie Quotidienne organise et accompagne individuellement et collectivement les temps clefs de la vie quotidienne.

➔ LA FONCTION D'ANIMATEUR PROJET :

Il/elle a pour mission principale de participer à l'accompagnement des personnes accueillies par la conception de projets d'animations collectives et leur animation dans le but de développer et maintenir leurs capacités, leur autonomie, leur pouvoir d'agir, favoriser leur inclusion citoyenne et lutter contre leur isolement et leur stigmatisation.

➔ LA FONCTION D'ANIMATEUR ACCUEIL :

Il/elle a pour mission principale d'accueillir les personnes sur leur lieu de vie ou d'accueil, d'être disponible pour leur apporter une écoute rassurante et bienveillante concourant par sa présence à leur sécurisation psychique.

Par son dynamisme et sa posture, l'animateur/trice permanent d'accueil organise et anime des temps d'accueil, des activités spontanées et programmées dans le but de développer et maintenir leurs capacités, leur autonomie, leur pouvoir d'agir, favoriser leur inclusion citoyenne et lutter contre leur isolement et leur stigmatisation.

→ LA FONCTION DE PAIR AIDANT ACCUEIL ET ANIMATION :

Il/elle a pour mission principale de proposer des temps d'accueil et d'animation en mobilisant et partageant son savoir expérientiel autour de la maladie psychique et du rétablissement.

Il/elle mobilise les pratiques et outils permettant à la personne accueillie de se sentir en confiance au sein de l'activité et du groupe.

→ LA FONCTION DE SURVEILLANCE DE NUIT

: Le/la surveillant(e) a pour mission principale d'assurer la sécurité des équipements et des personnes concernées.

Il/elle exerce une veille permanente afin d'assurer des conditions de sécurité optimales de la personne et de l'environnement interne et externe du lieu de vie.

En cela, il/elle surveille et contrôle les systèmes liés à la sécurité. Il/elle accueille/contribue au bien-être des résidents la nuit, et prévient et/ou soutient la gestion des situations problématiques. Il/elle assure la communication avec les équipes de jour.

→ LA FONCTION D'AGENT DE SERVICE INTERIEUR : Il/elle a pour mission principale d'entretenir les bâtiments sur lesquels il/elle est missionné(e).

Il/elle gère les stocks de produits d'entretien et travaille en collaboration avec les équipes pour entretenir/rendre accueillant et agréables les lieux de vie et d'activité des personnes concernées comme des professionnels.

→ FOCUS SUR DES FONCTIONS PARTICULIERES :

Le PHVS, par l'intermédiaire de son **SAMSAH** (Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés) est également riche de fonctions spécifiquement dédiées au fonctionnement de ce dispositif.

Les fonctions de **Psychiatre, Psychologue, d'Infirmière et Coordinateur de Projet** en SAMSAH sont décrites dans la fiche dédiée à ce service en [page 90](#).

La Résidence L'Yzeron voit son équipe également enrichie de fonctions qui lui sont propres. Chef cuisinier, commis de cuisine et chauffeur voient leur mission détaillée en [page 96](#).

Le PHVS peut également compter sur les compétences de deux autres professionnels venant enrichir le travail des équipes : un **médecin psychiatre et une psychologue clinicienne**.

Bien que disposant d'une formation et donc d'un bagage théorique différent, ces professionnels ont comme mission principale d'alimenter la réflexion des équipes dans le cadre d'animation de temps « cliniques » en réunion collective et/ou lors de temps de travail individuel autour des projets des personnes concernées.

Ils peuvent également soutenir la préparation et participer à l'animation d'ateliers à destination des usagers. Ils proposent et animent auprès des professionnels des temps de formation/sensibilisation à la maladie psychique.

4.4.3. Nos processus métiers et nos principales procédures

Les travaux de groupes qui nous ont permis d'identifier les missions et compétences nécessaires à mobiliser par nos équipes pour atteindre nos objectifs d'accompagnement des personnes ont révélé le besoin de définir sur certaines thématiques d'accompagnement partagées les enchaînements d'actions à produire pour réaliser la/les tâche(s) souhaitée(s).

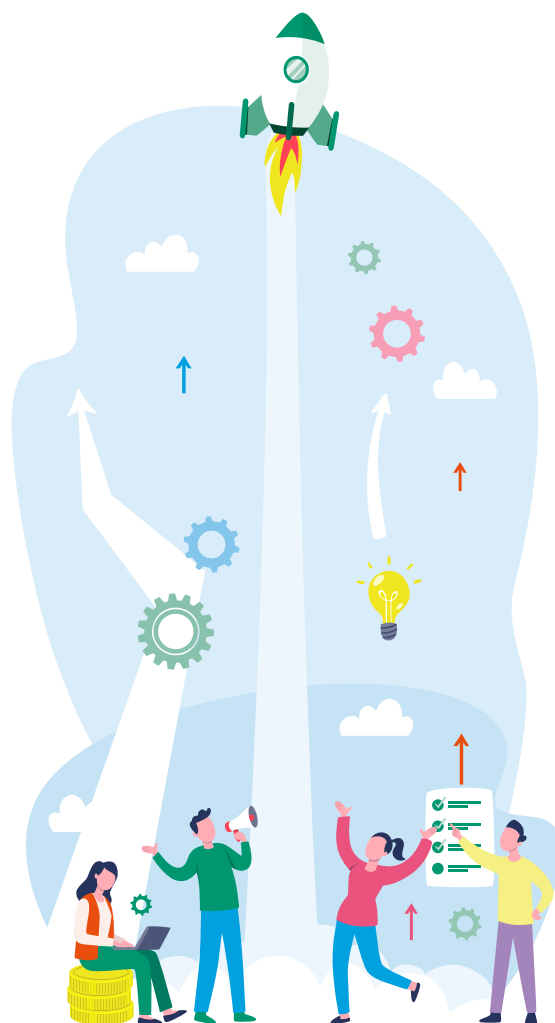
Ces réflexions sur les enchaînements, combinaisons, harmonisations d'actions à produire ensemble pour réaliser une tâche ont jetées les bases d'un travail que nous avons identifié comme celui de la définition de processus et procédures nécessaires à notre bon fonctionnement.

Nous définissons les procédures comme une marche à suivre pour obtenir un résultat. Les procédures ainsi établies permettent d'assurer un mode de fonctionnement identique dans toute l'association ainsi qu'un résultat constant. Les procédures définissent et répartissent les responsabilités pour des tâches précises.

En ce qui concerne les processus, nous distinguons 2 types de processus :

- ➔ Les processus métiers sont définis comme étant le fait de réaliser des tâches à plusieurs professionnels de fonctions différentes dans le cadre de l'accompagnement des personnes concernées.
- ➔ Les processus supports contribuent au bon déroulement des autres processus, en

leur fournissant les ressources nécessaires, aussi bien matérielles qu'immatérielles. Ces processus regroupent la maintenance, la mise à disposition de matériel ou de ressources humaines, la maîtrise de la documentation et de la communication. Ces processus sont développés par les services ad hoc (Rh, Comptabilité, maintenance, communication...) et concourent du bon fonctionnement des dispositifs.



Que ce soit au niveau de l'association ou au niveau du PHVS, divers groupes de travail pluri professionnels se sont réunis pour construire les processus et les procédures dont nous avons besoin.

AU NIVEAU ASSOCIATIF, une procédure transverse a été travaillée sur la gestion des événements indésirables graves. Cette procédure a été élaborée en fonction des recommandations de bonnes pratiques et des attentes de nos autorités de tutelles.

AU NIVEAU DES SERVICES CENTRAUX : des processus supports ont été élaborés afin de faciliter et de sécuriser le travail avec les pôles. Ces processus concernent les service RH, le service maintenance et les services comptabilités.

AU NIVEAU DU PHVS, la création des fiches processus métiers a été une partie du travail conduit dans le cadre de la GPEC. Nous avons défini un processus métier.

Les fiches processus permettent que le travail des professionnels des différentes fonctions s'articule le mieux possible au bénéfice de l'accompagnement des personnes concernées.

Des groupes de travail constitués des différentes fonctions mais également de personnes concernées ont permis d'aboutir à la formalisation des processus métiers suivants :

- [Admission](#)
- [Accueil](#)
- [Accompagnement individuel](#)

Les fiches processus métiers sont en annexe de ce projet.

Parallèlement à la mise en place des processus métiers, un groupe de travail pluri professionnel a élaboré une procédure [accompagnement à la prise des traitements médicaux](#).

Cette procédure a pour vocation de respecter les droits et les choix des personnes concernées dans la gestion de l'accompagnement dans la prise de leur traitement médicaux en lien avec leurs soignants, et de sécuriser cet accompagnement.

La procédure est en annexe.

4.4.4. Les modalités de travail d'équipes

Afin de favoriser l'émergence d'une dynamique professionnelle permettant d'atteindre les objectifs fixés, le conseil d'administration et le comité de direction générale restreint ont décidé en 2018, la mise en place d'une démarche globale d'accompagnement des professionnels.

2 outils ont ainsi été retenus pour encourager et accompagner la dynamique globale liée au changement :

→ Un premier outil a été déployé de juin à décembre 2020 permettant de remobiliser tous les salariés dans une démarche redonnant du sens à leur engagement. Cette démarche collaborative et positive est nommée la démarche Appréciative (en anglais « Appreciative Inquiry »). L'objectif était d'encourager le « pouvoir d'agir » de chaque collaborateur. Cet accompagnement nous a permis de rompre avec des habitudes relationnelles verticales laissant peu de place à la réflexion collective et de « capitaliser » ainsi sur l'énergie collective, richesse de notre association.

→ Le second outil mise en place de janvier à septembre 2021 a consisté en l'appropriation par les managers (tous les cadres de l'association) d'une technique de management et d'animation d'Espace de Discussion et de Décision sur le Travail, nommée EDDT.

Ce sont des espaces collectifs qui permettent une discussion centrée sur l'expérience de travail et ses enjeux, les règles de métier, le sens de l'activité, les ressources, les contraintes. Les EDDT visent à produire des propositions d'amélioration, des décisions concrètes sur la façon de travailler.

Les modalités de travail et de régulation des équipes sont, sur chaque dispositif, travaillées dans différentes réunions récurrentes et obligatoires. Ces réunions sont mises en place avec pour chacune d'elles des objectifs identifiés :

→ **Les réunions d'équipe** : elles sont organisées et animées par les responsables de dispositif(s). Là encore la méthode se veut participative, les ordres du jour sont partagés et abordés par l'ensemble de l'équipe et du responsable de site, permettant à chacun d'aborder les sujets qui le préoccupent.

Ces réunions ont généralement un triple objectif :

- Organiser le quotidien du dispositif
- Échanger sur l'avancée et les besoins dans l'accompagnement des personnes concernées
- Acter des décisions communes.

Un compte rendu de réunion est rédigé et stocké dans le dossier informatique du dispositif. Il permet d'avoir une traçabilité des décisions prises et de permettre aux professionnels absents d'être informé.

→ **L'analyse des pratiques professionnelles** est proposée à toutes les équipes accompagnantes à raison d'environ 10 séances par an.

Elle est un outil permettant aux professionnels de réfléchir collectivement sur leurs pratiques, de mieux comprendre les enjeux psychologiques et relationnels, et d'améliorer la qualité des accompagnements.

Elle est animée par un professionnel extérieur de type psychologue ou psychanalyste, formé à ces pratiques et garant du cadre d'intervention.

→ **La réunion clinique** permet de réunir l'équipe accompagnante, lorsque la symptomatologie associée aux troubles de la personne nécessite un éclairage sur la situation.

Le sujet est défini en équipe, le psychologue ou médecin psychiatre apporte des éléments de réponse sur le plan clinique ce qui aboutit

dans la mesure du possible à de nouvelles pistes d'accompagnement.

→ **Les groupes de travail thématiques** : en fonction de l'actualité, des opportunités offertes par nos partenaires territoriaux, des besoins repérés... des groupes de travail transverses à tous les dispositifs peuvent être constitués et concourir de l'évolution des fonctionnements.

4.5. La participation aux seins des dispositifs du PHVS

4.5.1. La participation des personnes concernées

Promouvoir la Citoyenneté des Personnes Concernées et l'Approche par les droits (Cf point 3.2), c'est pour le PHVS permettre, encourager et favoriser leur expression et **leur Participation à tout ce qui les concerne.**

Pour que cette participation concourt de leur rétablissement, il est indispensable qu'elle s'exprime dans leur environnement local, au plus proche des dispositifs de droits communs qui les entoure.

Conformément aux articles **L.311-5 et L.311-6 du code de l'action sociale et des familles**, l'expression de chacun est encouragée et soutenue. Par sa posture, chaque professionnel du PHVS s'engage à faire vivre la participation des personnes accueillies, notamment en délivrant des accompagnements qui favorisent le développement de son pouvoir d'agir et de décider.

D'autres leviers de participation des personnes concernées prennent vie au sein

du PHVS au travers des moyens d'expression dont les personnes disposent.

Ces moyens se déclinent comme suite :

→ **En individuel auprès des professionnels d'accompagnement**

Référent projet personnalisé, Accompagnateur de la Vie Quotidienne, animateur Projet et animateur Accueil sont disponibles pour accueillir chaque personne accueillie dans leurs diverses demandes individuelles.

Ces demandes, lorsqu'elles traitent du projet personnalisé de la personne sont retranscrites et travaillées dans le cadre de son Projet d'Accompagnement Personnalisé (PAP).

Le référent de projet est le membre de l'équipe qui regroupe et formalise les objectifs et actions des projets dont il/elle assure la référence.

→ En collectif auprès des professionnels d'accompagnement

Animées par un ou plusieurs professionnels, les personnes concernées peuvent exprimer diverses demandes lors des divers temps de réunions/consultations organisés sur les différents dispositifs du PHVS.

Ces réunions ont lieu sur participation libre et sont organisées par chaque équipe suivant une temporalité et des thématiques qui les concerne.

→ Dans les registres des plaintes et des réclamations

Un Registre des plaintes et des réclamations est disponible et accessible aux personnes dans chaque dispositif du PHVS.

Ce registre permet aux personnes accueillies qui le souhaitent d'exprimer leurs plaintes et réclamations par écrit à destination de la direction des dispositifs du PHVS.

Celle-ci procède au relevé de ces registres suivant la temporalité définie dans leur règlement de fonctionnement, y trace les opérations de réponses effectuées pour les plaintes et réclamations déposées.

→ Dans les boîtes à idées

Des boîtes à idées sont présentes dans les dispositifs du PHVS permettant à chacun de proposer des idées pouvant permettre l'amélioration du dispositif.

→ Dans les Conseils de la Vie Sociale

Afin d'associer les Personnes Concernées au fonctionnement de l'établissement, il est institué par Décret du 25 mars 2004 un Conseil de la Vie Sociale décrit à l'Article L.3311-6 du Code l'action sociale et des familles.

Le Décret n° 2022-688 du 25 avril 2022 apporte certaines modifications du Conseil de la Vie Sociale. Ces modifications sont prises en compte dans les règlements intérieurs des CVS de chaque dispositif adopté en 2023.

Pour le PHVS, il existe 5 CVS par Territoire répartis selon l'implantation des sites :

Territoire Nord Loire :

- CVS SAPHP Roanne (SAVS-CAJ-SAMSAH)
- CVS Foyer de vie St Marcel de Félines

Territoire Sud-Ouest Rhône :

- CVS Foyer Yzeron

Territoire Ouest Rhodanien :

- CVS Via-Psy Etablissements (Foyer Les Mousselines et Foyer Le Parc)
- CVS Via-Psy Milieu Ouvert (Dispositif Habitat diffus, Regroupé, Regroupé renforcé, SAVS d'aide à la Colocation et le SAJ)

Le Conseil à la Vie Sociale est une instance consultative qui vise à associer les personnes concernées, leurs familles/proche-aidants, les mandataires judiciaires à la protection des majeurs, et les administrateurs de l'organisme gestionnaire.

Le CVS garantit :

- Le respect des droits des personnes accompagnées
- La participation des personnes, de leurs familles dans la démarche d'amélioration de la qualité de vie des résidents et de leur accompagnement.

L'engagement de tous est nécessaire pour changer les pratiques :

- Faciliter une expression et un recueil de la parole
- Écouter la parole de tous
- Retranscrire fidèlement

Le CVS permet d'échanger sur le fonctionnement de l'établissement en faisant des propositions sur les thèmes suivants :

- L'organisation et la vie quotidienne
- Les activités, l'animation socioculturelle
- La nature et le prix des services rendus
- Les projets de travaux et d'équipements
- L'entretien des locaux

→ L'animation de la vie institutionnelle et les mesures prises pour favoriser les relations entre les participants.

Les personnes sont élues pour une durée de 3 ans ; le CVS se réunit au moins 3 fois par an ; la présidence du CVS est assurée par une personne concernée. Il existe un règlement intérieur du Conseil à la Vie Sociale.

4.5.2. Modalité de participation de la famille et/ou des proches aidants

Les membres de l'entourage (familles et proches aidants) sont des acteurs privilégiés de l'histoire de vie de la personne concernée. Ils ont une contribution essentielle dans son parcours de rétablissement. Les membres de l'entourage sont présents, pour la plupart, avant, pendant et après la maladie.

Pour soutenir la personne accompagnée dans son rétablissement, les professionnels du PHVS poursuivront comme intention que les membres de l'entourage (familles, proches aidants) puissent :

- Aider la personne à établir son projet personnalisé en identifiant ses propres objectifs (et non ceux de la famille) et, à comprendre la maladie et ses impacts
- Mettre l'accent sur les forces et les réussites de la personne et lui insuffler de l'espoir
- Revoir les rôles et fonctions de chaque membre de l'entourage pour trouver un équilibre entre encourager la mise en action de la personne et protéger ses propres besoins (de distance, de repos, etc.)

→ Soutenir la plus grande autonomie possible chez la personne et redéfinir continuellement son rôle de soutien.

Ainsi, dans le cadre de l'accompagnement de personnes concernées par l'un des dispositifs du PHVS et la mise en place de leur Projet d'Accompagnement Personnalisé (PAP), la participation de la famille de la personne concernée est recherchée.

Elle reste néanmoins à l'initiative de la personne concernée elle-même. L'équipe de professionnels ne pourra pas informer une famille du projet de leur proche si celui-ci ne le souhaite pas.

Concernant les situations d'urgence²⁵ auxquelles les personnes concernées peuvent être confrontées, les professionnels du PHVS se conformeront aux directives de la personne.

Les directives données par la personne concernée sont consignées dans le document nommé : **Fiche contact d'urgence**. Ce document est complété au moment de l'admission de la personne dans un dispositif et mis à jour à minima une fois par an.

²⁵Les situations d'urgences renvoient aux situations suivantes : hospitalisation, garde à vue, incarcération, disparition inquiétante, décès, résiliation du contrat de Parcours de la personne à l'initiative de l'établissement.



5

PHVS : qualité et innovations



5 PHVS : QUALITÉ, MESURE D'IMPACT ET PISTES D'INNOVATIONS

Dans le langage courant, la qualité tend à désigner ce qui rend quelque chose supérieur à la moyenne. Au sein du PHVS, **La Qualité** est à entendre comme la capacité de nos organisations à satisfaire les besoins exprimés et implicites des personnes concernées que nous accompagnons.

La Démarche qualité que nous conduisons définit à la fois une intention (l'amélioration de l'autonomie sociale, le rétablissement...) et une méthode prédéfinie pour l'atteindre.

Elle interroge les institutions dans leur ensemble et implique des changements organisationnels (implication des usagers, démarche managériale, objectifs fondamentaux communs...).

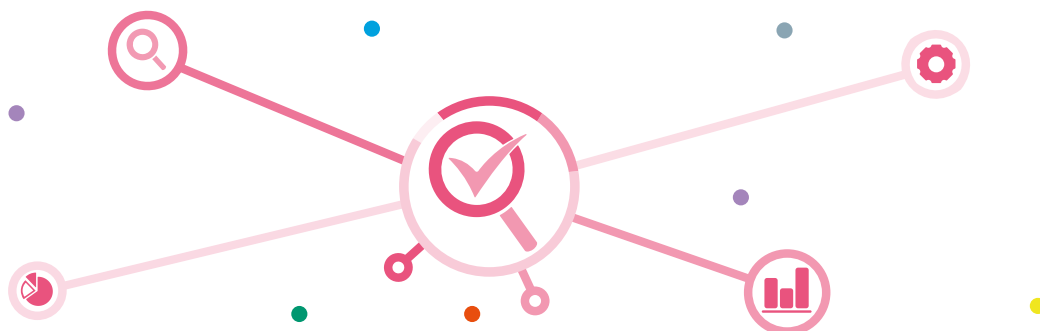
La démarche d'évaluation constitue un levier important de mobilisation des professionnels et nous permet d'engager

une dynamique d'amélioration continue des accompagnements délivrés aux personnes accueillies.

L'année 2023 a été charnière au niveau des évaluations qualité des dispositifs du PHVS. Tous nos dispositifs, à part le foyer de vie l'Yzeron, ont été évalués avec le nouveau référentiel de l'HAS.

Cette évaluation, comme un point de départ, nous engage dans l'affirmation d'une organisation précise dans le pilotage de l'instant d'évaluation.

Organisation du pilotage de la qualité que nous allons continuer de structurer et qui va nous permettre à partir de 2024 d'assurer le pilotage général du suivi des actions d'amélioration à produire, au plus proche du terrain des dispositifs.



5.1. Pilotage de la démarche d'amélioration continue de la qualité

L'association a structuré le pilotage global de sa démarche qualité en 2016 en créant un Comité Technique Evaluation et Qualité (COTECH Qualité).

Ce comité se donne comme objectifs de :

- Assurer une veille réglementaire sur l'évolution de la démarche d'amélioration continue de la qualité.
- Assurer un benchmark sur l'innovation sociale.
- Transmettre des informations générales sur les bonnes pratiques.
- Définir la politique associative pour les évaluations des différentes structures.

En 2023, avec l'appui de la direction parcours et qualité de l'association et du COTECH qualité qu'elle pilote, chaque dispositif du pôle plateforme a créé la déclinaison opérationnelle de ce comité associatif. Ainsi des comités de Pilotage Qualité ont vu le jour à la Résidence l'Yzeron, au Foyer

Roche Félines, au SAPH de Roanne et sur la plateforme Via-Psy.

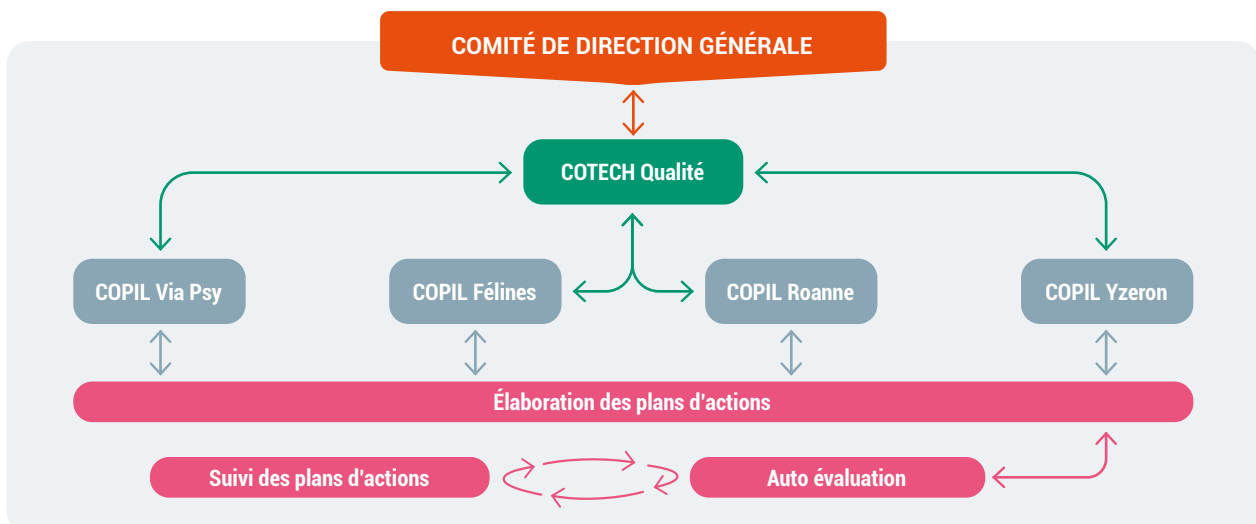
Ces Copil Qualité sont constitués de professionnels et de personnes concernées.

Leur mission a été d'abord de prendre le relais du COTECH Qualité dans le pilotage des journées d'évaluation programmées par l'auditeur externe qui a réalisé la passation des évaluations de 2023.

Leurs missions sont complétées en 2024 avec le :

- Pilotage de l'élaboration du plan d'actions qualité à produire suite aux évaluations.
- Suivi du plan d'amélioration de la qualité.
- L'organisation tous les deux ans d'auto-évaluations permettant de mesurer les effets des actions correctives entreprises et d'ajuster le cas échéant le plan d'action.

Le pilotage de la démarche d'amélioration continue de la qualité peut donc être schématisée ainsi :



5.2. Résultats évaluation qualité, notre point de départ

Le référentiel d'évaluation de la qualité élaboré par la HAS porte quatre valeurs fondamentales :

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

Sur les fondements de ce cadrage stratégique, la HAS a fait le choix de coconstruire le référentiel avec l'ensemble des acteurs professionnels et les personnes accompagnées du secteur social et médico-social.

Le référentiel en quelques points clefs :

- Un référentiel d'évaluation structuré en 3 chapitres : la personne, les professionnels, l'ESSMS
- Des chapitres organisés autour de 9 thématiques

→ LE FOYER DE VIE DE ROCHE FELINES

L'évaluation du foyer de vie Roche félines a eu lieu les 30 et 31 octobre 2023.

L'appréciation générale qui nous est faite est la suivante :

Appréciation générale après observations de l'ESSMS

L'accueil de qualité, la bonne collaboration, la disponibilité et la transparence ont donné lieu à une ambiance agréable qui nous a donné à voir des professionnels au travail au service de projets de qualité.

Malgré parfois un souci de traçabilité et des outils caduques ou obsolètes, les valeurs

→ Un référentiel comportant au total 42 objectifs déclinés en 157 critères d'évaluation

→ Pour chacun des critères est précisé son champ d'application, son niveau d'exigence, ses éléments d'évaluation (entretiens / consultation documentaire / observations) et les référencements associés

→ Des critères génériques (129) communs à tous les ESSMS ; des critères spécifiques (28) applicables selon le secteur d'activité, le type de structure ou le public accompagné

→ Un référentiel comprenant des critères à 2 niveaux d'exigences : 139 qui correspondent au niveau standard attendu et 18 dits « impératifs » qui impliquent la mise en place d'un plan d'actions spécifiques dans la continuité immédiate de la visite d'évaluation

→ Un référentiel accompagné d'un manuel d'évaluation qui répertorie l'ensemble des fiches critères et présente des fiches pratiques utiles à la mise en oeuvre de l'évaluation.

des projets associatifs et d'établissements sont appropriées et les directions/sens/ orientations stratégiques connus.

On remarque une bonne participation des usagers sur la détermination des plannings et fonctionnement quotidien.

Appréciation générale après observations de l'ESSMS

L'évaluation du projet initial du FH au FV et l'évolution du projet architectural au cours des dernières années contribuent favorablement à l'autodétermination et au développement du pouvoir d'agir.

La forte volonté d'inclusion et de participation, contrainte par l'implantation géographique, impose de compenser par un accompagnement et des transports importants assumés par l'établissement.

Ainsi un réel travail d'accompagnement personnalisé apporte une plus-value indéniable, résultat d'un choix managérial. Celui-ci, qui favorise l'implication des équipes dans la réorganisation du pôle et du fonctionnement de l'établissement par une démarche itérative et participative, se traduit

dans les fiches de fonction, procédures et métiers.

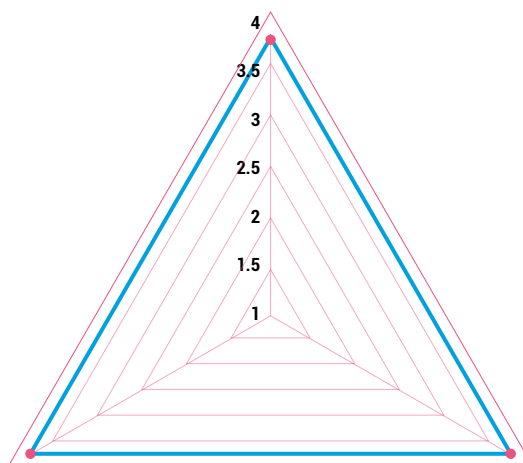
L'écriture prochaine des projets de pôle et de services, notamment, mais aussi l'actualisation du livret d'accueil et du règlement de fonctionnement, devront mettre en lumière ces bonnes pratiques de terrain et leur offrir un cadre légitimant et institutionnalisant. Ceci permettra de traduire les 2 observations de l'établissement en meilleure cotation à ce moment-là, de surcroît une fois le process de GEPP associative formalisé.

Enfin on souligne des pratiques novatrices inclusives, des partenariats diversifiés et la volonté d'aller vers recevant les personnes extérieures.

Niveau atteint par l'ESSMS

Présentation de la synthèse de la cotation des trois chapitres.

Chapitre 1 - La personne



Chapitre 2 - Les professionnels

Chapitre 3 - L'ESSMS



→ LES SERVICES DE ROANNE : SAVS, CAJ, SAMSAH

Les services de Roanne ont été évalués du 12 au 14 septembre 2023. Suite à un problème technique entre la HAS et le cabinet évaluateur, le rapport n'a pas été rendu comme prévu au 31/12/2023.

Les résultats de l'évaluation n'ont pas pu être ajoutés à ce projet mais sont consultables par ailleurs et sur demande auprès du responsable de ces services.

→ LA PLATEFORME VIA PSY

L'évaluation de la plateforme Via psy a eu lieu en décembre 2023. Cette évaluation a été particulière puisque c'est la plateforme dans sa globalité qui a été évaluée soit 7 dispositifs au total pour 160 personnes accompagnées.

L'évaluation s'est déroulée du 12 au 15 décembre 2023.

L'appréciation générale qui nous est faite est la suivante :

Appréciation générale après observations de l'ESSMS

Un accueil de qualité et des conditions de missions agréables, la réelle volonté de donner à voir l'entièreté de l'activité de la plateforme (10 AT, visite de tous les sites et dispositifs), la très large participation des professionnels aux entretiens pour donner à voir les pratiques tant des établissements que du Milieu ouvert, nous ont permis de nourrir un regard étayé sur la Plateforme.

Une plateforme en cours de construction dont la formalisation du projet se finalise, plutôt que plusieurs, et légitimera et institutionnalisera des bonnes pratiques, voire des pratiques novatrices déjà existantes.

Nous avons particulièrement remarqué :

→ L'intérêt et la qualité du projet pédagogique d'animation relié au projet d'Accompagnement Personnalisé pour répondre aux besoins et envies des personnes accompagnées par l'EANM Mousselines.

→ Les moyens au service de l'autodétermination dont s'est doté l'OG, notamment au travers de la formation des salariés et des personnes accompagnées elles-mêmes, et traduit au sein de pôle par la redéfinition des fonctions du Pôle Habitat et Vie Sociale, et le contrat de parcours qui trouve pleinement à s'exprimer au sein de la plateforme avec la mise en œuvre du principe de subsidiarité dans le respect du choix de la personne.

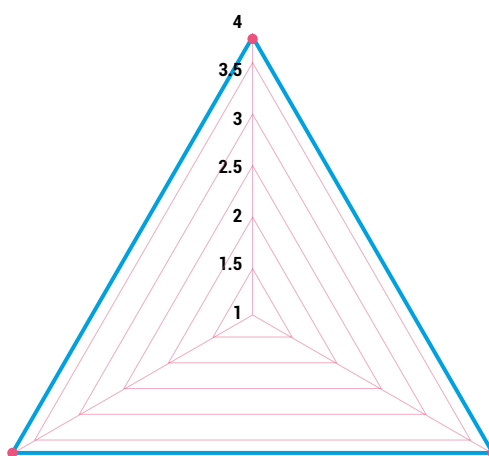
→ Une vraie dynamique d'Amélioration Continue portée par tous les professionnels dans un cadre et une ambiance de travail propice.

En conclusion nous avons pu voir à l'œuvre une qualité d'accompagnement optimisée par le dynamisme de parcours portée au sein de la plateforme

Niveau atteint par l'ESSMS

Présentation de la synthèse de la cotation des trois chapitres.

Chapitre 1 - La personne



Chapitre 2 - Les professionnels

Chapitre 3 - L'ESSMS

5.3. La mesure d'impact

L'impact social consiste en l'ensemble des conséquences (évolutions, inflexions, changements, ruptures) des activités d'une organisation tant sur ses parties prenantes externes (bénéficiaires, usagers, clients) directes ou indirectes de son territoire et internes (salariés, bénévoles, volontaires) que sur la société en général.

Il se traduit en termes de bien-être individuel, de comportements, de capacité de pratiques sectorielles, d'innovations sociales ou de décisions publiques.

Dans le contexte général d'évolution de l'association et des innovations qu'elle

porte, mesurer leur impact social constitue une opportunité pour elle de travailler sur le cœur de ses enjeux stratégiques, de mesurer sa capacité à effectivement générer les effets qu'elle souhaite avoir sur ses bénéficiaires, sur son territoire.

Pour initier cette démarche au sein du PHVS, une première étude d'impact a été menée en 2022, sur la plateforme Via-Psy.

Le PHVS a ainsi souhaité évaluer l'impact social de la plateforme Via Psy pour les personnes accompagnées et pour les acteurs du territoire de Tarare.



Conduite par une promotion d'étudiants en ingénierie sociale, cette étude s'est appuyée sur une méthodologie prenant appui sur la sociologie compréhensive.

Cette approche s'appuie sur différentes méthodes d'enquête : l'entretien semi-directif avec les personnes concernées et l'entretien focus groupe avec les professionnels.

Des comités de suivi ont été régulièrement mis en place où les personnes concernées étaient conviées, les plaçant ainsi au cœur de cette étude.

Les enjeux repérés pour l'étude étaient les suivants :

- Vérifier dans quelle mesure et comment la plateforme Via Psy parvient à répondre aux objectifs d'inclusion et de subsidiarité de la prise en charge
- Repérer les freins à l'inclusion des personnes concernées, notamment en termes de processus de stigmatisation et d'auto stigmatisation
- Analyser et évaluer les représentations et les ressentis des acteurs de la ville

concernant la proximité des personnes en situation de handicap psychique au sein de Tarare, et identifier les effets et plus-values de ce dispositif sur le territoire

Au-delà des résultats révélés par cette étude (voir annexe) qui vont aider aux réflexions sur les évolutions à conduire sur la plateforme Via-Psy, cette première expérience de mesure d'impact aura permis de sensibiliser les professionnels du pôle aux enjeux et à la méthodologie d'une mesure d'impact social.

Nous souhaitons que cette pratique devienne une pratique régulière sur l'ensemble des territoires de notre pôle (cf.1.3.5) afin d'améliorer, à compter de 2024, notre capacité à :

- **Rendre compte** de notre activité à nos bénéficiaires et à nos partenaires
- Disposer des mesures nous permettant **d'ajuster** en continue nos prestations et **améliorer** en cela la qualité de l'activité produite
- Communiquer au sens de la **mise en valeur** notre rôle dans l'inclusion des personnes dans leur environnement

5.4. Nos pistes d'innovations transverses au PHVS pour les 5 années à venir

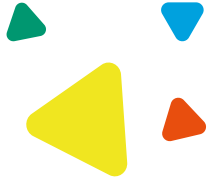
Poursuivre l'opérationnalisation des ambitions associatives telles que nous l'avons entreprise et décrite au point 3, conduire des actions en faveur de l'amélioration continue de la qualité de nos prestations et atteindre les ambitions que nous nous sommes fixées dans le cadre de nos Contrats Pluriannuels d'objectifs et de Moyens constituent l'essentiel du travail que nous allons engager pour faire vivre ce projet.

Les pistes d'actions que nous envisageons sont rassemblées dans [le tableau présenté ci-après](#). Ces pistes d'actions ne sont ni exhaustives, ni exclusives, ni définitives.

Fidèle à son organisation souple, agile et adaptative, le PHVS ajustera ses ambitions aux contextes et opportunités qu'il rencontrera.

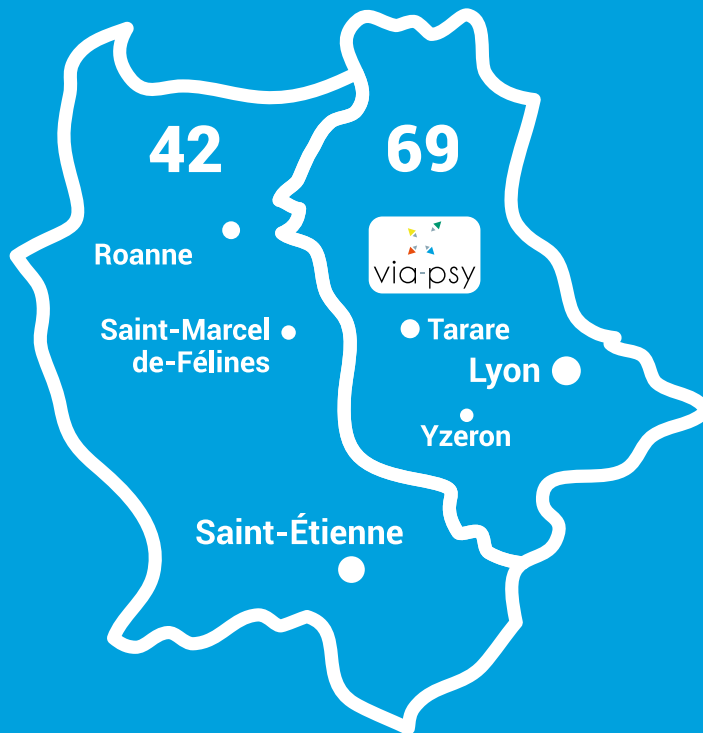
N°	Catégorie	Objectifs	Moyens	Dispositif	Orientation stratégiques associatives	Pilote	Échéance de mise en oeuvre
1	Démarche constitutive du projet de pôle	Permettre aux équipes d'opérationnaliser l'accompagnement de l'autodétermination dans leurs pratiques	Plan de formation dédié à l'autodétermination et spécifique pour chaque fonction		Promouvoir la citoyenneté des personnes concernées et l'approche par le droits	CODIR PHVS	2024 2025 2026 2027
2		Disposer d'un plan d'organisation actualisé des dernières recommandations permettant la mise en oeuvre rapide et cohérente des moyens indispensables permettant de faire face efficacement à une crise. Identifier les niveaux de gravité des risques auxquels sont soumis les salariés, afin de pouvoir installer des actions de prévention et d'améliorer globalement leurs conditions de travail.	Réactualiser les plans bleus et les Document Unique de Prévention des Risques Professionnels	PHVS	Gouvernance associative et organisation opérationnelle	Directeur délégué	2024 2025
3	Démarche d'amélioration continue de la qualité	Mettre en oeuvre une politique de prévention et de gestion des événements indésirables	Établir une Procédure de prévention et gestion des événements indésirables. Mettre en place un outil de suivi des EI Assurer une revue annuelle des EI en CVS.	Asso/ PHVS			2025
4		Mise en place d'une procédure de recueil et de traitement des plaintes et des réclamations des personnes concernées	Mise en place d'un registre de recueil et de traitement des plaintes et réclamations des personnes concernées. Assurer une revue des plaintes et réclamations traitées en CVS.		Promouvoir la citoyenneté des personnes concernées et l'approche par les droits	CODIR PHVS	2024
5		Écrire et mettre en oeuvre un plan de prévention santé	Transversaliser le poste d'infirmière sur le pôle En lien avec les animateurs projets structurer, organiser et conduire des programmes d'actions de prévention santé.			CODIR PHVS / inf coordinatrice	2025
6		Promouvoir la bientraitance et garantir que les process soient respectueux des droits du bénéficiaire	Assurer la mise en place des copil qualité sur chaque dispositif et leur permettre de suivre la mise en place des plans d'action qualité. Assurer la mise en place d'autoévaluation pour mesurer l'efficacité, la performance et l'impact social des prestations.	PHVS	Développer les activités et démultiplier de l'impact social	COPILO Qualité	2024 2027
7	Démarche contractualisée dans notre CPOM	Formaliser les évolutions produites et continuer d'améliorer l'accès aux droits comme vecteur de pouvoir d'agir et de rétablissement	Ecriture du projet de pôle habitat et vie sociale et sa déclinaison dans l'ensemble des documents de la loi 2002-2 révisés pour chaque dispositif qui le compose.		Consolider le statut d'acteur expert du handicap psychique et appuyer les pratiques sur la recherche et le numérique	CODIR PHVS	2024
8		Mettre en oeuvre la circulaire du 5/07/2021, relative aux droits des personnes handicapées d'avoir une vie affective, relationnelle, intime et sexuelle	Création d'un copil VAIS pour le pilotage et l'appui à l'organisation d'actions de préventions auprès des professionnels et des personnes concernées. Rédaction d'une charte.		Promouvoir la citoyenneté des personnes concernées et l'approche par le droits	Directeur délégué	2023 2025
9	Démarche constitutive du projet de pôle	Mesurer l'impact de nos prestations d'accompagnement sur les personnes pour poursuivre leur adaptation au service de leur rétablissement.	Construire un outil de mesure et mesurer l'impact de nos prestations d'accompagnement sur la Qualité de Vie, la participation et le rétablissement des personnes.		Assurer l'adéquation permanente de l'offre de service et développer l'ingénierie sociale	Directeur de pôle	2026





6

Les dispositifs du PHVS



6 PHVS : LES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES, LEURS TERRITOIRES, LEURS PUBLICS, LEURS AMBITIONS

6.1. Le territoire Nord Loire et ses dispositifs

Avec la création du FDV Roche-Félines, l'association La Roche s'est implantée en 2016 sur le territoire de la LOIRE. Territoire de 4780 km², La Loire est partagée en plusieurs bassins de vie : l'agglomération de Saint Etienne ; le centre du département ; la région Roannaise.

La coordination des parcours des personnes accompagnées par la Roche sur le territoire Ligérien est assurée par 2 coordinateurs (-trices) de parcours (1.5 ETP).

Il/elles sont en lien permanent avec l'ensemble des acteurs (institutionnels, sociaux, médicosociaux, sanitaires, associatifs) de ce territoire et en lien fonctionnel avec l'ensemble des équipes de nos dispositifs.

→ **LE FOYER DE VIE ROCHE FÉLINES** est implanté en zone rurale sur la commune de ST MARCEL de FELINES, à proximité d'un lotissement avec des constructions neuves. Petite commune de 792 habitants (2020), elle a un tissu associatif intéressant

(28 associations). Cette petite commune souhaite impliquer l'établissement dans la vie du village (implication des personnes concernées dans l'organisation des manifestations du village et de projets communs).

L'établissement ne dispose pas d'accès direct vers les transports en communs : ligne de bus à 15 minutes à pied et la gare la plus proche à 7 km. Trois petits commerces sont actuellement présents sur la commune (un coiffeur, 1 bar à vin et un restaurant).

Les villages aux alentours ont tous les commerces de proximité. St Marcel de Félines est à 30km de Roanne, à 25 km de Feurs

et à égale distance de Lyon et ST ETIENNE. L'établissement organise des navettes entre le foyer et les villages aux alentours.

Le FDV est sur le territoire de la communauté de commune du Forez-est.

→ **LES SERVICES DE ROANNE** sont implantés au coeur de la ville de Roanne, ville du nord du département. Roanne est la ville la plus importante du nord du département.

Le territoire d'intervention des services de Roanne est basé sur le territoire nord du département qui comprend :

→ Roanne agglomération, structure intercommunale, qui regroupe 40 communes et totalise plus de 100 000 habitants intégrant les secteurs urbains, péri-urbains et plus ruraux.

→ Plusieurs zones rurales autour de l'agglomération roannaise : Charlieu, Perreux, Côte Roannaise, ...

À environ 1h de Lyon, Saint-Étienne et

Clermont-Ferrand en voiture et en train, Roanne est un carrefour stratégique pour le nord du département de la Loire.

Des infrastructures permettent à Roanne de relier très facilement les grands centres décisionnels par la route, le rail et les voies navigables.

Roanne dispose d'un CH avec un pôle de psychiatrie à proximité avec tous les services rattachés sur le même lieu.

Depuis plusieurs années, les services roannais sont impliqués dans le développement du CLSM avec 3 réunions par an.

La ville de Roanne accueille et structure un tissu associatif très dense composé de 982 associations sur tout son territoire.



6.1.1. Le Foyer de vie Roche Félines



FICHE IDENTITE ET MISSION Foyer de Vie Roche Félines

AUTORISATION	N° FINESS : 420015299
GESTIONNAIRE	La Roche
DIRECTEUR	Emmanuel VIAL
AGRÉMENT	Arrêté de nouvelle autorisation N° 2009-37 Délivré par : Le département de la LOIRE Nombre de places autorisées : 32 places Typologie du public accompagné : personnes en situation de handicap psychique et de vieillissement.
MODES D'ACCUEIL	Internat – ouvert 365 jours par an – Personnes orientées par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées.

FICHE IDENTITE ET MISSION

Foyer de Vie Roche Félines

DATE D'OUVERTURE	05 janvier 2016
MODE DE TARIFICATION	Prix de journée fixé par le Département de la Loire. Places agréées par l'aide sociale. Réversion de la part des personnes concernées.
ZONE GÉOGRAPHIQUE	Le Foyer de vie Roche-Félines est implanté en zone rurale sur la commune de Saint Marcel de Félines, à proximité d'un lotissement avec des constructions neuves. Petite commune de 792 habitants (2020), elle a un tissu associatif intéressant (28 associations). Saint Marcel de Félines est à 5 minutes de l'échangeur A89 de Balbigny. Roanne est à 25 min du foyer.
COORDONNÉES	Adresse postale : 580 Chemin du Château Gaillard – 42 122 Saint Marcel de Félines Adresse mail : secretariat.rochefelines@laroche.asso.fr – Téléphone : 04 77 66 47 80
DESCRIPTION DES LIEUX D'ACCUEIL	<p>Le FDV Roche-Félines a ouvert ses portes en janvier 2016. Il accueille 32 personnes et a une place d'accueil temporaire. Chaque personne est accueillie soit :</p> <ul style="list-style-type: none"> → Dans une chambre → Dans un studio → Dans un appartement (pour les couples) <p>Chaque espace privé possède sa salle de bain. La literie est fournie par l'établissement.</p> <p>L'établissement est composé de deux unités de vie, d'une salle de restauration, de bureaux, d'une salle de réunion, d'une salle polyvalente.</p> <p>Au rez-de-jardin, les personnes peuvent utiliser :</p> <ul style="list-style-type: none"> → Une salle informatique avec accès internet → Une cuisine pédagogique → Un espace bien-être → Une salle nature → Une salle création → Une salle couture
MISSIONS PRINCIPALES	<p>L'établissement a pour mission d'héberger et d'accompagner les personnes en situation de handicap psychique et de vieillissement dans tous les domaines de la vie (vie quotidienne et participation sociale).</p> <p>Cet accompagnement est coconstruit entre la personne bénéficiaire et l'équipe pluridisciplinaire suivant les principes d'autodétermination et de subsidiarité.</p> <p>Une veille de nuit est assurée pour tous de 22h à 7h (8h le week-end). Une équipe d'animation organise et anime des activités tout au long de l'année.</p>



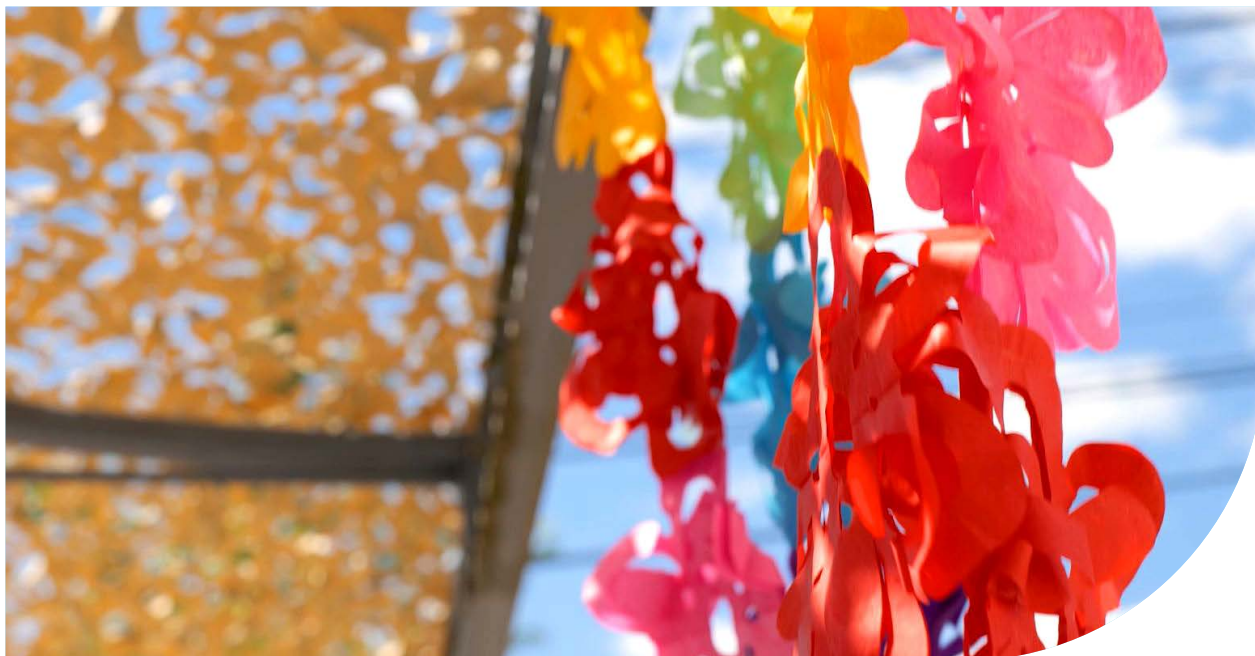
FICHE IDENTITE ET MISSION

Foyer de Vie Roche Félines

<p>ÉQUIPE</p>	<p>L'équipe accompagnante est composée de :</p> <ul style="list-style-type: none"> → 3 Référents de projets (3 ETP) → 8 Accompagnateurs Vie Quotidienne (8ETP) → 2 animateurs projet → 2 animateurs <p>L'équipe est complétée avec 4 surveillants de nuit et 2 Agents de service intérieur. Une psychologue est présente une journée par semaine.</p>
<p>LE PUBLIC ACCOMPAGNÉ AU 31/12/2023</p>	<ul style="list-style-type: none"> → La moyenne d'âge est de 58.8 ans. → 59% des personnes accueillies sont des hommes et 41% des femmes → Provenance : 19 viennent d'un ESMS, 8 d'établissement de santé et 5 du domicile → Mesures de protection : 16 personnes ont une mesure de Tutelles et 16 personnes ont une mesure de Curatelles. → 100% des personnes accueillies ont un suivi psychiatrique (3 secteurs Loire). → 8 personnes ont des enfants et un couple marié
<p>LES BESOINS DU PUBLICS</p>	<p>Une étude a été réalisée en 2022 au sein du Foyer de Vie Roche Félines portant sur les besoins des personnes concernées. Cette enquête s'est concentrée sur les trois thèmes principaux de la nomenclature SERAFIN PH qui sont l'autonomie, la participation sociale et la santé. En ce qui concerne les résultats, on note les résultats suivants comme les plus significatifs :</p> <p>Autonomie :</p> <ul style="list-style-type: none"> → 91% des personnes ont besoin d'aide pour leur mobilité → 90% des personnes ont besoin d'aide pour prendre des décisions adaptées → 78% des personnes ont besoin d'aide dans leur vie relationnelle <p>Participation sociale :</p> <ul style="list-style-type: none"> → 100% des personnes ont besoin d'aide pour leur participation citoyenne → 90 % des personnes ont besoin d'aide pour leur vie sociale → 62 % des personnes ont besoin d'aide pour leur vie familiale <p>Santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> → 94% des personnes ont besoin d'aide en ce qui concerne leur santé → 76% des personnes ont besoin d'aide pour prendre d'aide de leur santé → 47% des personnes ont besoin d'aide pour parler de la douleur, l'évaluer et l'atténuer



6.1.2. Le Centre d'Accueil de Jour de Roanne



FICHE IDENTITE ET MISSION CAJ Roanne

AUTORISATION	N° FINESS : 42 001 340 1
GESTIONNAIRE	La Roche
DIRECTEUR	Emmanuel VIAL
AGRÉMENT	Arrêté de nouvelle autorisation N° 2009-54 Délivré par : Le Conseil départemental de La LOIRE. Nombre de places autorisées : 20 places Typologie du public accompagné : Adultes en situation de handicap orientés par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées.
MODES D'ACCUEIL	Le CAJ est ouvert du lundi au vendredi de 10h-17h sauf le jeudi de 14h-17h– Personnes orientées par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées.
DATE D'OUVERTURE	Janvier 2006
MODE DE TARIFICATION	Dotation globale (conseil départemental) Les personnes participent à certaines activités (montant indiqué dans le programme d'activités).

FICHE IDENTITE ET MISSION

CAJ Roanne

ZONE GÉOGRAPHIQUE	Le service est implanté au coeur de la ville de Roanne, ville du nord du département. Le territoire d'intervention des services de Roanne est basé sur le territoire nord du département qui comprend Roanne et son agglomération, structure intercommunale et une zone rurale. Roanne est à environ 1 h de Lyon, Saint-Etienne et Clermont-Ferrand en voiture et en train.
COORDONNÉES	Adresse postale : 19 rue Augagneur 42300 Roanne Adresse mail : saphp@laroche.asso.fr – Téléphone : 04 77 62 02 07
DESCRIPTION DES LIEUX D'ACCUEIL	<p>Le CAJ est constitué :</p> <ul style="list-style-type: none"> → D'un jardin avec un potager avec des fruitiers et une terrasse. → Du bâtiment principal (deux salles d'activités, un bureau, un vestiaire et d'un lieu de convivialité). → De la « petite maison » (avec une cuisine et salle d'activité, d'un bureau et d'un lieu de calme-retrait).
MISSIONS PRINCIPALES	Le CAJ propose des animations et activités pour lutter contre l'isolement et favoriser le développement de liens sociaux. Les personnes peuvent venir à la carte, en journée complète, en demi-journée, ou simplement pour une activité.
ÉQUIPE	L'équipe est constituée d'un responsable de site, d'une Assistante administrative et de gestion, d'un éducateur spécialisé, d'une conseillère en économie sociale et familiale et d'un moniteur-éducateur.
LE PUBLIC ACCOMPAGNÉ AU 31/12/2023	<ul style="list-style-type: none"> → La moyenne d'âge est de 50 ans. → 49% des personnes accueillies sont des hommes et 51% des femmes → Mesures de protection : 52% des personnes accueillies ont une mesure de protection
LES BESOINS DU PUBLICS	<p>Une étude a été réalisée en 2022 au sein du CAJ de Roanne portant sur les besoins des personnes concernées. Cette enquête s'est concentrée sur les trois thèmes principaux de la nomenclature SERAFIN PH qui sont l'autonomie, la participation sociale et la santé. En ce qui concerne les résultats, on note les résultats suivants comme les plus significatifs :</p> <p>Autonomie :</p> <ul style="list-style-type: none"> → 70% des personnes ont besoin d'aide pour prendre des décisions adaptées pour leur sécurité → 40% ont besoin d'aide pour leur mobilité et leur vie relationnelle <p>Participation sociale :</p> <ul style="list-style-type: none"> → 80% des personnes ont besoin d'aide pour leur vie citoyenne → 70% des personnes ont besoin d'aide pour leur vie sociale → 60% des personnes ont besoin d'aide pour leur vie familiale <p>Santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> → 50% des personnes ont besoin d'aide pour leur santé → 56% des personnes ont besoin d'aide pour parler de la douleur, l'évaluer et l'atténuer



6.1.3. Le Service d'Accompagnement à la Vie Sociale de Roanne



FICHE IDENTITE ET MISSION SAVS Roanne

AUTORISATION	N° FINESS : 42 000 827 8
GESTIONNAIRE	La Roche
DIRECTEUR	Emmanuel VIAL
AGRÉMENT	Arrêté de nouvelle autorisation N° 2009-54 Délivré par : Le Conseil départemental de La LOIRE. Nombre de places autorisées : 39 places Typologie du public accompagné : Adultes en situation de handicap orientés par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées.
MODES D'ACCUEIL	Le SAVS est ouvert tous les jours du lundi au vendredi de 8h30 à 17h00 – Personnes orientées par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées.
DATE D'OUVERTURE	Juin 2005
MODE DE TARIFICATION	Dotation globale (conseil départemental)

FICHE IDENTITE ET MISSION SAVS Roanne

ZONE GÉOGRAPHIQUE	Le service est implanté au coeur de la ville de Roanne, ville du nord du département. Le territoire d'intervention des services de Roanne est basé sur le territoire nord du département qui comprend Roanne et son agglomération, structure intercommunale et une zone rurale. Roanne est à environ 1 h de Lyon, Saint-Etienne et Clermont-Ferrand en voiture et en train.
COORDONNÉES	Adresse postale : 36 rue Gambetta 42300 Roanne Adresse mail : saphp@laroche.asso.fr – Téléphone : 04 77 62 02 07
DESCRIPTION DES LIEUX D'ACCUEIL	Les services d'accompagnement individuel se composent de 2 bureaux pour les entretiens, du bureau de la psychologue, de deux bureaux administratifs. Chaque équipe a un bureau à sa disposition. Une cuisine sert de salle de pause et de réunion.
MISSIONS PRINCIPALES	Le SAVS a pour vocation de contribuer à la réalisation du projet de vie de personnes adultes handicapées par un accompagnement adapté favorisant le maintien ou la restauration de leurs liens familiaux, sociaux, scolaires, universitaires ou professionnels et facilitant leur accès à l'ensemble des services offerts par la collectivité.
ÉQUIPE	L'équipe est constituée d'un responsable de site, d'une Assistante administrative et de gestion, de deux éducatrices spécialisées, et d'un moniteur-éducateur.
LE PUBLIC ACCOMPAGNÉ AU 31/12/2023	<ul style="list-style-type: none"> → La moyenne d'âge est de 47 ans. → 54% des personnes accueillies sont des hommes et 46% des femmes → Mesures de protection : 57% des personnes accueillies ont une mesure de protection (53% ont une mesure de curatelle).
LES BESOINS DU PUBLICS	<p>Une étude a été réalisée en 2022 au sein du SAVS de Roanne portant sur les besoins des personnes concernées. Cette enquête s'est concentrée sur les trois thèmes principaux de la nomenclature SERAFIN PH qui sont l'autonomie, la participation sociale et la santé. En ce qui concerne les résultats, on note les résultats suivants comme les plus significatifs :</p> <p>Autonomie :</p> <ul style="list-style-type: none"> → 70% des personnes ont besoin d'aide pour prendre des décisions adaptées pour leur sécurité → 40% ont besoin d'aide pour leur mobilité et leur vie relationnelle <p>Participation sociale :</p> <ul style="list-style-type: none"> → 80% des personnes ont besoin d'aide pour leur vie citoyenne → 70% des personnes ont besoin d'aide pour leur vie sociale → 60% des personnes ont besoin d'aide pour leur vie familiale <p>Santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> → 50% des personnes ont besoin d'aide pour leur santé → 56% des personnes ont besoin d'aide pour parler de la douleur, l'évaluer et l'atténuer



6.1.4. Le Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés



FICHE IDENTITE ET MISSION SAMSAH Roanne

AUTORISATION	N° FINESS : 42 001 340 1
GESTIONNAIRE	La Roche
DIRECTEUR	Emmanuel VIAL
AGRÉMENT	Arrêté de nouvelle autorisation 2009-54 et N° 2010/59 Délivré par : Le conseil départemental de La LOIRE Nombre de places autorisées : 16 places Typologie du public accompagné : Adultes en situation de handicap orientés par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées.
MODES D'ACCUEIL	Le SAMSAH est ouvert du lundi au vendredi de 8h30 à 17h00 – Personnes orientées par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées.

FICHE IDENTITE ET MISSION SAMSAH Roanne

DATE D'OUVERTURE	2010
MODE DE TARIFICATION	Dotation globale (conseil départemental et ARS)
ZONE GÉOGRAPHIQUE	Le service est implanté au coeur de la ville de Roanne, ville du nord du département. Le territoire d'intervention des services de Roanne est basé sur le territoire nord du département qui comprend Roanne et son agglomération, structure intercommunale et une zone rurale. Roanne est à environ 1h de Lyon, Saint-Etienne et Clermont-Ferrand en voiture et en train.
COORDONNÉES	Adresse postale : 36 rue Gambetta 42300 Roanne Adresse mail : saphp@laroche.asso.fr – Téléphone : 04 77 62 02 07
DESCRIPTION DES LIEUX D'ACCUEIL	Les services d'accompagnement individuel se composent de 2 bureaux pour les entretiens, du bureau de la psychologue, de deux bureaux administratifs. Chaque équipe a un bureau à sa disposition. Une cuisine sert de salle de pause et de réunion.
MISSIONS PRINCIPALES	Le SAMSAH propose des accompagnements vers l'autonomie à des adultes en situation de handicap psychique désireux d'évoluer de façon plus autonome dans tous les actes de la vie quotidienne et de s'émanciper autant que possible des répercussions de leurs troubles, pour mener les projets qui comptent pour eux. Le SAMSAH propose des activités sociales pour aider les personnes en situation de handicap à sortir de leur isolement. Il aide les personnes à coordonner leur parcours de soin en fonction de leurs besoins.
ÉQUIPE	L'équipe est constituée d'un responsable de site, d'une assistante de gestion administrative et deux AMP. Compte tenu de la spécificité de sa mission et notamment son orientation sanitaire, cette équipe est spécifiquement enrichie de fonction qui lui sont propre : → LE PSYCHIATRE AU SEIN DU SAMSAH a pour missions principales de participer à la procédure d'admission des personnes pressenties pour un accompagnement par le SAMSAH. Il travaille en concertation avec l'ensemble de l'équipe afin d'apporter son expertise dans la compréhension des pathologies des personnes accompagnées et des incidences sur leur projet de vie. Il aide à réactiver le parcours de soins psychiatriques pour les personnes en rupture et est un appui à la coordination des actions engagées par les personnes vers des soins en réhabilitation psychosociale avec les partenaires du territoire.

FICHE IDENTITE ET MISSION
SAMSAH Roanne

<p>ÉQUIPE</p>	<p>→ LA PSYCHOLOGUE AU SEIN DU SAMSAH a pour mission principales de proposer un soutien psychologique aux adultes en situation de handicap psychique, sous forme d'entretiens cliniques individuels. Elle contribue à la réflexion d'équipe (Réunion d'équipe) et à la réflexion individuelle des professionnels (temps de travail individuel) sur la mise en oeuvre, le suivi et l'adaptation des projets personnalisés. Elle travaille avec les différents partenaires du territoire pour permettre au regard des besoins, l'optimisation de l'accompagnement des personnes.</p> <p>→ LE COORDINATEUR DE PROJET DU SAMSAH a pour mission principale d'évaluer les situations en lien avec l'équipe pluridisciplinaire et d'orchestrer de manière fonctionnelle le travail d'accompagnement de tous les acteurs internes et externes concernés par le Projet d'Accompagnement Personnalisé des personnes accompagnées. Par sa posture, le Coordinateur de projet crée et favorise les échanges entre toutes les parties prenantes au PAP de la personne.</p> <p>→ L'INFIRMIÈRE AU SEIN DU SAMSAH a pour mission principale de promouvoir la santé de la personne en situation de handicap psychique, en lui proposant une démarche de soins respectant son projet de vie.</p>
<p>LE PUBLIC ACCOMPAGNÉ AU 31/12/2023</p>	<p>→ La moyenne d'âge est de 56 ans.</p> <p>→ 44% des personnes accueillies sont des hommes et 56% des femmes</p> <p>→ Mesures de protection : 81% des personnes accueillies ont une mesure de protection</p>
<p>LES BESOINS DU PUBLICS</p>	<p>Une étude a été réalisée en 2022 au sein du SAMSAH de Roanne portant sur les besoins des personnes concernées. Cette enquête s'est concentrée sur les trois thèmes principaux de la nomenclature SERAFIN PH qui sont l'autonomie, la participation sociale et la santé. En ce qui concerne les résultats, on note les résultats suivants comme les plus significatifs :</p> <p>Autonomie :</p> <ul style="list-style-type: none"> → 70% des personnes ont besoin d'aide pour prendre des décisions adaptées pour leur sécurité → 40% ont besoin d'aide pour leur mobilité et leur vie relationnelle <p>Participation sociale :</p> <ul style="list-style-type: none"> → 80% des personnes ont besoin d'aide pour leur vie citoyenne → 70% des personnes ont besoin d'aide pour leur vie sociale → 60% des personnes ont besoin d'aide pour leur vie familiale <p>Santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> → 50% des personnes ont besoin d'aide pour leur santé → 56% des personnes ont besoin d'aide pour parler de la douleur, l'évaluer et l'atténuer

6.1.5. Les pistes de développement pour les 5 années à venir

N°	Catégorie	Objectifs	Moyens	Dispositif	Orientation stratégiques associatives	Pilote	Échéance de mise en oeuvre
----	-----------	-----------	--------	------------	---------------------------------------	--------	----------------------------

L'ensemble des pistes d'innovations décrites au point 5.4. concernant tous les dispositifs du PHVS, elles concerneront et impacteront également nos dispositifs ligériens

1	Démarche d'amélioration continue de la qualité	Améliorer la Qualité de vie au travail	Conduire après une enquête collective des actions en faveur de la QVT. Action de groupe construite autour de 4 thématiques : → Cohésion d'équipes → Organisation d'équipe → Communication et gestion des locaux	Loire EANM Félines	Gouvernance associative et organisation opérationnelle	Resp. de dispositif	2024
2	Démarche constitutive du projet de pôle	Améliorer la participation collective citoyenne des personnes en leur permettant, via leur CVS de coconstruire avec les professionnels et lancer une ou plusieurs actions en faveur de leur inclusion territoriale	Acquérir des compétences socle sur la participation des parties prenantes des CVS (GT Montée en compétences des CVS) Accompagner le développement de projets par les CVS Informers sur les projets des CVS et valoriser les parties prenantes	Loire EANM Félines	Promouvoir la citoyenneté des personnes concernées et l'approche par les droits	CVS Directeur Délégué	2025
3	Démarche d'amélioration continue de la qualité	Favoriser la découverte de nos services et de nos offres et les faire connaître	Organiser des portes ouvertes Travailler à nos outils de com Réflexion générale sur la possibilité de faire des stages de découverte avant une admission Reformater les outils de la loi 2002-2	Loire EANM Félines & SAPHP	Assurer l'adéquation permanente de l'offre de service et développer l'ingénierie sociale	Resp. de dispositif	2024 2025 2026 2027
4	Démarche constitutive du projet de pôle	Répondre au besoin d'apprentissage des personnes concernées	Déployer des activités de type PRACS pour le soutien et l'apprentissage d'habiletés techniques ou sociales dans le cadre des activités d'animation proposées				2025
5	Démarche d'amélioration continue de la qualité	Consolider l'élaboration et la mise en oeuvre du parcours et du projet personnalisé des Personnes Concernées : → S'approprier et déclinant la procédure d'admission existante → S'approprier et décliner l'outil contrat de parcours	Présentation des procédures aux équipes pour le SAMSAH : → Statuer sur la participation du psychiatre et du psychologue → Présenter et accompagner à la mise en oeuvre du contrat de parcours aux équipes.	Loire SAPHP			2024
6	Démarche constitutive du projet de pôle	Adapter nos offres et nos pratiques aux besoins des personnes et Définissant et mettant en oeuvre différents niveaux d'accompagnement adaptés aux besoins évolutifs des PC	Moduler la fréquence et intensité d'accompagnement en fonction des besoins des personnes Créer un outil commun avec des critères en lien avec les besoins pour évaluer le bon niveau d'accompagnement pour la PC				2025



N°	Catégorie	Objectifs	Moyens	Dispositif	Orientation stratégiques associatives	Pilote	Échéance de mise en œuvre
7	Démarche constitutive du projet de pôle	Adapter nos pratiques d'accompagnement au service des parcours	Mieux évaluer les besoins par croisement des regards pro S'approprier et fluidifier l'organisation et la coordination entre les fonctions d'accompagnement	Loire EANM Félines & SAPHP	Assurer l'adéquation permanente de l'offre de service et développer l'ingénierie sociale	Resp. de dispositif	2025
8		Définir un paquet de prestations «transversalisables» interservices	Clarifier/structurer nos activités (individuelles et partagées) et construire des activités à objet d'apprentissage de type PRACS	Loire SAPHP			2026
9		Développer notre réseaux et ses partenariats pour asseoir notre position territoriale en cartographiant les besoins des PC sur le territoire du Roannais	Participer à l'enquête de besoins de la Roche				
10	Démarche à contractualiser dans notre future CPOM	Développer notre réseaux et ses partenariats pour asseoir notre position territoriale en développant et organisant des partenariats de proximité permettant de : → Faciliter les parcours amont et aval → Nourrir/faciliter la mise en oeuvre des PP	Identifier/créer/structurer nos liens avec des structures		Développer les activités et démultiplier de l'impact social	Directeur de Pôle et resp. de dispositif	2027
11		Être acteur de la coordination et de la continuité des parcours des PC sur le territoire Roannais en élaborant un projet de «plateforme» sur le Roannais avec une notification unique en partenariat avec d'autres acteurs du territoire.	Fluidifier les échanges et collaborations entre nos structures autour de la mise en oeuvre des PP/ passage de relais entre services. Faire émerger des partenariats potentiels pour le travail en plateforme sur le roannais. Organiser nos coopérations interservices sur le roannais, organiser les passerelles : CAJ, SAVS, SAMSAH, FDV	Loire EANM Félines & SAPHP			



6.2. Le Territoire Sud-Ouest Rhône et son dispositif

La communauté de communes des Vallons du Lyonnais (CCVL), dont le siège est à Vaugneray, rassemble 8 communes périurbaines de Lyon, comptant environ 30 000 habitants.

Ce territoire attractif sur les plans économique, culturel et touristique connaît une croissance marquée du nombre d'entreprises et d'emplois depuis une décennie (11 zones d'activités).

La communauté de communes gère également 2 espaces naturels sensibles et abrite une réserve naturelle régionale. Elle assure également l'entretien de 200 kilomètres de sentiers de randonnée.

La CCVL mène de nombreuses actions en faveur de la transition énergétique, telles que l'aménagement de 25 kilomètres de voies douces, l'implantation de prises de recharge pour véhicules électriques, la mise en place d'un système d'autostop participatif et l'appui au déploiement du dispositif régional de covoiturage.

Au sein de la CCVL, perché sur un piton rocheux à 700 m d'altitude au carrefour des vallées de l'Yzeron et du Garon, la commune d'Yzeron, de moins de 1000 habitants, est une zone de moyenne montagne où pentes ardues et vallons aux lignes douces alternent.

Un tiers de la surface de la commune est dédié à l'agriculture, la moitié étant boisée avec des taillis de chênes, châtaigniers ou

plantations de résineux. La multitude des propriétés et le parcellaire contrasté donnent un paysage varié.

Au centre d'Yzeron, divers commerces (Epicerie-tabac, coiffeur, boulangerie, cafés et restaurants) sont installés dans un cadre champêtre, propice aux balades sur les chemins de randonnée et au bord du lac du Ronzet.

Le tissu associatif local reflète celui d'une commune de petite taille avec 24 associations. Les services publics demeurent limités dans le village (absence de distributeur automatique de billets, de médecins, de transport public, de pharmacie...).

Bien que distant de quelques kilomètres car présents dans les villages alentours, la problématique de leur accessibilité par les habitants de la résidence est réelle.

Pour compenser, la Résidence organise des navettes afin de relier Yzeron à ces autres villages.

La coordination des parcours des personnes accompagnées par la Roche sur le territoire sud -ouest Rhodanien est assurée par 1 coordinateur(-trice) de parcours.

Il/elle est en lien permanent avec l'ensemble des acteurs (institutionnels, sociaux, médicosociaux, sanitaires, associatifs) de ce territoire et en lien fonctionnel avec l'ensemble des équipes de la Résidence L'Yzeron.

6.2.1. L'EANM la Résidence L'Yzeron

FICHE IDENTITE ET MISSION EANM L'Yzeron

AUTORISATION	N° FINESS : 69 003 472 3
GESTIONNAIRE	La Roche
DIRECTEUR	Emmanuel VIAL
AGRÉMENT	<p>Arrêté de nouvelle autorisation N° ARCG-DAPAH-2018-0078</p> <p>Délivré par : Le Président du Conseil Départemental du Rhône</p> <p>Nombre de places autorisées : 50 places d'accueil permanent et 1 place d'accueil temporaire</p> <p>Typologie du public accompagné : Adultes en situation de handicap orientés par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées.</p>
MODES D'ACCUEIL	Internat – ouvert 365 jours par an
DATE D'OUVERTURE	30 novembre 2005
MODE DE TARIFICATION	Prix de journée fixé par le Département du Rhône. Places agréées par l'aide sociale. Réversion de la part des personnes concernées
ZONE GÉOGRAPHIQUE	La résidence L'Yzeron est située en zone de moyenne montagne à proximité du centre de la commune d'Yzeron dans les monts du Lyonnais, au sud-ouest de la ville de Lyon.
COORDONNÉES	<p>Adresse postale : 356, route de St Martin – 69510 Yzeron</p> <p>Adresse mail : i.vieille@laroche.asso.fr – Téléphone : 04 78 81 43 39</p>
DESCRIPTION DES LIEUX D'ACCUEIL	<p>La résidence L'YZERON se compose d'un espace d'environ 2 700 m² réparti en deux bâtiments adaptés aux personnes à mobilité réduite et reliés entre eux par une passerelle ouverte :</p> <p>→ Le premier bâtiment A est dédié à l'Accompagnement des personnes concernées et à l'Administratif. Sur trois niveaux, s'y mêlent notamment des bureaux éducatifs et d'entretiens, de nombreux espaces d'animations (atelier créatif, bar géré par les personnes concernées...) et de répit, une cuisine pédagogique, une salle de restauration et sa cuisine professionnelle, un espace buanderie ou encore divers espaces « salon ». Ce bâtiment est également un lieu de travail composé de bureaux administratifs, de vestiaires, une salle de réunion, une salle de pause...</p>

FICHE IDENTITE ET MISSION EANM L'Yzeron

DESCRIPTION DES LIEUX D'ACCUEIL	<p>→ Le second bâtiment H, dédié à l'Hébergement est, lui aussi, organisé sur 3 niveaux et abrite les chambres (22m²) qui sont composées d'une salle de bain ergonomique et d'un placard mural. Toutes les chambres sont initialement meublées d'un lit de 120 cm, d'une table de chevet, d'un fauteuil, d'un espace bureau et d'un réfrigérateur.</p> <p>Entre les deux bâtiments, une terrasse gravillonnée dispose de mobiliers d'extérieur installés dans le prolongement du bar de l'établissement et est adaptée aux parties de pétanque et aux tournois de tennis de table.</p> <p>Le coin potager et le poulailler sont installés de part et d'autre de cet espace et alimentent la cuisine pédagogique. L'opposition des entrées et sorties du bâtiment d'Hébergement et du bâtiment d'Accompagnement vient garantir une véritable confidentialité lors des visites.</p>
MISSIONS PRINCIPALES	<p>L'établissement a pour mission d'accompagner les personnes concernées par des troubles psychiques dans tous les domaines de la vie. Cet accompagnement éducatif est co-construit entre la personne bénéficiaire et l'équipe pluridisciplinaire suivant les principes d'autodétermination et de subsidiarité et à travers 3 axes.</p> <p>→ L'accompagnement des actes de la vie quotidienne</p> <p>→ L'accompagnement à la vie sociale pour soutenir les personnes concernées dans leur vie de citoyen</p> <p>→ L'accompagnement à la construction et la réalisation des actions des projets personnalisés des personnes concernées pour maintenir leurs acquis, développer des compétences et leur ouverture sociale, inclusive et citoyenne</p> <p>La coordination de parcours mise en place au sein de l'établissement permet un accompagnement complémentaire et structuré le plus adapté possible à la personne concernée et limite les risques de rupture d'accompagnement. Une veille de nuit est assurée pour tous de 21h à 7h.</p>
ÉQUIPE	<p>L'équipe éducative est composée de :</p> <ul style="list-style-type: none"> → 6 Référents de projets → 10 Accompagnateurs Vie Quotidienne (9 ETP) → 1 Animateur projet → 2 animateurs accueil <p>Cette équipe est complétée par 1 Assistant de Gestion Administratif, 4 Surveillants de nuit et 3 Agents de service intérieur. Cette équipe est également composée de fonction spécifique qu'on ne trouve que sur la résidence L'Yzeron :</p> <p>→ LE CHEF CUISINIER : Il/elle a pour mission principale la coordination complète de l'activité quotidienne de cuisine incluant la gestion autonome du budget allouée à l'ensemble des dépenses de bouche du foyer, la réalisation et la gestion du plan de maîtrise sanitaire et la gestion du commis de cuisine.</p>



FICHE IDENTITE ET MISSION EANM L'Yzeron

ÉQUIPE	<p>→ LE COMMIS DE CUISINE : sous la responsabilité du chef de cuisine, il/elle assure la confection des repas quotidien du foyer. Il participe à l'ensemble des tâches nécessaires au bon fonctionnement générale de la cuisine (contrôle et stockage des marchandises, hygiène et sécurité alimentaire, préparations des plats, réalisation des cuissons...)</p> <p>→ LE CHAUFFEUR : Il/elle a pour mission principale d'assurer le transport des personnes concernées de la résidence à un lieu défini suivant les horaires et les itinéraires convenus. Il est en lien avec l'équipe d'accompagnement pour la bonne organisation des trajets qu'il/elle effectue. Par sa présence rassurante, il /elle facilite ses trajets pour les personnes concernées.</p>
LE PUBLIC ACCOMPAGNÉ AU 31/12/2023	<ul style="list-style-type: none"> → La moyenne d'âge des personnes accompagnées s'élève à 53 ans. → 70% des personnes accompagnées sont des hommes et 30% des femmes. → Provenance : 5 personnes viennent d'un ESMS, 32 d'établissement de santé psychiatrique et 13 du domicile (parentale en majorité mais aussi personnel). → Mesures de protection : 27% des personnes concernées ont une mesure de tutelle et 71% ont une mesure de curatelle. Une seule personne n'a pas de mesure de protection. → 100% des personnes accueillies ont besoin d'un suivi psychiatrique. → 11 personnes accompagnées sur 50 ont des enfants dont deux de moins de 18 ans et 3 personnes sont en couple.
LES BESOINS DU PUBLICS	<p>Une étude a été réalisée en 2022 au sein de la Résidence L'Yzeron portant sur les besoins des personnes concernées. Cette enquête s'est concentrée sur les trois thèmes principaux de la nomenclature SERAFIN PH qui sont l'autonomie, la participation sociale et la santé. En ce qui concerne les résultats, on note les résultats suivants comme les plus significatifs :</p> <p>Autonomie :</p> <ul style="list-style-type: none"> → 75% des personnes indique avoir besoin d'aide pour prendre des décisions → 40% expriment avoir besoin d'aide pour prendre soin d'eux-mêmes → 40% souhaitent apprendre à se déplacer notamment pour aller seuls en ville → 62% déclare avoir besoin d'aide pour s'alimenter correctement (préparer un repas équilibré, suivre un régime si nécessaire...). <p>Participation sociale :</p> <ul style="list-style-type: none"> → 89% désire être accompagné dans leur vie citoyenne → 73% expriment avoir besoin d'aide pour entretenir leur lieu d'habitation → 57% indique avoir besoin d'accompagnement de leur vie affective, intime et sexuelle → 70% indique avoir besoin d'aide pour apprendre de nouvelles choses → 73% souhaitent être accompagnés dans leur vie sociale pour rencontrer d'autres personnes → 71% aimeraient progresser dans l'utilisation des outils de communication <p>Santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> → 51% des personnes concernées déclarent avoir besoin d'aide pour gérer leur santé, → 49% indiquent avoir besoin de moyens de compensation au niveau sensoriel (lunettes, appareils auditifs, etc.), → 40% ont besoin d'être accompagnés au niveau des soins bucco-dentaires

6.2.2. Les pistes de développement pour les 5 années à venir

N°	Catégorie	Objectifs	Moyens	Dispositif	Orientation stratégiques associatives	Pilote	Échéance de mise en oeuvre
L'ensemble des pistes d'innovations décrites au point 5.4. concernant tous les dispositifs du PHVS, elles concerneront et impacteront également l'EANM Yzeron							
1	Démarche d'amélioration continue de la qualité	Améliorer la Qualité de vie au travail	<p>Conduire après une enquête collective des actions en faveur de la QVT.</p> <p>Action de groupe construite autour de 4 thématiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> → Cohésion d'équipes → Organisation d'équipe → Communication et Gestion des locaux 	EANM Yzeron	Gouvernance associative et organisation opérationnelle	Resp. de dispositif	2024
2	Démarche constitutive du projet de pôle	Améliorer la participation collective citoyenne des personnes en leur permettant, via leur CVS de coconstruire avec les professionnels et lancer une ou plusieurs actions en faveur de leur inclusion territoriale	<p>Acquérir des compétences socle sur la participation des parties prenantes des CVS (GT Montée en compétences des CVS)</p> <p>Accompagner le développement de projets par les CVS</p> <p>Informar sur les projets des CVS et valoriser les parties prenantes</p>		Promouvoir la citoyenneté des personnes concernées et l'approche par les droits	CVS Directeur Délégué Resp. de dispositif	2024 à 2027
3		Répondre au besoin d'accompagnement sur l'aide à l'équilibre alimentaire	Investir la cuisine pédagogique et y développer un projet spécifique d'accompagnement à la nutrition				2024
4		Répondre au besoin de mobilité des personnes concernées	Déployer les formations nécessaires et encourager/ permettre l'utilisation des véhicules Twizy pour que les personnes puissent se déplacer seules en parfaite autonomie		Assurer l'adéquation permanente de l'offre de service et développer l'ingénierie sociale	Resp. de dispositif	2024 2025
5		Répondre au besoin d'apprentissage des personnes concernées	Déployer des activités de type PRACS pour le soutien et l'apprentissage d'habiletés techniques ou sociales dans le cadre des activités d'animation proposées				2025
6		Démarche contractualisée dans notre CPOM	Contribuer avec d'autres ESMS présents sur le territoire à la réflexion et l'élaboration d'une plateforme		Participer au travail avec ACOLEA à la mise en place d'une plateforme sur le territoire sud-ouest rhodanien	Développer les activités et démultiplier de l'impact social	Directeur de pôle et Resp. de dispositif



6.3. Le Territoire Ouest Rhodanien et son dispositif

6.3.1. Le Territoire Ouest Rhodanien

La Communauté d'agglomération de l'Ouest Rhodanien (C-Or) rayonne sur un territoire vaste de 577 km² au nord-ouest de Lyon. Les plus de 50.000 habitants qu'elle recense sont répartis entre 31 communes. Ce territoire représente 9.2 % de la population du département du Rhône.

La Roche y concentre l'essentiel de ses activités. Territoire « Rurbain » et peu concurrentiel puisque les associations y ayant le même objet qu'elle (l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique), sont peu nombreuses.

Celles qui sont présentes offrent soit des prestations différentes de celles proposées par la Roche (aide à domicile, EHPAD, protection juridique), soit leur activité est similaire mais non « significative » car l'essentiel de leurs actions sont ailleurs (Métropole ou nord département).

Les services publics tel que les Maisons du Rhône (3 sur le territoire : Tarare, Amplepuis et Lamure sur Azergues), le Centre Médico Psychologique rattaché au CHS de Saint Cyr au Mont d'Or et la maison France Service sont implantés sur le territoire.

Il y a peu de psychiatres libéraux et le nombre de médecins généraliste est en baisse.

L'Hôpital Nord-Ouest de Tarare propose de larges possibilités de consultations de spécialistes en lien avec l'Hôpital Nord-Ouest de Villefranche sur Saône.

Tarare, ville centre de la COR compte environ 11 000 habitants. Le contexte local pourrait, de prime abord, paraître défavorable (désindustrialisation) mais il est riche d'un tissu associatif important (la seule ville de Tarare compte plus de 200 associations).

Sa situation géographique est favorable et lui dessine un paysage « Rurbain » (entre ville et campagne) et la place à 40mn de la métropole lyonnaise (même si les infrastructures liées à la mobilité sont peu nombreuses).

La gare SNCF permet de relier facilement les grandes villes de Lyon et de Roanne.

Le réseau des Cars du Rhône permet également de se rendre à Villefranche sur Saône.

Et enfin le réseau de transport à la demande de la C-Or facilite les petits déplacements.

Autre point très favorable, la situation liée au logement n'y est pas tendue (en 2023) et les prix des logements sont bien plus favorables que sur la métropole lyonnaise ou le bassin de Villefranche-sur-Saône notamment.

La C-Or porte le Conseil Local de Santé Mentale ainsi que le Contrat Local de Santé.

Le PHVS participe activement à ces instances tant au niveau du Copil qu'au niveau des groupes opérationnels.

6.3.2. La Plateforme Via-Psy de L'Ouest Rhodanien

Une innovation au service des parcours

Les établissements et services implantés sur le territoire de L'Ouest Rhodanien avaient jusqu'en 2020 une organisation « classique » dans le paysage médico-sociale.

Classique car comme beaucoup, « silotée » et par conséquent qui ne permettait pas la fluidité des parcours.

Les personnes concernées restaient accompagnées dans le même établissement sans s'autoriser à imaginer un ailleurs de crainte de perdre leur « place », quand bien même leurs envies, leurs besoins ou leurs capacités les autorisaient légitimement à se projeter vers d'autres prestations d'accompagnement que celles qui leur étaient proposées.

Le contexte des politiques publiques prônant l'inclusion et la désinstitutionnalisation, le projet associatif de La Roche fort d'ambitions comme l'innovation et l'adéquation de l'offre aux besoins, ainsi qu'une étude de besoins réalisée en 2018 ont légitimé et impulsé la dynamique de changements qui nous a permis de faire évoluer les dispositifs existants en une solution innovante au service des parcours : une plateforme de services.

Nous avons saisi l'opportunité de la signature de notre CPOM 2019-2022, pour adapter et transformer nos offres de services regroupées sur ce territoire.

Notre engagement a été de :


- Réorganiser et développer les offres de nos établissements de l'Ouest Rhodanien
- Faire fonctionner ce nouveau « pool de services » lié à l'hébergement, l'habitat et l'accompagnement à la vie sociale des personnes, en une plateforme de services et ainsi fluidifier les parcours.

Réorganiser et développer les offres de nos établissements de l'Ouest Rhodanien

En 2019, l'offre initiale que nous déployions était composée de 77 places de foyer d'hébergement, 22 places de foyer de vie, 28 places de foyer appartement, 8 places de SAVS expérimental et 25 places de service d'accueil de jour.

Notre étude de besoin a révélé que cette offre ne correspondait plus aux besoins des personnes concernées.

Cette étude faisait émerger la nécessité de réorganiser notre « volume globale de places » en les répartissant différemment : créer plus de solutions de type foyer de vie afin d'accompagner le vieillissement des personnes, créer plus d'offre d'accompagnement dans des habitats individuels et insérés au plus proche du droit commun et diminuer notre offre intermédiaire de prestations FH qui n'étaient plus plébiscitées.



De 2019 à 2022 nous avons dès lors consolidé et adapté notre offre du territoire de la C. OR pour « coller » le plus possible aux besoins des personnes.

Ainsi, nous avons :

- Réduit notre volume de prestations d'accompagnement en FH en passant de 77 à 30 places
- Augmenté notre volume de prestations d'accompagnement en FH 22 à 32 places de FDV
- Transformé notre Foyer appartement en dispositif d'Habitat Diffus (intermédiation locative) et augmenté notre volume de prestations de 28 à 45 places
- Pérennisé le dispositif de colocation accompagnée pour 8 places
- Relocalisé notre SAJ en zone urbaine pour une meilleure accessibilité du service et afin d'atteindre une fréquentation optimisée pour 25 ETP
- Créé une offre d'Habitat Regroupé pour 10 places
- Créé une offre d'Habitat Regroupé Renforcé pour 10 places

Faire fonctionner ce nouveau « pool de services » en une plateforme de services

Au-delà des évolutions structurelles que nous avons conduites, nous avons également travaillé avec le département du Rhône pour obtenir la possibilité, pour les personnes concernées, de transformer notre modèle de fonctionnement.

Modèle de fonctionnement jusqu'alors « en silo » fait de parcours type qu'il nous

fallait transformer d'une logique verticale, pyramidale à sens unique en une logique circulaire où toutes les combinaisons et enchaînements de prestations seraient possibles, au service de la demande et du parcours des personnes.

La Coordination de Parcours comme « pierre angulaire » de notre nouveau fonctionnement

L'orientation vers les dispositifs d'action médico-sociale demeure de la responsabilité de la MDPH.

Cette orientation médico-sociale est prononcée vers les établissements et dispositifs qui lui paraissent correspondre aux besoins de la personne dans la compréhension qu'elle a de son projet et de ces capacités.

La multitude de demandes adressées à la MDPH, leur éloignement des terrains d'accompagnement rendent parfois ces orientations décalées d'avec les besoins, à l'instant « T » de la personne. Décalages pouvant bloquer les parcours et par conséquent les flux dans les ESMS.

Les listes d'attentes s'allongent, la possibilité de s'essayer à autre chose ne s'opérationnalise pas et les personnes demeurent empêchées dans leurs aspirations.

Bénéficier d'une orientation unique pour tous les dispositifs d'un territoire nous est apparu comme le moyen de générer des flux et de promouvoir le pouvoir d'agir des personnes. Un gage d'efficacité en quelque sorte puisque les orientations seraient faites au plus proche de la demande et des prestations offertes par les terrains d'accompagnement.

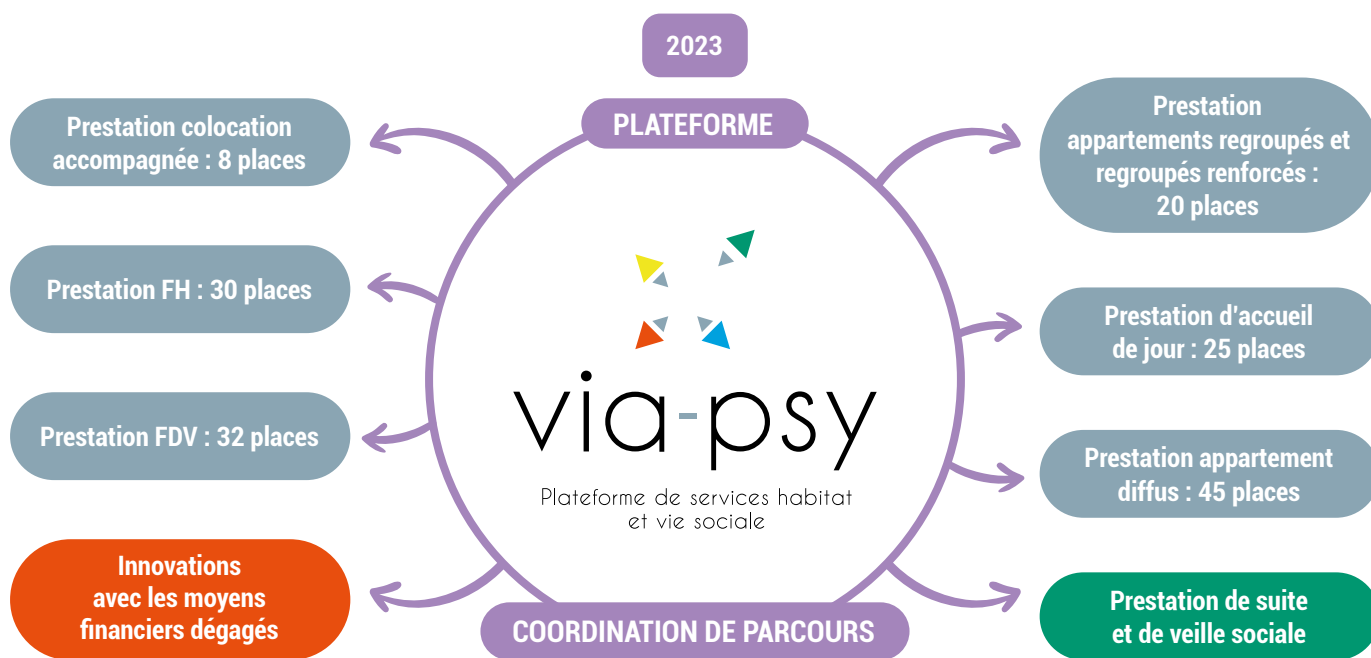


Pour que cette ambition apparaisse comme crédible, aux yeux du département et des personnes concernées, et réalisable, nous nous sommes dotés d'une cellule de professionnels dédiés à la coordination des parcours au sein de la plateforme que nous souhaitons voir se créer.

La création de cette cellule de coordination s'est accompagnée de la « mise en plateforme » de l'ensemble des dispositifs que nous gérons sur ce territoire et c'est ainsi que la plateforme Via-Psy de l'Ouest Rhodanien est née.

Les coordinateurs de parcours coconstruisent avec les personnes leur projet de parcours, le suivent et assurent la coordination de l'ensemble des mouvements qu'auraient les personnes au sein des dispositifs de la plateforme et de ses filières amonts et aval.

Grace à la plateforme Via-Psy, nous sommes passé d'une offre de service « silotée » et obligeant les personnes concernées, pour chaque mouvement, à quitter définitivement leurs dispositifs d'origine à **une offre globale « plateforme » pour laquelle une orientation unique donne accès, autant que nécessaire à tous les dispositifs qui la composent.**



FICHE IDENTITE ET MISSION
Plateforme VIA PSY

AUTORISATION	N° FINESS : 69 00 012 01
GESTIONNAIRE	La Roche
DIRECTEUR	Emmanuel VIAL
AGRÉMENT	<p>Arrêté de nouvelle autorisation N° ARCG-DAPAH-2022-0034</p> <p>Délivré par : Le président du Conseil Départemental du Rhône</p> <p>Nombre de places autorisées : 160 dont 5 places d'hébergement temporaire</p> <p>Typologie du public accompagné : Adultes en situation de handicap psychique orientés par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées.</p>
MODES D'ACCUEIL	<p>L'orientation vers la plateforme Via Psy permet aux personnes concernées de bénéficier de tous les modes d'accueil de la plateforme :</p> <ul style="list-style-type: none"> → EANM → Dispositifs Habitats → Service d'Accueil de Jour → SAVS colocation
DATE D'OUVERTURE	01 janvier 2001
MODE DE TARIFICATION	<p>→ Il n'y a pas de prix de journée unique « plateforme »</p> <p>→ Chaque dispositif de la plateforme dispose de son prix de journée propre</p>
ZONE GÉOGRAPHIQUE	<p>La plateforme Via Psy est située à Tarare. Les dispositifs la composant sont situés sur les communes de Tarare, Les Sauvages et Amplepuis sur le territoire de la communauté d'agglomération d'Ouest Rhodanien, située à mi-distance de Lyon, Roanne et Villefranche sur Saône. Tarare est accessible par le train, l'autoroute A89 et les cars du Rhône.</p>
COORDONNÉES	<p>Adresse postale : 3 rue de la Providence – 69170 Tarare</p> <p>Adresse mail : secretariat.viapsy@laroche.asso.fr – Téléphone : 06 16 99 50 57</p>
DESCRIPTION DES LIEUX D'ACCUEIL	<p>La plateforme est constituée de bureaux où travaillent les coordinateurs/trices de parcours</p>



FICHE IDENTITE ET MISSION

Plateforme VIA PSY

<p>MISSIONS PRINCIPALES</p>	<p>La plateforme Via Psy de l'Ouest Rhodanien propose un accompagnement des parcours pour favoriser des évolutions rapides, simples et fluides au plus proche des besoins des personnes. Trois types de prestations sont proposées pour répondre aux besoins et demandes des personnes concernées :</p> <ul style="list-style-type: none"> → Soutien à la vie en établissement → Accompagnement et apprentissage en logements inclusifs → Activités et participation sociale <p>Cette fluidité est facilitée par la mise en place d'une notification unique d'orientation Plateforme Via Psy.</p> <p>La coordination de parcours par la contractualisation d'un contrat de parcours permet d'orchestrer les parcours des personnes en fonction de leurs souhaits, de leurs besoins, de leurs projets ; tout en assurant une continuité en permettant les allers et retours dans les différents dispositifs.</p> <p>Les ruptures de parcours sont ainsi évitées. La coordination des parcours, prestation socle de la plateforme Via Psy permet également de gérer les flux amont et aval des parcours en travaillant en étroites collaborations avec les filières enfance et gérontologie.</p>
<p>ÉQUIPE</p>	<p>L'équipe de la plateforme est composée de :</p> <ul style="list-style-type: none"> → 3 coordinateurs/trices de parcours → 1 pair-aidant(e) parcours → 1 Assistant(e) de gestion administrative



6.3.3. Les dispositifs de la plateforme

FICHE IDENTITE ET MISSION EANM Les Mousselines	
AUTORISATION	N° FINESS : 69 00 012 01
GESTIONNAIRE	La Roche
DIRECTEUR	Emmanuel VIAL
AGRÉMENT	Arrêté de nouvelle autorisation N° ARCG-DAPAH-2022-0034 Délivré par : Le président du Conseil Départemental du Rhône Nombre de places autorisées : 50 Typologie du public accompagné : Adultes en situation de handicap orientés par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées pour la plateforme Via-Psy
MODES D'ACCUEIL	Internat – ouvert 365 jours par an
DATE D'OUVERTURE	29 mai 2015
MODE DE TARIFICATION	Les résidents du foyer des Mousselines reversent une participation à l'aide sociale pour leur hébergement sur la base des règlements de chaque conseils départementaux ou métropolitains dont ils dépendent. L'aide sociale finance ainsi la partie relative à leur hébergement et leur accompagnement socio-éducatif. Les personnes concernées disposent d'un reste à vivre équivalent à 30 ou 50% minimum de l'AAH (selon le type d'hébergement proposé).
ZONE GÉOGRAPHIQUE	Le foyer est situé à Tarare, ville semi urbaine, chef-lieu de la communauté d'agglomération d'Ouest Rhodanien, située à mi-distance de Lyon, Roanne et Villefranche sur Saône. Tarare est accessible par le train, l'autoroute A89 et les cars du Rhône.
COORDONNÉES	Adresse postale : 29 Rue Etienne Thomassin, 69170 Tarare Adresse mail : secretariat.viapsy@laroche.asso.fr – Téléphone : 06 16 99 50 57



FICHE IDENTITE ET MISSION EANM Les Mousselines

<p>DESCRIPTION DES LIEUX D'ACCUEIL</p>	<p>Le foyer se compose d'un bâtiment principal composé de 4 niveaux pour une superficie de 3144m² :</p> <p>→ Un niveau -1 composé d'un parking de 16 places, de vestiaires à destination des professionnels, d'un local poubelle et de locaux techniques</p> <p>→ Un rez-de-chaussée composé d'une partie administrative (8 bureaux, 2 salles de réunions), d'une 1ère salle d'activité d'environ 30m², d'une buanderie en libre accès, d'une grande salle de restauration ainsi que d'une cuisine permettant de préparer les repas sur place.</p> <p>Le rez-de-chaussée accueille également la salle Oxygène de 85 m² composée de 2 bureaux, de sanitaires et d'une salle polyvalente de 52 m² doté d'un espace cuisine pédagogique.</p> <p>La salle Oxygène est accessible depuis l'extérieur du bâtiment et offre un lieu d'accueil aux personnes concernées mais aussi par convention à des partenaires de notre territoire.</p> <p>→ 2 étages accueillent en tout 46 chambres individuelles d'environ 20m² chacune et 4 studios de 37m². Chaque chambre est équipée d'un lit en 140 cm (literie fournie), d'un chevet, d'un placard mural, d'un frigo top (sur demande) et d'une salle de douche avec sanitaire individuel.</p> <p>Chaque étage possède un espace collectif dans lequel les personnes concernées peuvent prendre leur repas, un petit salon avec téléviseur, un grand balcon avec vue sur le parc de l'établissement, un bureau.</p> <p>Parmi les équipements complémentaires accessible sur les étages, l'établissement dispose d'une seconde buanderie en libre accès et d'un salon dit esthétique équipé notamment d'une baignoire balnéo.</p> <p>→ Un parc fermé de 1300 M², comportant une pergola, du mobilier de jardin, une table de tennis de table, un terrain de pétanque et un coin potager.</p>
<p>MISSIONS PRINCIPALES</p>	<p>Le foyer des Mousselines propose un accompagnement personnalisé en établissement non médicalisé. Les personnes bénéficient d'un accompagnement éducatif soir et week-end pour les travailleurs et toute la journée pour les non travailleurs.</p> <p>Les prestations qui sont offertes par les équipes permettent aux personnes de bénéficier d'un soutien dans les actes de la vie quotidienne, d'un accompagnement de leur projet personnalisé et d'un accompagnement au maintien et développement des capacités d'autonomie et de pouvoir d'agir.</p> <p>Une veille de nuit est assurée pour tous de 21h à 7h.</p>



FICHE IDENTITE ET MISSION EANM Les Mousselines

ÉQUIPE	<p>L'équipe accompagnante du Foyer des Mousselines est composée de :</p> <ul style="list-style-type: none"> → 6 référents de projet → 8 Accompagnants de la vie quotidienne → 1 Animateur projet → 3 Animateurs accueil <p>L'équipe est également complétée par des surveillants de nuit et des agents de service intérieur.</p>
LE PUBLIC ACCOMPAGNÉ AU 31/12/2023	<ul style="list-style-type: none"> → Il accueille 33 hommes et 16 femmes, la moyenne d'âge est de 51 ans. → Le plus jeune a 25 ans et le plus âgé a 77 ans. → 59% des personnes accompagnées possèdent une mesure de protection type curatelle → 27% sont sous tutelle et 14% sont sans mesure de protection. → 67% proviennent d'un établissement médico-social, 6% d'un établissement de santé et 26% étaient en milieu ordinaire
LES BESOINS DU PUBLICS	<p>Une étude a été réalisée en 2022 au sein de l'EANM Les Mousselines portant sur les besoins des personnes concernées. Cette enquête s'est concentrée sur les trois thèmes principaux de la nomenclature SERAFIN PH qui sont l'autonomie, la participation sociale et la santé. En ce qui concerne les résultats, on note les résultats suivants comme les plus significatifs :</p> <p>Autonomie :</p> <ul style="list-style-type: none"> → 49% estiment avoir besoin d'aide pour prendre soin d'eux. → 56% estiment avoir besoin d'un accompagnement dans sa vie relationnelle → 45% estiment avoir besoin d'un accompagnement pour ses déplacements <p>Participation sociale :</p> <ul style="list-style-type: none"> → 60% estiment avoir besoin d'aide pour favoriser leur participation sociale → 71% estiment avoir besoin d'aide pour favoriser leur vie citoyenne → 69% estiment avoir besoin d'aide pour apprendre de nouvelles choses → 66% estiment avoir besoin d'aide pour favoriser leur vie sociale <p>Santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> → 78% estiment avoir besoin d'aide en ce qui concerne leur santé → 70% estiment avoir besoin d'un accompagnement pour prendre soin de leur santé



FICHE IDENTITE ET MISSION
EANM Le Parc

AUTORISATION	N° FINESS : 69 00 012 01
GESTIONNAIRE	La Roche
DIRECTEUR	Emmanuel VIAL
AGRÉMENT	<p>Arrêté de nouvelle autorisation N° ARCG-DAPAH-2022-0034 Délivré par : Le président du Conseil Départemental du Rhône Nombre de places autorisées : 12 Typologie du public accompagné : Adultes en situation de handicap orientés par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées pour la plateforme Via-Psy. Le foyer dispose également de 2 places d'accueil pour personnes adultes porteuses du syndrome de Prader Willi</p>
MODES D'ACCUEIL	Internat – ouvert 365 jours par an
DATE D'OUVERTURE	Mai 1995
MODE DE TARIFICATION	Les résidents du foyer Le Parc reversent une participation à l'aide sociale pour leur hébergement sur la base des règlements de chaque conseils départementaux ou métropolitains dont ils dépendent. L'aide sociale finance ainsi la partie relative à leur hébergement et leur accompagnement socio-éducatif.
ZONE GÉOGRAPHIQUE	Situé à 50 kms au Nord-Ouest de Lyon – implantation rurale pas de commerces de proximité – peu de transports en commun accessibles
COORDONNÉES	<p>Adresse postale : 588 Route de la Roche – 69170 Les Sauvages Adresse mail : secretariat.viapsy@laroche.asso.fr – Téléphone : 06 16 99 50 57</p>
DESCRIPTION DES LIEUX D'ACCUEIL	<p>Le foyer se compose d'un bâtiment principal appelé le Parc sur 3 niveaux. Les 3 niveaux sont accessibles par des chemins permettant un accès de plein pied.</p> <p>→ Un niveau -1 se trouve 3 chambres ouvertes sur une terrasse, une buanderie collective et une salle de détente avec bains à remous.</p> <p>→ Le niveau 0 comporte 4 chambres dont 3 donnent sur un balcon privatif. Se trouve également à ce niveau le bureau de l'équipe des accompagnateurs de la vie quotidienne et veilleur de nuit, ainsi que la pharmacie et la salle de restauration.</p> <p>→ Le niveau +1 est composé de 3 chambres donnant sur un balcon privatif. Une cuisine éducative est également à disposition sur cet étage.</p> <p>Toutes les chambres possèdent leur propre sanitaire et douche. Les chambres peuvent être soit meublées par La Roche, soit meublées par la personne concernée.</p>



FICHE IDENTITE ET MISSION EANM Le Parc

DESCRIPTION DES LIEUX D'ACCUEIL	<p>Un autre bâtiment adjacent appelé le parc vert compte également 3 niveaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> → Le parc vert – 1, un petit appartement composé d'une cuisine/salon, 2 petites chambres et une salle de douche / sanitaires. Cet appartement est meublé. → Le parc vert 0 comporte le bureau des référents de projet ainsi qu'une salle commune avec télévision, baby-foot, jeux divers et accès informatique. → Le parc vert + 1, un petit appartement composé d'une cuisine/salon, 2 petites chambres et une salle de douche / sanitaires. Cet appartement est meublé. <p>De nombreux espaces verts sont accessibles aux personnes : salon de jardin, étendage, barbecue, espace jardinage...</p>
MISSIONS PRINCIPALES	<p>Le foyer le parc fait parti des deux dispositifs d'accompagnement en établissement qui proposent un accompagnement personnalisé en établissement non médicalisé. Les prestations qui sont offertes par les équipes permettent aux personnes de bénéficier d'un soutien dans les actes de la vie quotidienne, d'un accompagnement de leur projet personnalisé et d'un accompagnement au maintien et développement des capacités d'autonomie et de pouvoir d'agir.</p>
ÉQUIPE	<p>L'équipe accompagnante du Foyer de Parc est composée de :</p> <ul style="list-style-type: none"> → 1.5 référents de projets → 3 AVQ - 0.5 animatrice → Une équipe est complétée par des surveillants de nuit et des agents de service intérieur
LE PUBLIC ACCOMPAGNÉ AU 31/12/2023	<ul style="list-style-type: none"> → En 2023, la moyenne d'âge était de 45 ans avec une répartition → 87% d'homme et 13% de femmes → 60% des personnes sont sous mesure de protection → 80 % des personnes accompagnées viennent d'une autre ESMS ou de l'hôpital. → 12 personnes sur 13 sont suivies par un psychiatre
LES BESOINS DU PUBLICS	<p>Une étude a été réalisée en 2022 au sein de du Foyer Le Parc portant sur les besoins des personnes concernées. Cette enquête s'est concentrée sur les trois thèmes principaux de la nomenclature SERAFIN PH qui sont l'autonomie, la participation sociale et la santé. En ce qui concerne les résultats, on note les résultats suivants comme les plus significatifs :</p> <p>Autonomie :</p> <ul style="list-style-type: none"> → 56% des personnes estiment avoir besoin d'aide pour prendre soin d'eux → 33% des personnes estiment avoir besoin d'aide dans leur vie relationnelle → 44% des personnes estiment avoir besoin d'aide pour leur mobilité → 69% des personnes estiment avoir besoin d'aide pour prendre des décisions adaptées pour leur votre sécurité → 100% des personnes estiment avoir besoin d'aide pour leur alimentation/nutrition <p>Participation sociale :</p> <ul style="list-style-type: none"> → 66% des personnes estiment avoir besoin d'aide dans leur vie citoyenne → 100% des personnes estiment avoir besoin d'aide dans leur lieu d'habitation → 67% des personnes estiment avoir besoin d'aide dans le domaine du travail et de l'emploi → 100% des personnes estiment avoir besoin d'aide pour apprendre de nouvelles choses → 66% des personnes estiment avoir besoin d'aide pour leur vie familiale, leur la vie de couple → 66% des personnes estiment avoir besoin d'aide pour votre vie sociale, rencontrer d'autres personnes <p>Santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> → 100% des personnes estiment avoir besoin d'aide en ce qui concerne leur santé → 50% des personnes estiment avoir besoin d'aide au niveau bucco-dentaire



FICHE IDENTITE ET MISSION
SAVS Colocation accompagnée

AUTORISATION	N° FINESS : 69 00 012 01
GESTIONNAIRE	La Roche
DIRECTEUR	Emmanuel VIAL
AGRÉMENT	<p>Arrêté de nouvelle autorisation N° ARCG-DAPAH-2022-0034</p> <p>Délivré par : Le président du Conseil Départemental du Rhône</p> <p>Nombre de places autorisées : 8</p> <p>Typologie du public accompagné : Adultes en situation de handicap orientés par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées pour la plateforme Via-Psy et ayant un domicile de secours dans le Rhône.</p>
MODES D'ACCUEIL	<p>→ Accompagnement des personnes de la colocation</p> <p>→ Présence des accompagnateurs du lundi au vendredi de 9h à 19h et le samedi de 9h à 14h</p> <p>→ Les personnes orientées par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées.</p>
DATE D'OUVERTURE	<p>Historiquement, l'association loi 1901 à but non lucratif J'Entraide pour un Toit (créée en 2003) a géré « la Maison de Sophonie » d'octobre 2007 à septembre 2017 au titre de l'accueil familial.</p> <p>En septembre 2017, La Roche demande et obtient la création d'un Service d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS) pour assurer une continuité de l'accompagnement des personnes accueillies à la Maison de Sophonie dont l'agrément d'accueil familial prend fin.</p> <p>En février 2023, la maison de Sophonie déménage à Tarare et devient la colocation accompagnée du Viaduc. Le SAVS emménage dans les mêmes locaux.</p>
MODE DE TARIFICATION	<p>→ Les Usagers du SAVS doivent impérativement résider au sein de la colocation. Ils s'acquittent auprès du bailleur d'une redevance pour les parties privatives qui leur sont attribuées.</p> <p>En parallèle ils adhèrent à l'association colocation accompagnée et verse une contribution pour régler les charges collectives, nourriture, loisirs...</p> <p>→ L'aide sociale finance, via le SAVS Expérimental, la partie relative à l'accompagnement socio-éducatif apporté aux colocataires.</p>



FICHE IDENTITE ET MISSION
SAVS Colocation accompagnée

ZONE GÉOGRAPHIQUE	La colocation est située à Tarare. Tarare, ville semi urbaine, est le chef-lieu de la communauté d'agglomération d'Ouest Rhodanien, située à mi-distance de Lyon, Roanne et Villefranche sur Saône. Tarare est accessible par le train, l'autoroute A89 et les cars du Rhône.
COORDONNÉES	Adresse postale : 10 rue Paul Bert – 69170 Tarare Adresse mail : secretariat.viapsy@laroche.asso.fr – Téléphone : 06 16 99 50 57
DESCRIPTION DES LIEUX D'ACCUEIL	<p>Les bureaux du SAVS de la colocation accompagnée sont dans l'enceinte du bâtiment comprenant les habitations de la colocation accompagnée.</p> <p>Les personnes qui sont accompagnées par le SAVS doivent habiter à la colocation accompagnée : les deux sont indissociables.</p> <p>Le bâtiment de la colocation est sur 3 niveaux et est composé de 3 appartements : un T4 au rez de chaussé, un T4 au 1er étage, un T3 au 2ème étage.</p> <p>L'accès au bâtiment se fait par des escaliers et donne directement dans un grand jardin. L'équipe intervient auprès des colocataires, chez eux du lundi au vendredi de 9h à 19h et le samedi de 10h à 14h</p>
MISSIONS PRINCIPALES	<p>Le SAVS colocation accompagnée propose un soutien et/ou un accompagnement à l'apprentissage de la vie autonome en colocation.</p> <p>L'accompagnement des personnes est dispensé dans une logique de subsidiarité et d'accompagnement du développement de leur pouvoir d'agir.</p> <p>Dans le cadre de leurs projets personnalisés, les personnes concernées bénéficient notamment d'une aide dans les domaines :</p> <p>La vie quotidienne : prendre soin de soi, s'occuper de son logement, gérer son budget, organiser son suivi médical, organiser la gestion de son administratif...</p> <p>La vie sociale et citoyenne : connaître et investir son quartier, s'occuper, investir son temps libre...</p> <p>L'intervention des professionnels a pour but :</p> <ul style="list-style-type: none"> → D'aider les colocataires dans leurs relations interpersonnelles → De soutenir l'animation de la vie quotidienne de la colocation → D'accompagner le projet personnalisé des personnes concernées → De conduire des activités de jours à des fins occupationnelles, utiles à la vie de la colocation et re-mobilisatrices au quotidien pour les personnes
ÉQUIPE	<p>L'équipe accompagnante du SAVS est composée de :</p> <ul style="list-style-type: none"> → 1 référent de projets → 1 Accompagnateur à la Vie Quotidienne



FICHE IDENTITE ET MISSION
SAVS Colocation accompagnée

<p>LE PUBLIC ACCOMPAGNÉ AU 31/12/2023</p>	<ul style="list-style-type: none"> → En 2023 la moyenne d'âge était de 49 ans pour 6 personnes accompagnée, → 5 hommes et 1 femme dont 5 sous mesure de protection → 100% des personnes ont un suivi par un médecin psychiatre
<p>LES BESOINS DU PUBLICS</p>	<p>Une étude a été réalisée en 2022 au sein de la Colocation accompagnée portant sur les besoins des personnes concernées. Cette enquête s'est concentrée sur les trois thèmes principaux de la nomenclature SERAFIN PH qui sont l'autonomie, la participation sociale et la santé. En ce qui concerne les résultats, on note les résultats suivants comme les plus significatifs :</p> <p>Autonomie :</p> <ul style="list-style-type: none"> → 71% des personnes estiment avoir besoin d'aide pour prendre soin d'elles → 43% des personnes estiment avoir besoin d'aide dans leur vie relationnelle → 58% des personnes estiment avoir besoin d'aide leur mobilité → 62% des personnes estiment avoir besoin d'aide pour prendre des décisions adaptées pour leur sécurité → 62% des personnes estiment avoir besoin d'aide pour leur alimentation/nutrition <p>Participation sociale :</p> <ul style="list-style-type: none"> → 50% des personnes estiment avoir besoin d'aide dans leur vie citoyenne → 33% des personnes estiment avoir besoin d'aide dans leur lieu d'habitation, se sentir bien chez soi → 50% besoin d'aide dans le domaine du travail et de l'emploi → 66% des personnes estiment avoir besoin d'aide pour apprendre de nouvelles choses → 50% des personnes estiment avoir d'aide pour leur vie familiale → 50% des personnes estiment avoir besoin d'aide pour leur vie sociale, rencontrer d'autres personnes <p>Santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> → 16% des personnes estiment avoir besoin d'aide en ce qui concerne leur santé → 50% des personnes estiment avoir besoin d'aide pour parler et évaluer, leurs douleurs → 66% des personnes estiment avoir besoin d'aide au niveau bucco-dentaire



FICHE IDENTITE ET MISSION
Dispositif Habitat Regroupé – Renforcé – DHR²

AUTORISATION	N° FINESS : 69 00 012 01
GESTIONNAIRE	La Roche
DIRECTEUR	Emmanuel VIAL
AGRÉMENT	<p>Arrêté de nouvelle autorisation N° ARCG-DAPAH-2022-0034</p> <p>Délivré par : Le président du Conseil Départemental du Rhône</p> <p>Nombre de places autorisées : 10</p> <p>Typologie du public accompagné : Adultes en situation de handicap orientés par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées pour la plateforme Via-Psy.</p>
MODES D'ACCUEIL	<p>→ Accompagnement des personnes dans une résidence avec des appartements indépendants ainsi que dans le diffus à proximité de la résidence</p> <p>→ Présence des accompagnateurs du lundi au vendredi de 9h à 19h et le samedi de 9h à 14h</p> <p>→ Les personnes orientées par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées.</p>
DATE D'OUVERTURE	01 janvier 2023
MODE DE TARIFICATION	<p>→ Les personnes concernées sous louent leur appartement à l'Association La Roche.</p> <p>→ Elles gardent leurs ressources.</p> <p>→ Une demande d'aide sociale doit être déposée au domicile de secours de la personne pour la prise en charge des frais d'accompagnement.</p>
ZONE GÉOGRAPHIQUE	<p>Les appartements du DHR² sont situés dans une résidence neuve de 17 logements composée de studio et T2. Le DHR² a également 3 appartements dans le diffus à proximité de la résidence. Tarare, ville semi urbaine, est le chef-lieu de la communauté d'agglomération d'Ouest Rhodanien, située à mi-distance de Lyon, Roanne et Villefranche sur Saône. Tarare est accessible par le train, l'autoroute A89 et les cars du Rhône.</p>
COORDONNÉES	<p>Adresse postale : 2 rue du Gonnet – 69170 Tarare</p> <p>Adresse mail : secretariat.viapsy@laroche.asso.fr – Téléphone : 06 16 99 50 57</p>
DESCRIPTION DES LIEUX D'ACCUEIL	<p>Le DHR² est composé de 7 appartements dans l'immeuble 2 rue du Gonnet et de 3 logements dans la Ville de Tarare. Le DHR² accompagne 10 personnes pour une durée du 18 mois.</p> <p>→ La partie logements DHR² est sur 3 niveaux. L'accès au bâtiment se fait par 2 digicodes (un dans la rue et un à la porte de l'immeuble). Le bâtiment n'a pas d'ascenseur.</p> <p>Le DHR² est composé 7 appartements 3 studios et 4 type T2. La kitchenette des appartements est équipée d'une plaque de cuisson, d'un réfrigérateur et d'un meuble sous évier.</p>



FICHE IDENTITE ET MISSION
Dispositif Habitat Regroupé – Renforcé – DHR²

<p>DESCRIPTION DES LIEUX D'ACCUEIL</p>	<p>Des placards muraux sont installés dans la chambre et au dessus de la porte d'entrée. Les salles de bains ont des douches à l'italienne.</p> <p>Les appartements du DHR² sont meublés. Le chauffage est au gaz. L'eau, le gaz et l'électricité sont facturés dans la redevance et font l'objet d'une régularisation annuelle.</p> <p>Une terrasse au 2ème étage est accessible aux personnes et équipées de tables et chaises.</p> <p>→ Les logements du DHR² dans le diffus sont situés à Tarare. Ils sont meublés.</p> <p>→ La partie bureau est située dans l'enceinte du bâtiment mais possède un accès individuel. Cette partie est composée du bureau des accompagnateurs, d'une salle de réunion, d'une salle détente/informatique et d'une grande salle avec une cuisine équipée.</p> <p>Ces espaces sont ouverts du lundi au vendredi du 10h à 19h ainsi que le samedi de 10h à 14h.</p>
<p>MISSIONS PRINCIPALES</p>	<p>Le DHR² propose un soutien et/ou un accompagnement à l'apprentissage de la vie autonome en appartements individuels en ville et dans une résidence.</p> <p>L'accompagnement des personnes est dispensé dans une logique de subsidiarité et d'accompagnement du développement de leur pouvoir d'agir.</p> <p>Dans le cadre de leurs projets personnalisés, les personnes concernées bénéficient notamment d'une aide dans les domaines :</p> <p>La vie quotidienne : prendre soin de soi, s'occuper de son logement, gérer son budget, organiser son suivi médical, organiser la gestion de son administratif...</p> <p>La vie sociale et citoyenne : connaître et investir son quartier, s'occuper, investir son temps libre... Les personnes concernées sont accompagnées spécifiquement pour développer leurs compétences de la vie autonome en appartement.</p> <p>Ce dispositif permet l'apprentissage et la transition. Il est temporaire, le temps d'acquérir les compétences nécessaires pour accéder à leur projet.</p> <p>La présence éducative est renforcée avec des visites à domicile et des ateliers individuel d'apprentissage plusieurs fois par semaine.</p>
<p>ÉQUIPE</p>	<p>L'équipe accompagnante du DHR – DHR² est composée de :</p> <p>→ 3.25 référents de projets</p> <p>→ 0.5 pair aidant animation</p>
<p>LE PUBLIC ACCOMPAGNÉ AU 31/12/2023</p>	<p>→ La capacité d'accueil de 10 personnes avec une file active sur 2023 de 13 personnes.</p> <p>→ La moyenne d'âge est de 26 ans avec 90% d'hommes et 10 % de femmes,</p> <p>→ 66 % des personnes bénéficient d'une mesure de protection.</p> <p>→ 66% des personnes accompagnées sont issus du domicile ou milieu ordinaire.</p> <p>→ 90% des personnes ont un suivi par un médecin psychiatre</p>
<p>LES BESOINS DU PUBLICS</p>	<p>Pas d'étude réalisée car création en 2023</p>



FICHE IDENTITE ET MISSION

Dispositif Habitat Regroupé - DHR

AUTORISATION	N° FINESS : 69 00 012 01
GESTIONNAIRE	La Roche
DIRECTEUR	Emmanuel VIAL
AGRÉMENT	<p>Arrêté de nouvelle autorisation N° ARCG-DAPAH-2022-0034</p> <p>Délivré par : Le président du Conseil Départemental du Rhône</p> <p>Nombre de places autorisées : 10</p> <p>Typologie du public accompagné : Adultes en situation de handicap orientés par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées pour la plateforme Via-Psy.</p>
MODES D'ACCUEIL	<p>→ Accompagnement des personnes dans une résidence avec des appartements indépendants</p> <p>→ Présence des accompagnateurs du lundi au vendredi de 9h à 19h et le samedi de 9h à 14h</p> <p>→ Les personnes orientées par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées.</p>
DATE D'OUVERTURE	01 janvier 2023
MODE DE TARIFICATION	<p>→ Les personnes concernées sous louent leur appartement à l'Association La Roche.</p> <p>→ Elles gardent leurs ressources.</p> <p>→ Une demande d'aide sociale doit être déposée au domicile de secours de la personne pour la prise en charge des frais d'accompagnement.</p>
ZONE GÉOGRAPHIQUE	Les appartements du DHR sont situés dans une résidence neuve de 17 logements composée de studio et T2. Tarare, ville semi urbaine, est le chef-lieu de la communauté d'agglomération d'Ouest Rhodanien, située à mi-distance de Lyon, Roanne et Villefranche sur Saône. Tarare est accessible par le train, l'autoroute A89 et les cars du Rhône.
COORDONNÉES	<p>Adresse postale : 2 rue du Gonnet – 69170 Tarare</p> <p>Adresse mail : secretariat.viapsy@laroche.asso.fr – Téléphone : 06 16 99 50 57</p>
DESCRIPTION DES LIEUX D'ACCUEIL	<p>Le DHR est un bâtiment neuf (ouverture décembre 2022) proposant une partie avec des logements et une partie avec des bureaux ainsi qu'un parking avec un jardin.</p> <p>Les DHR accompagne 10 personnes.</p> <p>→ La partie logements DHR est sur 3 niveaux. L'accès au bâtiment se fait par 2 digicodes (un dans la rue et un à la porte de l'immeuble). Le bâtiment n'a pas d'ascenseur.</p> <p>Le DHR est composé 10 appartements type T2. La kitchenette des appartements est équipée d'une plaque de cuisson, d'un réfrigérateur et d'un meuble sous évier.</p> <p>Des placards muraux sont installés dans la chambre et au dessus de la porte d'entrée.</p>



FICHE IDENTITE ET MISSION
Dispositif Habitat Regroupé - DHR

DESCRIPTION DES LIEUX D'ACCUEIL	<p>Les salles de bains ont des douches à l'italienne. Les personnes habitants au DHR meublent leur appartement. Le chauffage est au gaz.</p> <p>L'eau, le gaz et l'électricité sont facturés dans la redevance et font l'objet d'une régularisation annuelle.</p> <p>Une terrasse au 2ème étage est accessible aux personnes et équipée de tables et chaises.</p> <p>→ La partie bureau est située dans l'enceinte du bâtiment mais possède un accès individuel.</p> <p>Cette partie est composée du bureau des accompagnateurs, d'une salle de réunion, d'une salle détente/informatique et d'une grande salle avec une cuisine équipée.</p> <p>Des temps collectifs sont également proposés par l'équipe pour soutenir la vie sociale des personnes.</p> <p>Ces espaces sont ouverts du lundi au vendredi du 10h à 19h ainsi que le samedi de 10h à 14h.</p>
MISSIONS PRINCIPALES	<p>Le DHR propose un soutien et/ou un accompagnement à l'apprentissage de la vie autonome en appartements individuels en ville dans une résidence.</p> <p>L'accompagnement des personnes est dispensé dans une logique de subsidiarité et d'accompagnement du développement de leur pouvoir d'agir.</p> <p>Dans le cadre de leurs projets personnalisés, les personnes concernées bénéficient notamment d'une aide dans les domaines :</p> <p>→ La vie quotidienne : prendre soin de soi, s'occuper de son logement, gérer son budget, organiser son suivi médical, organiser la gestion de son administratif...</p> <p>→ La vie sociale et citoyenne : connaître et investir son quartier, s'occuper, investir son temps libre...</p> <p>Les personnes concernées sont accompagnées dans une double dimension :</p> <p>→ Une dimension tremplin pour construire leur parcours vers l'autonomie en logement de droit commun.</p> <p>→ Une dimension plus pérenne pour stabiliser leur parcours de vie en logement intermédiaire entre le foyer classique et l'appartement ordinaire de droit commun.</p> <p>L'équipe accompagne en visite à domicile, en accompagnement extérieur, en fonction des besoins du projet personnel.</p> <p>Des temps collectifs sont également proposés pour soutenir la vie sociale des personnes.</p>
ÉQUIPE	<p>L'équipe accompagnante du DHR – DHR² est composée de :</p> <p>→ 3.25 référents de projets → 0.5 pair aidant animation</p>
LE PUBLIC ACCOMPAGNÉ AU 31/12/2023	<p>→ 10 personnes sont accompagnées au DHR avec</p> <p>→ une moyenne d'âge de 48 ans dont 60% d'hommes et 40% de femmes.</p> <p>→ 90 % bénéficient d'une mesure de protection.</p> <p>→ 80 % sont issus d'un autre établissement médico-social.</p>
LES BESOINS DU PUBLICS	<p>Dispositif non existant lors de l'enquête</p>



FICHE IDENTITE ET MISSION
Dispositif Habitats Diffus – DHD

AUTORISATION	N° FINESS : 69 00 012 01
GESTIONNAIRE	La Roche
DIRECTEUR	Emmanuel VIAL
AGRÉMENT	<p>Arrêté de nouvelle autorisation N° ARCG-DAPAH-2022-0034</p> <p>Délivré par : Le président du Conseil Départemental du Rhône</p> <p>Nombre de places autorisées : 45</p> <p>Typologie du public accompagné : Adultes en situation de handicap psychique orientés par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées pour la plateforme Via-Psy.</p>
MODES D'ACCUEIL	<p>→ Accompagnement en appartements diffus, appartements individuels ou en colocation.</p> <p>L'accompagnement est réalisé, toute l'année, du lundi au vendredi de 9h à 19h et le samedi de 9h à 14h.</p> <p>→ Les personnes orientées par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées.</p>
DATE D'OUVERTURE	01 janvier 2021
MODE DE TARIFICATION	<p>→ Les personnes concernées sous louent leur appartement à l'Association La Roche. Elles gardent leurs ressources.</p> <p>→ Une demande d'aide sociale doit être déposée au domicile de secours de la personne pour la prise en charge des frais d'accompagnement.</p>
ZONE GÉOGRAPHIQUE	Les appartements du DHD sont situés principalement sur les communes de Tarare et d'Amplepuis. Tarare, ville semi urbaine, est le chef-lieu de la communauté d'agglomération d'Ouest Rhodanien, située à mi-distance de Lyon, Roanne et Villefranche sur Saône. Tarare est accessible par le train, l'autoroute A89 et les cars du Rhône.
COORDONNÉES	<p>Adresse postale : 3 rue de la Providence – 69170 Tarare</p> <p>Adresse mail : secretariat.viapsy@laroche.asso.fr – Téléphone : 06 16 99 50 57</p>
DESCRIPTION DES LIEUX D'ACCUEIL	<p>Les bureaux des accompagnateurs du DHD sont situés au 3 rue de la Providence à Tarare. Le bâtiment est partagé avec d'autres dispositifs de La Roche mais également avec l'Association Grim.</p> <p>Les bureaux des accompagnateurs se situent au 1er étage du bâtiment. L'étage est accessible par des escaliers ou par un ascenseur.</p> <p>D'autres salles partagées sont également à disposition du dispositif : grande salle de réunion, bureau d'entretien et le Roche N'Bar (bar tenu par des personnes concernées).</p> <p>Les logements du DHD sont situés principalement dans la ville de Tarare. Ils sont loués par La Roche et sous loués aux personnes concernées. Les logements sont sécurisés (interphone) à proximité du centre-ville.</p>



FICHE IDENTITE ET MISSION

Dispositif Habitats Diffus – DHD

<p>MISSIONS PRINCIPALES</p>	<p>Le DHD propose un soutien et/ou un accompagnement à l'apprentissage de la vie autonome en appartements individuels et/ou en colocations, en ville dans le droit communs.</p> <p>L'accompagnement des personnes est dispensé dans une logique de subsidiarité et d'accompagnement du développement de leur pouvoir d'agir.</p> <p>Dans le cadre de leurs projets personnalisés, les personnes concernées bénéficient notamment d'une aide dans les domaines :</p> <ul style="list-style-type: none"> → La vie quotidienne : prendre soin de soi, s'occuper de son logement, gérer son budget, organiser son suivi médical, organiser la gestion de son administratif... → La vie sociale et citoyenne : connaître et investir son quartier, s'occuper, investir son temps libre <p>Les personnes rencontrent leur référent de projet en moyenne une fois par semaine et bénéficie d'un soutien dans la conduite de leur projet personnel. La stabilisation, le soutien à l'autonomie dans le logement, le soutien à la vie sociale, locale et citoyenne sont les principaux axes d'accompagnement.</p>
<p>ÉQUIPE</p>	<p>L'équipe du DHD est composée de 4 référents de projets.</p>
<p>LE PUBLIC ACCOMPAGNÉ AU 31/12/2023</p>	<ul style="list-style-type: none"> → La capacité d'accueil est de 45 personnes avec une file active de 47 personnes pour 2023. → La moyenne d'âge est de 42 ans avec 76% d'hommes et 24% de femmes. → 70 % des personnes bénéficient d'une mesure de protection. → 78 % des personnes ont un suivi par un médecin psychiatre
<p>LES BESOINS DU PUBLICS</p>	<p>Une étude a été réalisée en 2022 au sein du DHD portant sur les besoins des personnes concernées. Cette enquête s'est concentrée sur les trois thèmes principaux de la nomenclature SERAFIN PH qui sont l'autonomie, la participation sociale et la santé. En ce qui concerne les résultats, on note les résultats suivants comme les plus significatifs :</p> <p>Autonomie :</p> <ul style="list-style-type: none"> → 30% des personnes estiment avoir besoin d'aide dans leur vie relationnelle → 22% des personnes estiment avoir besoin d'aide pour leur mobilité → 44% des personnes estiment avoir besoin d'aide pour prendre des décisions adaptées pour leur sécurité <p>Participation sociale :</p> <ul style="list-style-type: none"> → 48% des personnes estiment avoir besoin d'aide dans leur vie citoyenne → 55% des personnes estiment avoir besoin d'aide dans leur lieu d'habitation pour se sentir bien chez soi → 51% des personnes estiment avoir besoin d'aide dans le domaine du travail et de l'emploi → 50% des personnes estiment avoir besoin d'aide pour apprendre de nouvelles choses → 39% des personnes estiment avoir besoin d'aide pour leur vie familiale, leur vie de couple → 39% des personnes estiment avoir besoin d'aide pour besoin pour leur vie sociale et rencontrer d'autres personnes → 52% des personnes estiment avoir besoin d'aide pour utiliser des outils de communication <p>Santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> → 38% des personnes estiment avoir besoin d'aide en ce qui concerne leur santé → 35% des personnes estiment avoir besoin d'aide en ce qui concerne l'expression, l'évaluation de leurs douleurs



FICHE IDENTITE ET MISSION

Service d'Accueil de Jour

AUTORISATION	N° FINESS : 69 00 012 01
GESTIONNAIRE	La Roche
DIRECTEUR	Emmanuel VIAL
AGRÉMENT	<p>Arrêté de nouvelle autorisation N° ARCG-DAPAH-2022-0034</p> <p>Délivré par : Le président du Conseil Départemental du Rhône</p> <p>Nombre de places autorisées : 25</p> <p>Typologie du public accompagné : Adultes en situation de handicap orientés par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées pour la plateforme Via-Psy</p>
MODES D'ACCUEIL	<p>→ Accueil en journée : planning d'activités proposés et accueil libre</p> <p>→ Présence des accompagnateurs du lundi au jeudi de 8h30 à 16h30 et le vendredi de 8h30 à 16h</p> <p>→ Les personnes orientées par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées.</p>
DATE D'OUVERTURE	Le SAJ a été créé en mai 1988
MODE DE TARIFICATION	<p>→ Une demande d'aide sociale doit être déposée au domicile de secours de la personne pour la prise en charge des frais d'accompagnement</p> <p>→ Les personnes concernées participent au frais de repas, transport et certaines activités</p>
ZONE GÉOGRAPHIQUE	<p>Les locaux du SAJ sont situés à Tarare.</p> <p>Tarare, ville semi urbaine, est le chef-lieu de la communauté d'agglomération d'Ouest Rhodanien, située à mi-distance de Lyon, Roanne et Villefranche sur Saône.</p> <p>Tarare est accessible par le train, l'autoroute A89 et les cars du Rhône.</p>
COORDONNÉES	<p>Adresse postale : 3 rue de la Providence – 69170 Tarare</p> <p>Adresse mail : secretariat.viapsy@laroche.asso.fr – Téléphone : 06 16 99 50 57</p>
DESCRIPTION DES LIEUX D'ACCUEIL	<p>Le Service d'Accueil de Jour, Arc en Ciel, est situé au 3 rue de la Providence à Tarare.</p> <p>Il peut accueillir 25 personnes en équivalent temps plein. Le bâtiment est partagé avec d'autres dispositifs de La Roche mais également avec l'Association Grim.</p> <p>Le SAJ est situé au rez de chaussé. Le SAJ est composé de :</p> <p>→ Une grande salle d'accueil qui sert également de salle de restauration, de détente et d'activités.</p> <p>→ Une autre salle est dédiée aux activités créatives.</p> <p>→ Puis une autre petite salle est équipée avec un vélo elliptique et d'autres accessoires de sport pour une pratique individuelle ou en petit nombre.</p>



FICHE IDENTITE ET MISSION

Service d'Accueil de Jour

<p>DESCRIPTION DES LIEUX D'ACCUEIL</p>	<p>D'autres salles sont partagées et permettent de proposer d'autres activités : une grande salle équipée d'une télévision, une cuisine pédagogique et le Roche N'Bar (bar tenu par des personnes concernées).</p> <p>Une terrasse vient compléter le SAJ où les personnes peuvent prendre leur repas l'été, se relaxer, discuter ou organiser des manifestations. L'équipe accompagnante a un bureau partagé. Le bâtiment possède plusieurs toilettes.</p>
<p>MISSIONS PRINCIPALES</p>	<p>Le SAJ propose un accompagnement pour lutter contre l'isolement et favoriser le développement de liens sociaux. Ce dispositif propose des activités ouvertes sur la cité.</p> <p>Les personnes peuvent venir à la carte, en journée complète, en demi-journée, ou simplement pour une activité.</p> <p>Le SAJ propose :</p> <ul style="list-style-type: none"> → Un accompagnement individuel → Des activités collectives : Les activités proposées sont surtout un support à l'échange, à la vie sociale, à l'apprentissage → Un accueil libre
<p>ÉQUIPE</p>	<p>L'équipe accompagnante du SAJ est composée de :</p> <ul style="list-style-type: none"> → 0.50 référent de projets → 0.80 Animateur projet → 2 animateurs
<p>LE PUBLIC ACCOMPAGNÉ AU 31/12/2023</p>	<ul style="list-style-type: none"> → Le SAJ accompagne 25 ETP par jour sa file active est de 55 personnes avec une moyenne d'âge de 45 ans, le plus jeune ayant 20 ans et le plus âgé 75 ans. → 70% des personnes accompagnées sont des hommes contre 30% de femmes. → 65% bénéficient d'une mesure de protection
<p>LES BESOINS DU PUBLICS</p>	<p>Une étude a été réalisée en 2022 au sein du SAJ portant sur les besoins des personnes concernées. Cette enquête s'est concentrée sur les trois thèmes principaux de la nomenclature SERAFIN PH qui sont l'autonomie, la participation sociale et la santé. En ce qui concerne les résultats, on note les résultats suivants comme les plus significatifs :</p> <p>Autonomie :</p> <ul style="list-style-type: none"> → 16 % des personnes estiment avoir un besoin d'aide pour prendre soin d'eux → 33% des personnes estiment avoir besoin d'aide pour leur mobilité → 33% des personnes estiment avoir besoin d'aide pour prendre des décisions adaptées pour leur sécurité → 50% des personnes estiment avoir besoin d'aide pour leur alimentation/nutrition <p>Participation sociale :</p> <ul style="list-style-type: none"> → 38% estiment avoir besoin d'aide dans leur vie citoyenne → 62 % des personnes expriment besoins d'aide pour apprendre des nouvelles choses → 63% des personnes estiment avoir besoin d'aide pour leur vie sociale, rencontrer d'autres personnes



6.3.4. Les pistes de développement pour les 5 années à venir

N°	Catégorie	Objectifs	Moyens	Dispositif	Orientation stratégiques associatives	Pilote	Échéance de mise en oeuvre
1	Démarche contractualisée dans notre CPOM	Optimiser la plateforme Via-Psy en formalisant une forme d'habitat proche de l'habitat inclusif	→ Aider les colocataires de la collocation accompagnée à redéfinir leur projet de collocation pour mieux formaliser les modalités d'intervention du SAVS	Via-Psy Collocation	Promouvoir la citoyenneté des personnes concernées et l'approche par les droits	Resp. de dispositif	2025
2		Optimiser la plateforme Via-Psy en facilitant les parcours des jeunes publics, en soutenant et accompagnant le développement des capacités des personnes	→ Mettre en place un service déployant un programme d'accompagnement à la citoyenneté et l'employabilité		Assurer l'adéquation permanente de l'offre de service et développer l'ingénierie sociale	Directeur de pôle	2024
3		Optimiser la plateforme Via-Psy en créant un nouveau dispositif permettant aux personnes accompagnées dont le parcours est complexe de traverser les moments de crise qu'elles rencontrent	→ Temps de répit ou de «rupture organisée» du quotidien → Prestations d'accompagnement classique renforcées → Prestations d'accompagnement externalisées				2024-2026
4		Permettre le déploiement territorial de Via-Psy en travaillant à coopter d'autres prestataires que La Roche et partager avec eux la coordination des parcours des personnes.	→ Recenser les acteurs médicosociaux du territoire complémentaires de l'offre plateforme actuelle → Comprendre et partager nos fonctionnements respectifs → Réunir et fédérer ses acteurs autour du projet de construire ensemble une plateforme → Rendre compatible/harmoniser nos moyens d'agir et d'accompagner → Trouver le moyen administratif et opérationnel → Coadministrer le dispositif				2027
5		Permettre le déploiement territorial de Via-Psy en construisant l'interopérabilité entre Via-Psy et ses filières amont, aval et complémentaires	→ Poursuivre notre implication associative et participer à la construction des nouveaux opérateurs (C360, DAC) → Recenser les acteurs des autres filières et les investir. → Développer la capacité administrative de Via-Psy à intervenir dans les filières amont et aval.	Via-Psy	Consolider le statut d'acteur expert du handicap psychique et appuyer les pratiques sur la recherche et le numérique	Directeur de pôle/ resp. dispositifs	2027
6		Partager, coopérer et soutenir le développement de notre filière en modélisant notre démarche de transformation ayant permis l'émergence de la plateforme Via-Psy	→ Écrire la démarche ayant permis la construction de la plateforme → Designer cette démarche → Créer des supports de communication				
7		Partager, coopérer et soutenir en accompagnant la création de futures plateformes	→ Animer des séquences de travail sur la modélisation d'autre plateformes				
8	Démarche constitutive du projet de pôle	Améliorer la participation collective citoyenne des personnes en leur permettant, via leur CVS de coconstruire avec les professionnels et lancer une ou plusieurs actions en faveur de leur inclusion territoriale	→ Acquérir des compétences socle sur la participation des parties prenantes des CVS (GT Montée en compétences des CVS) → Accompagner le développement de projets par les CVS → Informer sur les projets des CVS et valoriser les parties prenantes		Promouvoir la citoyenneté des personnes concernées et l'approche par les droits	CVS Directeur Délégué	2025





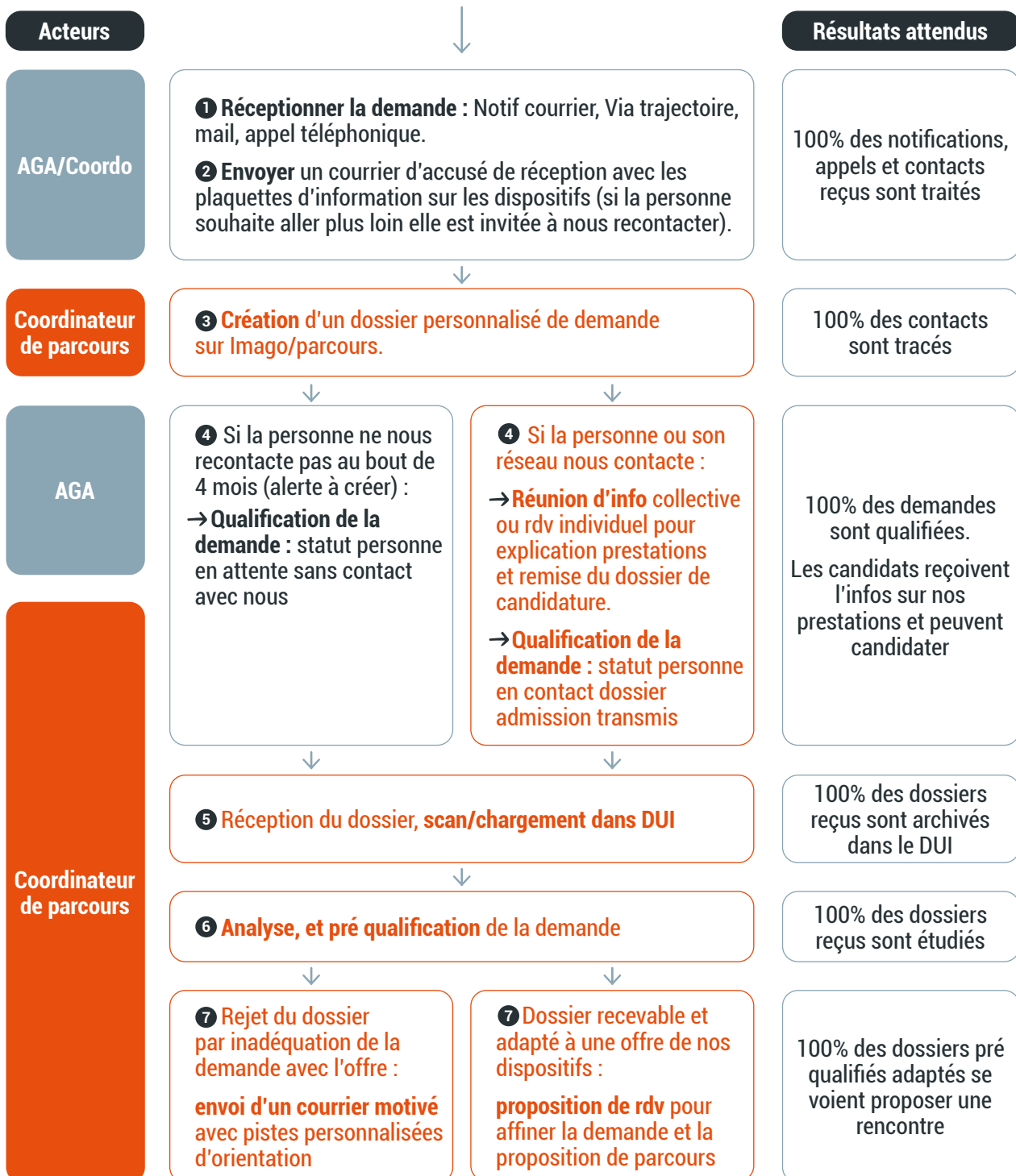
7 Annexes



PROCESS ADMISSION

DONNÉES D'ENTRÉE (INFOS, DOCS...) :

- Demande MDPH → Demande personnes concernées
- Demande réseau partenaires : PCPE, Communauté 360...



Acteurs

Coordinateur de parcours

Responsables des dispositifs

Coordinateur de parcours

Resp. des dispositifs

8 **Animer** autant de rendez-vous que nécessaires avec les personnes et **Réaliser** avec eux et leur réseau d'aide l'évaluation diagnostique de leur situation afin de préfigurer de leur projet de parcours au sein du ou des dispositifs les plus adaptés

9 **Organiser, Animer et Présenter** à la Commission d'admission (*rassemblant la personne concernée, les responsables des dispositifs ciblés par le parcours prédéfini et les partenaires associés*) le projet de parcours de la personne afin de proposer son admission au sein du/des dispositif(s) identifié(s)

10 **Prononcer une réponse sur l'admission** de la personne dans le/les dispositifs pointée dans le projet de parcours

11 **Transmettre** la décision motivée du refus par écrit et proposer une rencontre au besoin pour en expliquer les raisons et proposer d'autres pistes

11 Lorsque la personne est admise, **l'informer de la décision d'admission par écrit et assurer la programmation de son accueil**

12 **Qualification de la demande** : statut refusé et scan/chargement des docs d'admissions et le courrier de refus dans le DUI

12 **Qualification de la demande** : statut admise et scan/chargement des docs d'admissions et le courrier d'admission dans le DUI

13 **Finaliser la rédaction du contrat de parcours**

13 **Designner le référent de projet** qui accompagnera la situation

14 **Rencontrer** avec les personnes concernées pour transmettre tous les éléments du contrat de parcours établi (notamment l'analyse des demandes), le référent de projet désigné du/des dispositif(s) identifié(s)

15 **Transmettre le contrat de parcours rédigé de la personne au responsable du dispositif d'accueil** qui se chargera de sa signature par la personne concernée dans le cadre de son accueil.

16 **Importer le DUI de l'usager** depuis Imago Pôle parcours jusqu'à l'établissement choisi.

Résultats attendus

Compréhension et analyse des attentes pour construire une offre sur mesure

100% des dossiers pré-qualifiés comme admissibles passent en commission

Gérer le flux d'entrée dans nos dispositifs

Favoriser l'accueil des personnes au sein des dispositifs ou leur réorientation

Favoriser l'accueil des personnes au sein des dispositifs

Fournir toutes les informations nécessaires à l'Accueil et l'Accompagnement de la personne au sein des dispositifs de La Roche

Formaliser l'accompagnement des parcours

ACCUEIL

DONNÉES D'ENTRÉE (INFOS, DOCS...) :

→ Dossier d'amission - DUI → Pochette accueil (à définir par ESMS)

Acteurs	Objet	Quand	Résultats attendus
<p>1 Préparer l'accueil de la personne</p> <p>Coordinateur parcours aux Référents de Projet désigné</p>	<p>Missions concernées*</p> <p>Présentation de la situation de la personne qui va intégrer le dispositif</p> <p>→ Transmission des éléments de son parcours par la transmission du contrat de parcours complété</p> <p>→ Transfert des éléments constitutif du DUI de la section Parcours à la section propre à l'établissement d'accueil</p>	<p>Lorsque la personne est admise, formaliser son projet de parcours en contrat de parcours et transmettre tous les éléments du contrat de parcours établi au référent de projet désigné du dispositif identifié.</p> <p>Créer, rassembler et inscrire dans le dossier de l'utilisateur (IMAGO DU) l'ensemble des informations administratives et sociales utiles et pertinentes au suivi de son parcours.</p>	<p>À minima 1 semaine avant l'entrée de la personne dans un dispositif de la Roche</p> <p>100% des notifications, appels et contacts reçus sont traités</p>
	<p>2 Arrivée de la personne sur le ESMS</p> <p>→ Accueil et remise des clés le cas échéant</p> <p>→ Présentation des lieux communs et de leur fonctionnement, si EANM ou DH</p> <p>→ État des lieux du logement</p> <p>→ Aide à l'installation dans son lieu de vie</p>	<p>Entrer en relation avec les personnes concernées</p> <p>Accompagner les temps clefs de la vie quotidienne des personnes concernées accueillies</p>	<p>Le jour de l'arrivée de la personne sur site</p> <p>La personne concernée dispose des informations nécessaires à son repérage et à la bonne utilisation des lieux</p>



Acteurs	Objet	Quand	Résultats attendus
3 Présentation des équipes et de leur fonctionnement			
<p>Equipe Animateurs à la personne concernée</p>	<p>Explication des prestations d'Animation et permanence d'accueil :</p> <p>→ Quand, où et pour y trouver quoi</p> <p>Explication des projets d'Animation à objectifs</p> <p>Explication du Fonctionnement général, du planning d'activité, des modalités d'inscription, des participations financières</p> <p>Explication des prestations d'accompagnement à la vie quotidienne :</p> <p>→ Modalité d'acc à la prise des traitements médicaux</p> <p>→ Modalité d'acc des temps de repas</p> <p>→ Modalités d'acc individuel en chambre (espace et hygiène personnelle)</p> <p>→ Modalité d'acc à la gestion du linge</p> <p>→ Modalités d'acc à l'extérieur de l'établissement</p> <p>Explication des prestations d'accompagnement en Référence de projet (explication de la fréquence minimale de rencontre)</p> <p>→ Entretien pour recueil de besoin</p> <p>→ Entretien d'élaboration de projet</p> <p>→ Entretien d'élaboration, de suivi et d'évaluation d'actions</p> <p>→ Accompagnement de réalisation d'actions liées au PAP</p>	<p>Avoir intégré et compris le périmètre de sa fonction</p>	<p>Dans les 10 jours qui suivent l'arrivée de la personne dans le dispositif</p>
<p>AVQ Référent à la personne concernée</p>			<p>100% des personnes accueillies ont compris :</p> <p>De quelle types de prestations elles peuvent bénéficier</p> <p>Qui et suivant quelles modalités les professionnels peuvent les lui dispenser</p>
<p>Référent de Projet à la personne concernée</p>			



ACCOMPAGNEMENT INDIVIDUEL

Acteurs	Objet	Résultats attendus
1 La rencontre		
Référent PP ACC vie au quot. animateur Projet animateur d'accueil	<p>Entrer en relation avec les personnes concernées et situer son intervention dans le cadre de leur projet de parcours et en tenant compte de leur contexte social et familial de proximité</p>	Les 15 premiers jours
		<p>Créer du lien</p> <p>Coopérer</p> <p>Créer un cadre rassurant</p>
2 L'évaluation des attentes et besoins		
ACC vie au quot.	<p>Être à l'écoute des personnes et repérer les signes permettant d'accompagner les personnes concernées vers les professionnels et/ou service adéquat</p>	<p>Les 3 premiers mois</p> <p>CC VIE au quotanimateur projetanimateur d'accueil</p> <p>Transmettre ses observations à l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire en utilisant les supports de communications dédiés</p> <p>(Dossier informatique de l'utilisateur, réunions d'équipe...)</p>
Animateur projet / accueil	<p>Identifier les habitudes de vie des personnes et intervenir de manière ajustée auprès d'elles selon les signes observés</p>	
	<p>Consulter les personnes concernées et situer leurs demandes dans l'environnement local du dispositif d'accompagnement concerné</p>	
Référent PP	<p>Mettre à jour et compléter le recueil des demandes et besoins des personnes concernées (ELADEB)</p> <p>Transcrire les demandes et besoins des personnes concernées</p>	
		<p>Identifier et définir les besoins, les attentes</p>
3 Co-construire		
Référent PP ACC vie au quot. animateur projet	<p>Définir les objectifs du PAP et co-construire le programme d'actions correspondant à mettre en oeuvre en fonction des objectifs définis dans le PAP</p>	Les 15 premiers jours
Référent PPC coordinateur de parcours	<p>Le coordinateur de parcours fait le lien avec la personne concernée et son référent pour vérifier l'adéquation entre le projet de parcours (pourquoi) et le PAP (comment)</p>	
		<p>Elaborer et préparer un plan d'actions individuelles</p>



Acteurs	Objet	Résultats attendus
---------	-------	--------------------

4 Finaliser

Responsable de dispositifs
Référent PP

Finaliser le projet avec la personne concernée par sa signature et le rendre accessible (imago) pour et par tous

6 mois

100% des personnes ont un PAP actif

5 Mettre en œuvre

Référent PP
ACC vie au quot. animateur
Projet animateur d'accueil

En fonction du plan d'actions établi (vie quotidienne, animation, accompagnement individuel) réaliser les actions d'accompagnement définies dans les PAP

En continu

Référent PP

Rendre compte, rédiger le suivi des actions d'accompagnements dans le dossier informatique des personnes dont il assure la référence

Référent PP
Coordinateur de parcours

Rédige avec la personne concernée et avec l'appui des coordinateurs de parcours, les différents rapports destinés aux partenaires

CC VIE au quotanimateur projetanimateur d'accueil

Transmettre ses observations à l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire en utilisant les supports de communications dédiés

(Dossier informatique de l'utilisateur, réunions d'équipe...)

Réalise
Fait
Fait avec
Laisse faire

6 Évaluer

Référent PP

Avec l'appui des coordinateurs de parcours, réaliser les évaluations nécessaires conduites dans le PAP selon la temporalité définie

En continu

Proposer les ajustements nécessaires à l'atteinte des objectifs du PAP

Veiller
Réajuster



ACCOMPAGNEMENT À LA PRISE DES TRAITEMENTS MÉDICAUX

6. Les choix possibles de la personne concernée dans son accompagnement à la gestion de ses traitements médicaux

Autogestion totale : l'autogestion totale par la personne concernée sous-entend que pour les 6 étapes du processus décrits la personne ne bénéficie pas d'actions d'accompagnements spécifiques ; seul les actions d'accompagnement « socles » lui seront accessibles.

Étapes du Processus	Actions d'accompagnement socles	Actions d'accompagnement spécifiques
<p>1 Prise de rdv avec son médecin/ses médecins et organisation du déplacement jusqu'au lieu de rendez-vous</p> <p>2 Lecture/ compréhension et aide à la conservation de ses ordonnances</p> <p>3 Commande de ses traitements auprès de sa pharmacie</p> <p>4 Dispensation de ses traitements par la pharmacie</p> <p>5 Stockage de ses traitements</p> <p>6 Distribution de ses traitements.</p>	<p>Les accompagnateurs exercent une veille active au bien-être général des personnes qu'ils accompagnent.</p> <p>Lorsque celles-ci montrent des symptômes inhabituels ou que les signes de leurs difficultés semblent augmenter, le dialogue avec elles sera recherché.</p> <p>L'objectif de ces échanges sera de tenter de comprendre la/les cause(s) déclenchant l'apparition du/des symptômes.</p> <p>L'une des causes possibles des troubles constatés pouvant être associées à la prise des traitements médicaux préconisés par le médecin de la personne dans le cadre du suivi de sa maladie, les accompagnateurs pourront proposer de soutenir la personne dans la réévaluation de son choix d'accompagnement et par conséquent modifier l'accompagnement qu'ils ont auprès de la personne</p>	<p>Néant</p>



Étapes du Processus

Actions d'accompagnement socles

Actions d'accompagnement spécifiques

Autogestion partielle : l'autogestion partielle par la personne concernée sous-entend qu'a minima pour l'une des 6 étapes du processus décrit, la personne concernée bénéficie des actions d'accompagnement « socles » et des actions d'accompagnements spécifiques correspondantes. Le cumul de plusieurs actions d'accompagnements spécifiques est possible en tout ou partie.

1

Prise de rdv avec son médecin/ses médecins et organisation du déplacement jusqu'au lieu de rendez-vous

Les accompagnateurs exercent une veille active au bien-être général des personnes qu'ils accompagnent.

Lorsque celles-ci montrent des symptômes inhabituels ou que les signes de leurs difficultés semblent augmenter, le dialogue avec elles sera recherché.

L'objectif de ces échanges sera de tenter de comprendre la/les cause(s) déclenchant l'apparition du/des symptômes.

L'une des causes possibles des troubles constatés pouvant être associées à la prise des traitements médicaux préconisés par le médecin de la personne dans le cadre du suivi de sa maladie, les accompagnateurs pourront proposer de soutenir la personne dans la réévaluation de son choix d'accompagnement et par conséquent modifier l'accompagnement qu'ils ont auprès de la personne

Accompagnement à la prise de rendez-vous :

Cela implique pour les professionnels de :

- Accompagner la personne concernée à contacter (téléphone/ plateforme de type Doctolib) le cabinet médical, le CMP, le spécialiste pour prendre un rdv
- Accompagner la personne concernée à repérer/situer dans le temps la date du rdv au moyen de l'outil de son choix.
- Accompagner la personne concernée à se préparer à son rendez-vous :
 - Avoir la disponibilité pour assurer son rendez-vous le jour J ;
 - Avoir en sa possession les documents demandés pour le rdv.

Accompagnement au déplacement jusqu'au lieu de rendez-vous :

Cela implique pour les professionnels de :

- Accompagner la personne concernée à définir le moyen de son transport qu'elle utilisera pour aller jusqu'au lieu de son rdv
- Suivant son choix, cela implique que les professionnels :*
- S'assurent que la personne sache utiliser la ressource qu'elle a choisie
 - Effectuent si nécessaire en amont avec elle un repérage du moyen de transport choisi ;
 - Contactent si nécessaire en amont avec elle une compagnie de taxi et définissent un lieu et une heure de rdv ;
 - S'assurent si la personne fait le choix d'un accompagnement par un membre de l'équipe accompagnante que le personnel ciblé soit informé, qu'un moyen de transport soit disponible et qu'un lieu et une heure de rdv soient définis.



Etapes du Processus	Actions d'accompagnement socles	Actions d'accompagnement spécifiques
<p>2 Lecture/ compréhension et aide à la conservation de ses ordonnances</p>	<p>Les accompagnateurs exercent une veille active au bien-être général des personnes qu'ils accompagnent.</p> <p>Lorsque celles-ci montrent des symptômes inhabituels ou que les signes de leurs difficultés semblent augmenter, le dialogue avec elles sera recherché.</p> <p>L'objectif de ces échanges sera de tenter de comprendre la/les cause(s) déclenchant l'apparition du/des symptômes.</p> <p>L'une des causes possibles des troubles constatés pouvant être associées à la prise des traitements médicaux préconisés par le médecin de la personne dans le cadre du suivi de sa maladie, les accompagnateurs pourront proposer de soutenir la personne dans la réévaluation de son choix d'accompagnement et par conséquent modifier l'accompagnement qu'ils ont auprès de la personne</p>	<p><i>Lorsqu'une personne concernée va chez le médecin, ce dernier peut prescrire une ordonnance comportant : nom, prénom, âge, traitement, durée, date et signature par le médecin. Certaines ordonnances, pour les stupéfiants notamment, peuvent être sécurisées.</i></p> <p>Accompagnement de la lecture/compréhension d'une ordonnance</p> <p><i>Cela implique pour les professionnels de :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> → Accompagner la personne concernée à faire le lien entre la cause de son rendez-vous chez le médecin et le traitement par ordonnance que ce dernier vient de lui prescrire. <p>En cas de renouvellement d'une ordonnance, demander à la personne concernée s'il y a une modification de son traitement. Si tel est le cas, transmettre l'information de modification dans le dossier informatisé de l'usager (Imago DU) afin que chacun des membres des équipes puissent être attentifs à d'éventuels changements de comportement et/ou perturbations somatiques.</p> <p>Si la personne concernée ignore si son traitement a été modifié, le professionnel aide la personne concernée à vérifier son ordonnance en la comparant avec sa précédente ; en cas de doute, le professionnel peut avec la personne concernée contacter le médecin prescripteur.</p> <ul style="list-style-type: none"> → Accompagner la personne concernée à prendre connaissance de la durée de validité de son ordonnance afin de l'aider à anticiper son prochain rendez-vous pour renouvellement, si nécessaire. <p>Accompagnement à la conservation de ses ordonnances</p> <p><i>Cela implique pour les professionnels de :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> → Entrer la date de fin de validité de l'ordonnance dans le dossier informatisé de la personne et déclencher une alerte: 28 jours avant la fin si PDA ; 15 jours avant la fin sans PDA. – Attention, si ordonnance pour prescription de 28 jours, il faut accompagner la personne dans la prise de rendez-vous pour le renouvellement dès l'enregistrement de l'ordonnance → L'ordonnance de la personne concernée est scannée dans le dossier de l'usager par le professionnel et l'original de l'ordonnance est rendue à la personne concernée. → La personne concernée est accompagnée pour ranger et conserver son ordonnance dans son classeur de suivi médical personnel qu'elle conserve à son domicile. <p>Cas particulier des personnes disposant d'un traitement si besoin ou à la demande et que nous accompagnons dans la dispensation de ce traitement :</p> <p>en plus du scan de l'ordonnance dans le dossier informatique de la personne, conserver une copie de l'ordonnance dans le casier de la personne.</p>

EN CAS D'APPEL AU 15 : si le service d'urgence demande si la personne prend un traitement, dire qu'elle a une ordonnance mais qu'en aucun cas on ne peut garantir la bonne observance/prise du traitement.



Etapes du Processus	Actions d'accompagnement socles	Actions d'accompagnement spécifiques
<p>3 Commande de ses traitements auprès de sa pharmacie</p>	<p>Les accompagnateurs exercent une veille active au bien-être général des personnes qu'ils accompagnent.</p> <p>Lorsque celles-ci montrent des symptômes inhabituels ou que les signes de leurs difficultés semblent augmenter, le dialogue avec elles sera recherché.</p> <p>L'objectif de ces échanges sera de tenter de comprendre la/les cause(s) déclenchant l'apparition du/des symptômes.</p> <p>L'une des causes possibles des troubles constatés pouvant être associées à la prise des traitements médicaux préconisés par le médecin de la personne dans le cadre du suivi de sa maladie, les accompagnateurs pourront proposer de soutenir la personne dans la réévaluation de son choix d'accompagnement et par conséquent modifier l'accompagnement qu'ils ont auprès de la personne</p>	<p>Accompagner la commande des traitements médicaux à la pharmacie :</p> <p>→ La personne peut être accompagnée par un professionnel à la pharmacie pour y déposer son ordonnance et commander ses traitements.</p> <p>Si la personne qui est accompagnée pour la commande de ses traitements bénéficie également d'un accompagnement dans la distribution de son traitement, son ordonnance est scannée et conservée dans son dossier informatique.</p> <p>Si la personne qui est accompagnée pour la commande de ses traitements ne bénéficie pas d'un accompagnement dans la distribution de son traitement, le scan et la conservation de son ordonnance par l'établissement n'est pas automatique. La personne peut le demander auquel cas elle utilisera le formulaire d'autorisation en annexe.</p> <p>→ Si la personne ne peut pas se rendre à la pharmacie pour effectuer sa commande</p> <p>→ Son ordonnance est scannée dans son dossier informatique par le professionnel et transmise à la pharmacie par mail. Attention si ordonnances recto/verso ou plusieurs pages.</p> <p>→ L'original de l'ordonnance de la personne est conservé par l'établissement dans un classeur dédié et stocké en sécurité. Lorsque la pharmacie livre les traitements, le classeur des ordonnances est donné à la pharmacie qui tamponnera les ordonnances des personnes pour traitement et facturation. La pharmacie restitue ensuite à l'établissement les ordonnances des personnes qui à son tour rend l'original de l'ordonnance à la personne concernée qui la range dans son classeur de suivi médical personnel qu'elle conserve à son domicile.</p>



Etapes du Processus	Actions d'accompagnement socles	Actions d'accompagnement spécifiques
<p>4 Dispensation de ses traitements par la pharmacie</p>	<p>Les accompagnateurs exercent une veille active au bien-être général des personnes qu'ils accompagnent.</p> <p>Lorsque celles-ci montrent des symptômes inhabituels ou que les signes de leurs difficultés semblent augmenter, le dialogue avec elles sera recherché.</p> <p>L'objectif de ces échanges sera de tenter de comprendre la/les cause(s) déclenchant l'apparition du/des symptômes.</p> <p>L'une des causes possibles des troubles constatés pouvant être associées à la prise des traitements médicaux préconisés par le médecin de la personne dans le cadre du suivi de sa maladie, les accompagnateurs pourront proposer de soutenir la personne dans la réévaluation de son choix d'accompagnement et par conséquent modifier l'accompagnement qu'ils ont auprès de la personne</p>	<p>Mode de dispensation des médicaments par les pharmacies partenaires :</p> <p>Des personnes concernées peuvent aller elles-mêmes (seules ou accompagnées par un professionnel) récupérer leurs traitements conditionner ou non dans un pilulier (sécurisés ou non) à leur pharmacie.</p> <p>2 cas de figure :</p> <ul style="list-style-type: none"> → Elle le stocke chez elle : Il leur est proposé d'être accompagnée pour définir et bien utiliser un espace de stockage de leur pilulier ou boîtes de médicaments (armoire à pharmacie) dans leur espace personnel. → L'établissement stocke le pilulier que la personne ramène. <p><i>Dans le cas où les personnes concernées n'iraient pas seules récupérer leurs traitements à la Pharmacie :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> → EANM L'Yzeron : Les traitements sont délivrés par la pharmacie pour 1 mois, non déconditionnés, dans des sacs individuels (1 sac par personne, réutilisable) ; Ils sont livrés dans des caisses appropriées, par un transporteur, qui les dépose dans le local pharmacie fermé par digicode, deux fois par semaine. <p>Une infirmière libérale conditionne les traitements des personnes sous forme de piluliers non sécurisés directement au foyer, 6 jours/7 et réalise en moyenne 7 à 8 piluliers par jour.</p> <ul style="list-style-type: none"> → EANM Roche Félines : Les traitements des résidents sont conditionnés par la pharmacie pour une semaine, dans des piluliers non sécurisés puis livrés sur le foyer ou récupérés par un professionnel. → EANM Les Mousselines / Le Parc : Les traitements des résidents sont conditionnés par la pharmacie pour une semaine, dans des piluliers sécurisés puis livrés sur le lieu de vie ou récupérés par un professionnel. <p>Cas particulier des modifications de prescription en cours de validité de l'ordonnance :</p> <p>En cas de modification de traitement en cours de semaine (hors Yzeron), la personne se rendra ou sera accompagnée à la pharmacie avec la nouvelle ordonnance et le pilulier en cours, afin que la pharmacie réajuste le traitement du pilulier.</p> <p>Un changement de traitement peut ne pas être « urgent » et pourrait attendre la prochaine réfection du pilulier, ce qui éviterait des déplacements et manipulations. Pour savoir si le changement de traitement peut ou non attendre, la personne concernée peut demander l'avis médical au moment de la prescription ou un professionnel peut l'aider à contacter le médecin post consultation, pour porter cette demande.</p>



Etapes du Processus	Actions d'accompagnement socles	Actions d'accompagnement spécifiques
<p>5 Stockage de ses traitements</p>	<p>Les accompagnateurs exercent une veille active au bien-être général des personnes qu'ils accompagnent.</p> <p>Lorsque celles-ci montrent des symptômes inhabituels ou que les signes de leurs difficultés semblent augmenter, le dialogue avec elles sera recherché.</p> <p>L'objectif de ces échanges sera de tenter de comprendre la/les cause(s) déclenchant l'apparition du/des symptômes.</p> <p>L'une des causes possibles des troubles constatés pouvant être associées à la prise des traitements médicaux préconisés par le médecin de la personne dans le cadre du suivi de sa maladie, les accompagnateurs pourront proposer de soutenir la personne dans la réévaluation de son choix d'accompagnement et par conséquent modifier l'accompagnement qu'ils ont auprès de la personne</p>	<p>Stockage par l'établissement des traitements livrés :</p> <p>→ EANM L'Yzeron : Les sacs sont ouverts par l'IDE libérale qui en vérifie le contenu et s'assure d'avoir reçu tous les médicaments prescrits. Ces derniers sont rangés dans les casiers nominatifs des personnes concernées dans le local pharmacie fermant à clefs.</p> <p>→ EANM Roche Félines et EANM Les Mousselines et Le Parc : Les piluliers non sécurisés ou forme PDA sont stockés dans des armoires/placards fermant à clé, présents dans les bureaux d'accompagnement dédiés.</p> <p>Les traitements autres, ne pouvant être contenus dans le pilulier (type gouttes, sprays, collyres, sachets, patchs, traitements « si besoin ») sont également stockés dans le casier nominatif de la personne concernée.</p> <p>Cas particuliers :</p> <p>EANM L'Yzeron, EANM Roche Félines, EANM Les Mousselines et Le Parc :</p> <p>Les médicaments nécessitant un stockage réfrigéré :</p> <p>→ Les médicaments thermosensibles sont rangés dans le réfrigérateur dédié dans une pièce fermée à clé (Voir en Annexe 1 le document « contrôler les températures du réfrigérateur de stockage des médicaments »).</p> <p>Vérification et restitution de médicaments :</p> <p>→ Vérification des dates de péremption : un duo de professionnel désigné par le responsable de site vérifie la date de validité des médicaments 1 fois par trimestre ; il s'agit de contrôler les produits stockés dans le casier nominatif de la personne et les produits du réfrigérateur (Voir en Annexe 2 le document « fiche de contrôle des péremptions médicamenteuses »).</p> <p>Restitution de médicaments à la pharmacie :</p> <p>→ En cas de modification ou d'arrêt de traitement, le médicament est retiré du casier ou du coffre des stupéfiants par un professionnel et est rendu à la pharmacie.</p> <p>→ Tout médicament périmé ou déconditionné est rendu à la pharmacie par un professionnel.</p> <p>Cas particulier de stockage par l'établissement de produits stupéfiants :</p> <p>→ Les stupéfiants sont rangés à l'intérieur d'un coffre dédié, fermé à clé (ou par digicode) dans la pharmacie ou bureau fermant également à clé.</p> <p>→ Une fiche spécifique de surveillance du stock est mise en place et complétée à chaque distribution de produit par un professionnel (Voir en Annexe 3).</p>



Etapas du Processus	Actions d'accompagnement socles	Actions d'accompagnement spécifiques
<p>6 Distribution de ses traitements.</p>	<p>Les accompagnateurs exercent une veille active au bien-être général des personnes qu'ils accompagnent.</p> <p>Lorsque celles-ci montrent des symptômes inhabituels ou que les signes de leurs difficultés semblent augmenter, le dialogue avec elles sera recherché.</p> <p>L'objectif de ces échanges sera de tenter de comprendre la/les cause(s) déclenchant l'apparition du/des symptômes.</p> <p>L'une des causes possibles des troubles constatés pouvant être associées à la prise des traitements médicaux préconisés par le médecin de la personne dans le cadre du suivi de sa maladie, les accompagnateurs pourront proposer de soutenir la personne dans la réévaluation de son choix d'accompagnement et par conséquent modifier l'accompagnement qu'ils ont auprès de la personne</p>	<p>Distribution des traitements :</p> <p><i>Tous les traitements stockés par l'établissement et quel que soit leur mode de conditionnement sont remis aux personnes concernées :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> → En une fois pour toute une semaine. La personne concernée conserve dans son espace personnel ses traitements pour toute une semaine et les prend de manière autonome comme cela a été défini avec son médecin OU → En une fois pour toute la journée. La personne concernée conserve avec elle ses traitements pour toute une journée et les prend de manière autonome comme cela a été défini avec son médecin OU → À l'unité de prise suivant le rythme prescrit par son médecin. <p>Moment de la distribution :</p> <p>Lorsque le professionnel distribue les traitements médicaux aux personnes concernées il est indispensable que ce dernier soit concentré sur cette tâche et uniquement sur celle-ci. Il ne doit s'occuper que d'une personne concernée à la fois ; ferme au besoin la porte du local de distribution afin de s'isoler du bruit et vérifie systématiquement le nom de la personne et la date du jour sur le traitement qu'il remet.</p> <p>Traçabilité des actions de distribution :</p> <p>Chaque distribution de traitement quel que soit son mode de conditionnement est tracée sur la fiche correspondante nommée : « Fiche de suivi de distribution des traitements » (Cf. Annexe 4).</p> <p>Cette fiche de traçage journalier requière que l'accompagnateur en charge de l'action de distribution paraphe de ces initiales la ligne correspondante à l'action qu'il a produit pour la personne à qui il a distribuer ces traitements.</p> <p>Cette fiche est consignée dans un classeur dédié conservé dans la pharmacie fermant à clef. Chaque semaine, les fiches d'une semaine sont transmises au responsable de site pour conservation durant un mois avant destruction.</p> <p>Tout dysfonctionnement ou anomalie constatés sur les fiches de suivi doivent faire l'objet d'un signalement immédiat au cadre présent sur le site ou au cadre d'astreinte.</p> <p>Cas particulier de distribution des médicaments stockés hors pilulier :</p> <ul style="list-style-type: none"> → Les médicaments achetés par les personnes concernées sans prescription médicale : <p>Les personnes accompagnées ont la possibilité d'acheter des médicaments en vente libre en pharmacie (sans ordonnance) et peuvent souhaiter que l'établissement assure leur conservation dans leur casier personnel, dans le local pharmacie.</p>



Etapes du Processus	Actions d'accompagnement socles	Actions d'accompagnement spécifiques
<p>6 Distribution de ses traitements.</p>	<p>Les accompagnateurs exercent une veille active au bien-être général des personnes qu'ils accompagnent.</p> <p>Lorsque celles-ci montrent des symptômes inhabituels ou que les signes de leurs difficultés semblent augmenter, le dialogue avec elles sera recherché.</p> <p>L'objectif de ces échanges sera de tenter de comprendre la/les cause(s) déclenchant l'apparition du/des symptômes.</p> <p>L'une des causes possibles des troubles constatés pouvant être associées à la prise des traitements médicaux préconisés par le médecin de la personne dans le cadre du suivi de sa maladie, les accompagnateurs pourront proposer de soutenir la personne dans la réévaluation de son choix d'accompagnement et par conséquent modifier l'accompagnement qu'ils ont auprès de la personne</p>	<p>Pour que ces traitements soient distribués à la personne par l'établissement la personne concernée devra fournir à l'établissement une « autorisation de délivrance de traitement » (Voir Annexe 5).</p> <p>→ Les médicaments prescrits (récurrents ou ponctuels) par un médecin</p> <p>Pour les traitements à écraser, la personne doit posséder son propre écrase-comprimé ; il doit rester dans son casier et ne servir qu'à cette personne.</p> <p>Pour les traitements en gouttes : Ils sont à éviter autant que possible et le référent de projet de la personne concernée doit l'accompagner à demander au médecin si un traitement équivalent existe sous forme comprimé.</p> <p>Si un tel traitement est toutefois prescrit, le professionnel accompagne la personne à préparer son traitement et lui demande de « compter » avec lui le nombre de gouttes correspondant à la prescription.</p> <p>Tous les traitements « hors piluliers » sont remis à la personne suivant la rythmicité prévue par le médecin et inscrite sur l'ordonnance.</p> <p>Se référer obligatoirement à l'ordonnance de prescription avant toute distribution.</p> <p>Pour les traitements « si besoin » et avant leur distribution, il faut vérifier combien de fois celui-ci a déjà été délivré à la personne.</p> <p>Pour cela il faut se référer aux transmissions inscrites dans le dossier informatique de l'utilisateur (sur le journal de bord) et à la « Fiche de suivi de distribution des traitements ». Si le nombre maximum de traitement accessible inscrit sur l'ordonnance n'est pas encore atteint, le professionnel peut distribuer le traitement concerné.</p> <p>Conduite à tenir en cas d'absence de la personne accompagnée aux heures prescrites de distribution des traitements :</p> <p>Les professionnels vont voir la personne concernée pour lui rappeler que l'heure de délivrance de son traitement est atteinte.</p> <p>Si la personne concernée refuse de prendre son traitement, les professionnels n'ont pas à lui imposer cette prise et doivent référer de ce refus à leur responsable ou au cadre d'astreinte.</p>



CONTACT PHVS

Secteur Sud-Ouest Rhône

1

Résidence L'Yzeron (EANM¹)

356 route de St Martin - 69510 Yzeron - Tél : 04 78 81 43 39

Secteur Communauté de l'Ouest Rhodanien

2

Plateforme Via-Psy de l'Ouest Rhodanien

3 rue de la Providence - 69170 Tarare
Tél : 06 19 99 50 57

[vidéo de présentation](#)

- 2.1 EANM¹ Foyer d'Hébergement Le Parc
- 2.2 EANM¹ Foyer de Vie Le Parc
- 2.3 EANM¹ Foyer d'Hébergement Les Mousselines
- 2.4 EANM¹ Foyer de Vie Les Mousselines
- 2.5 Dispositif Habitat Diffus (DHD)
- 2.6 Dispositif Habitat Regroupé (DHR)
- 2.7 Dispositif Habitat Regroupé Renforcé (DHR²)
- 2.8 SAVS² d'aide à la Colocation
- 2.9 Service d'Accueil de Jours (SAJ)

Secteur Nord - Loire

3

Foyer Roche Félines (EANM1 – personnes + 45 ans)

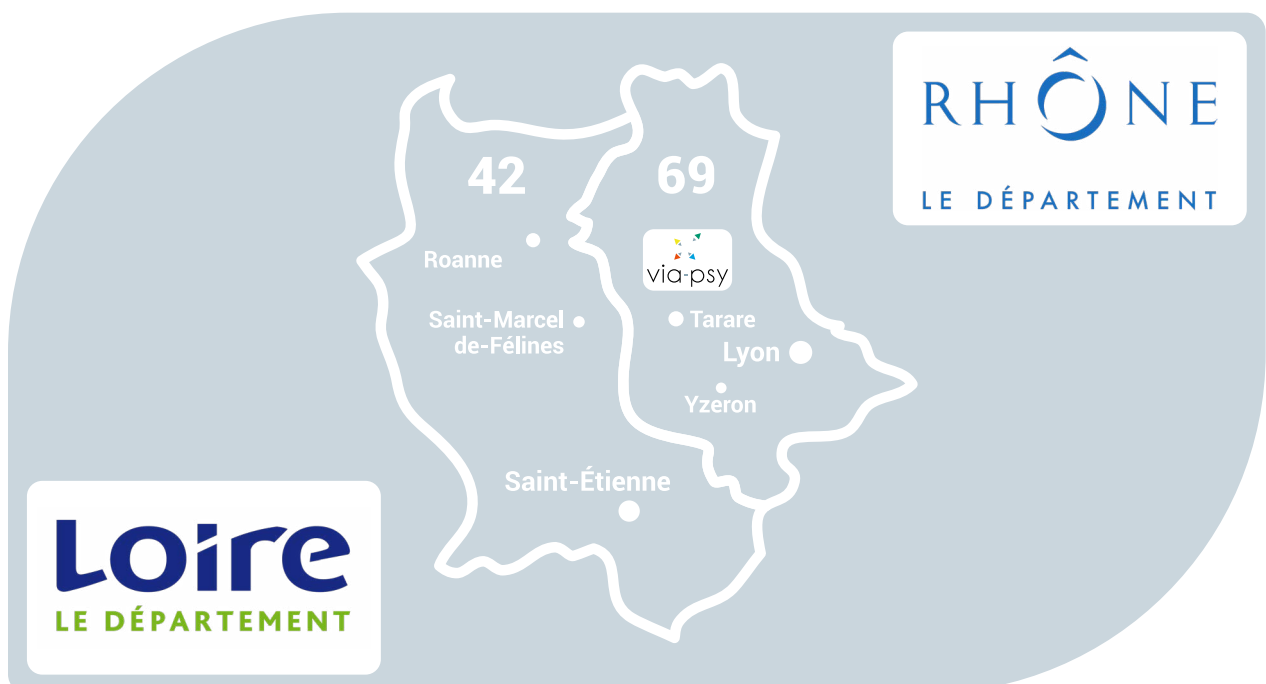
Chemin Château Gaillard 42122 St Marcel de Félines - Tél : 04 77 64 18 24

4

SAPHP Roanne : SAVS² SAMSAH CAJ

36 avenue Gambetta 42300 Roanne - Tél : 04 77 62 02 07

¹EANM : Établissements d'Accueil Non Médicalisés – ²SAVS : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale – SAPHP : Service d'Accompagnement pour Personnes Handicapées Psychiques – SAMSAH : Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés – CAJ : Centre d'Accueil de Jour



2023-2027

Association La Roche

vous remercie pour votre lecture

