



PROJET D'ÉTABLISSEMENT

FOYER D'HÉBERGEMENT
2026-2031

*"Tout faire avec la personne,
ne rien faire à sa place"*

📍 41 rue des Pins, 88120 SAINT-AME

☎ 03 29 61 26 85

✉ contact@foyer-tremplin.com

🌐 foyer-tremplin.com

PROJET D'ETABLISSEMENT FOYER D'HEBERGEMENT

CONSEIL D'ADMINISTRATION	Date de validation :
CONSEIL DE LA VIE SOCIALE ou AUTRE FORME DE PARTICIPATION	Date de présentation :
AUTORITÉ EXTÉRIEURE DÉSIGNÉE	Conseil départemental des Vosges :

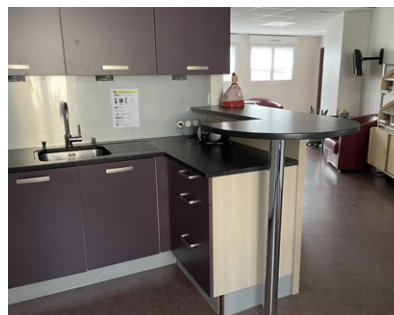
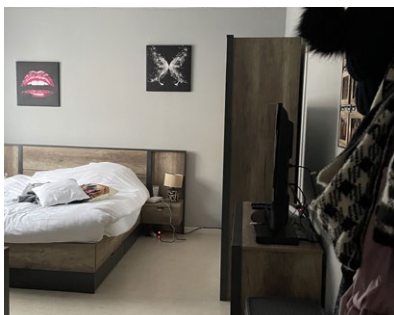


Table des matières

Chapitre 1 Présentation de l'établissement et de l'organisme gestionnaire

I. Présentation de l'établissement	5
--	---

Chapitre 2 Elaboration du projet d'établissement

9

Chapitre 3 Le cadre législatif et réglementaire

I. Le cadre législatif.....	11
II. Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles.....	11
III. Liens avec le schéma départemental de l'Autonomie	12
IV. Liens avec le schéma départemental de l'Autonomie	12

Chapitre 4 Le public accompagné

I. Les caractéristiques de la population accompagnée	15
II. Les modalités de participation et d'expression des personnes accompagnées.....	16

Chapitre 5 Accueil et accompagnement de la personne

I. L'admission.....	19
II. Le Projet d'Accompagnement Personnalisé.....	20
III. L'hébergement	20
IV. Les services.....	20
V. Accompagnement à la santé.....	21
VI. La prévention des risques.....	22
VII. Les prises en charge spécifiques	23

Chapitre 6 Les ressources humaines

I. Les ressources humaines.....	26
II. Les partenariats.....	29
III. La Qualité de Vie au Travail	29

Chapitre 7 La démarche d'amélioration continue de la qualité

I. La démarche qualité	32
II. La Bienveillance.....	32
III. Plan de prévention des risques de maltraitance et de violence.....	33

Chapitre 8 Les perspectives de développement

37

Conclusion

39



ANNEXES

Annexe 1

42

Fiches action Schéma Autonomie des Vosges 2023/2027

46

Annexe 2

I. Risques liés à la prise en charge.....

48

II. Risques liés au management

57

III. Risques liés aux conditions d'installation.....

64

Annexe 3

Tableau de bord des risques de maltraitance

??

Annexe 4

Plan bleu.....

68

Annexe 5

Procédure Evènement Indésirable.....

69

Annexe 6

77

Procédure Plaintes et Réclamations

77

PLAN D'ACTION

I. Le plan d'action.....

78

II. Les fiches actions

79



Chapitre 1

Présentation de l'établissement
et de l'organisme gestionnaire



Présentation de l'établissement

A. Carte d'identité

Carte d'identité de l'établissement : Foyer d'hébergement	
Coordonnées	Courriel : contact@foyer-tremplin.com Téléphone : 03 29 61 26 85
Autorisation	N° FINESS : 88 078 908 6
Organisme gestionnaire	Association Tremplin
Directeur	Blandine ADAM
Agrément	Arrêté : 2022/272/PDS (dernier arrêté)
Date d'ouverture	01/11/1991
Autorité de tarification et de contrôle	Conseil Départemental des Vosges (88)
Zone géographique	Région Grand Est



B. Histoire de l'association

L'idée de réaliser un hébergement à Saint Amé, pour des travailleurs atteints d'une déficience intellectuelle de l'ESAT date de 1985. En effet, de nombreux débats et discussions ont eu lieu à cette époque. Un groupe de travail se crée à l'initiative de professionnels et se rassemble avec les parents, les fratries. L'Association TREMP LIN va naître de ce groupe en novembre 1987, et c'est par une véritable implication des membres de l'Association, des familles, du Conseil Général, des différentes communes, en l'occurrence Saint-Amé en cédant un terrain, qu'un premier bâtiment va être construit et ouvert en Novembre 1991. Il appartient à l'OPAC et l'Association en devient gestionnaire. Ce bâtiment a une capacité d'accueil de 16 travailleurs handicapés.

La volonté de l'Association étant de permettre aux personnes d'évoluer vers une autonomie permettant ainsi d'améliorer l'image qu'elles ont d'elles-mêmes et leur statut au sein de la société. C'est dans cet esprit que le nom de l'Association « Tremplin » a été choisi. Le foyer serait le « Tremplin » vers une autre direction.

Les principales orientations de l'Association seront de proposer aux familles l'hébergement de la personne handicapée hors du cadre familial, allégeant ainsi une charge physique, affective et psychologique devenue pour certains insupportable, et d'offrir également une solution d'avenir qui permette aux familles d'envisager plus sereinement la vie de la personne handicapée après eux (souci majeur de la plupart des parents)

L'hébergement de ces personnes, sous un mode très familial, avec une participation active des résidents dans toutes les démarches quotidiennes (repas, ménages, activités ...), se veut être une solution harmonieuse dans l'intérêt de tous et permet ainsi de protéger le climat familial et d'éviter des ruptures parfois définitives et très douloureuses.

Mais très rapidement, les demandes d'hébergement affluent et malheureusement l'Association ne peut y répondre favorablement. En effet, les possibilités d'autonomie de la plupart des résidents restent très relatives et il serait indélicat d'envisager pour la majorité d'entre eux une autre orientation.

Présentation de l'établissement

Leur bien-être, le plaisir de les voir vivre en pleine quiétude au sein du foyer renforce ce constat. Cet accueil a été rendu possible par l'implication des instances départementales qui ont soutenu le projet et accepté le versement d'un prix de journée venant compléter à travers l'aide sociale les possibilités financières des travailleurs de l'ESAT de Saint-Amé.

L'accueil tel qu'il est proposé répond parfaitement aux besoins des résidents et donne satisfaction aux familles. L'esprit de départ de l'Association pour l'autonomie est progressivement remplacé par l'idée d'agrandir l'établissement afin de satisfaire les multiples demandes.

En février 2002, un projet d'extension est déposé au Conseil Général et au Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-sociale. Les souhaits de l'Association sont les suivants :

- Agrandir le foyer par un bâtiment supplémentaire pour accueillir 16 adultes handicapés,
- Mettre en place un service d'accompagnement.

L'agrandissement du foyer était la première étape d'un projet global de prise en charge des problèmes inhérents aux personnes accueillies.

Octobre 2004, ouverture du deuxième bâtiment sur le même principe que le premier, avec également une capacité d'accueil de 16 résidents. Sur l'ensemble des deux bâtiments, l'Association propose 33 chambres individuelles avec sanitaires autonomes. Elle dispose d'un studio (chambre, sanitaire et petite cuisine aménagée) permettant au résident qui l'occupe une autonomie plus importante et également d'une place d'accueil disponible en cas d'urgence ou d'observation.

Octobre 2007, un autre projet d'extension est déposé au Conseil Général et au Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-sociale. L'Association Tremplin envisage la création d'un Foyer d'Accueil Spécialisé d'une capacité de 19 places dont 8 places réservées aux personnes handicapées vieillissantes. La création d'un FAS avec deux orientations de prise en charge différentes (personnes handicapées vieillissantes et adultes handicapés) permet de donner une réponse à deux besoins essentiels de la société actuelle :

- Augmenter la prise en charge de ces jeunes adultes « Amendement Creton » (article 22 de la loi n°89-18 du 13/01/1989) qui permettrait de désengorger les structures qui accueillent des adolescents.
- Prendre en charge des personnes handicapées vieillissantes sachant que leur nombre va considérablement augmenter dans ces dix prochaines années.

Avril 2008, accord du CROSMS et du département pour le projet FAS. Les travaux d'élaboration commencent

Novembre 2010, ouverture du F.A.S pour 19 places.

Mars 2015, ouverture d'un Accueil de Jour pour 4 places.

2023, Renouvellement et modification de l'agrément soit 23 places en foyer d'hébergement, 30 places en Foyer d'accueil spécialisé et 4 places en Accueil de jour, lié au vieillissement des personnes accueillies et des modifications des attentes professionnelles de l'ESAT, également en lien avec le vieillissement des travailleurs handicapés.

2024, restructuration des bâtiments et de la cuisine avec un nouveau mode de fonctionnement.

Présentation de l'établissement

C. Le plan d'accès

Notre établissement est situé sur la commune de Saint-Amé dans le département des Vosges, en région Grand-Est. La commune est localisée à 4 kilomètres de Vagney, 8 kilomètres de Remiremont, à 22 kilomètres de Gérardmer et à 34 kilomètres d'Epinal.



D. Les établissements gérés par l'association TREMPLIN

L'association gère différents établissements et services :

► Un foyer d'accueil spécialisé

Il est prévu pour accueillir des adultes dont le handicap ne permet pas ou ne permet plus l'exercice d'une activité à caractère professionnel mais qui néanmoins bénéficient d'une certaine autonomie intellectuelle et physique. Des places sont également réservées aux personnes handicapées vieillissantes.

La volonté de l'Association conformément à la loi 2002-2 est de permettre à chaque personne concernée de vivre en lien avec ses racines sociales et culturelles. L'implantation du foyer d'accueil spécialisé sur le site du foyer d'hébergement TREMPLIN permet une réelle continuité et un respect de la prise en charge de la personne accueillie tant sur le plan purement géographique que sur le plan du suivi de la personne par les professionnels (connaissance de la personne, accompagnement quotidien, suivi du dossier, prolongement de son parcours de vie et de ses habitudes).



► Un foyer d'hébergement

Il a pour mission d'offrir une résidence adaptée avec un accompagnement personnalisé à des travailleurs en ESAT, dont l'autonomie est suffisante pour accomplir les actes de la vie courante.

Le foyer est composé de deux bâtiments et propose des chambres individuelles avec sanitaires autonomes. Il dispose également d'un studio (chambre, sanitaire et petite cuisine aménagée) permettant une autonomie plus importante au résident qui l'occupe.

L'hébergement de ces personnes, sous un mode très familial, avec une participation active dans tous les actes quotidiens (repas, ménage, activités...), se veut être une solution harmonieuse dans l'intérêt de tous et permet ainsi de protéger le climat familial et d'éviter des ruptures parfois définitives et douloureuses.





Chapitre 2

Elaboration du projet
d'établissement



Le projet d'établissement a été généralisé par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

L'article L.311-8 du CASF stipule 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. »

Le projet d'établissement est un outil stratégique permettant de définir les missions, l'organisation et les perspectives d'amélioration pour les 5 prochaines années. Les thématiques abordées s'appuient sur les valeurs de l'établissement et sont en cohérence avec le référentiel d'évaluation des établissements et structures médico-sociales de la HAS.

Ce projet d'établissement a été élaboré par un groupe de travail représentatif du personnel avec l'aide d'un cabinet Conseil. Des personnes accompagnées ont participé en expliquant le fonctionnement des établissements, le déroulé d'une journée, les activités.





Chapitre 3

Le cadre législatif
et réglementaire

I - Le cadre législatif

Les personnes accompagnées sont accueillies, conformément aux orientations des lois suivantes :

La loi 2002-2, du 2 janvier 2002, de rénovation sociale, qui a permis la mise en place de différents outils institutionnels d'accompagnement des personnes :

- Le livret d'accueil avec la charte des droits et liberté
- Le règlement de fonctionnement
- Le contrat de séjour
- Les projets d'accompagnement personnalisés

La loi n°2007-308 du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs

La loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

Le décret n° 2022-734 du 28 avril 2022 portant diverses mesures d'amélioration de la transparence financière dans la gestion des établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés

Le décret n° 2024-8 du 3 janvier 2024 réformant le cadre juridique du Plan Bleu

L'arrêté du 12 février 2024 définissant les catégories des ESSMS qui doivent intégrer le Plan Bleu dans leur projet d'établissement à compter du 1^{er} janvier 2025

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

Le décret n°2025-1395 du 29 décembre 2025 relatif au contrat de séjour ou document individuel de prise en charge prévu à l'article L.311-4 du CASF

La tarification du foyer relève de la compétence du Conseil Départemental des Vosges et il en est l'unique financeur.

II - Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles

L'établissement s'appuie sur les recommandations de bonnes pratiques professionnelles publiées par l'ANESM (HAS).

Les RBPP ont pour objectif de mettre des repères, des orientations et des outils à disposition des salariés afin de leur permettre de :

développer les actions et les postures pour un accompagnement le plus adapté aux personnes mettre en œuvre une démarche d'amélioration continue de la qualité.

Ces Recommandations des Bonnes Pratiques Professionnelles sont (liste non exhaustive) :

- **Bientraitance** : promouvoir une culture commune pour les professionnels et les usagers des secteurs sanitaires et médico-sociaux
- **La bientraitance** : définition et repères pour la mise en œuvre
- **L'accompagnement** de la personne présentant un trouble du développement intellectuel (TDI) - Volet 1 et 2
- **L'accompagnement au développement** de l'autodétermination et du pouvoir d'agir des personnes en ESSMS
- **Les « comportements-problèmes »** au sein des établissements et services accueillant des enfants et adultes handicapés



III - Liens avec le schéma départemental de l'Autonomie¹

Le schéma de l'Autonomie des Vosges (2023/2027) décline trois principes structurants qui sont :

- La personne au cœur des préoccupations
- Un chez soi pour tous
- Une action déclinée en proximité

Et quatre axes d'orientations stratégiques :

- **AXE 1** – Améliorer la qualité du service rendu à l'utilisateur
- **AXE 2** – Favoriser l'adaptation de l'offre aux besoins des personnes et accompagner à la transformation de l'offre
- **AXE 3** – Renforcer les réponses en prévention
- **AXE 4** – Renforcer l'attractivité des métiers de l'autonomie

Parmi ces quatre axes, notre association s'inscrit totalement dans certaines actions comme :

Fiche Action 1.3 : Renforcer la coordination des acteurs au service du parcours des personnes à domicile et/ou en établissement

Fiche Action 2.2 : Favoriser les solutions d'hébergement intermédiaire et adapter les logements à l'autonomie des personnes

Fiche Action 2.4 : Adapter les réponses aux besoins des adultes en situation de handicap

Fiche Action 4.2 : Mobiliser les leviers de revalorisation des métiers et rapprocher les centres de formation des Vosges²

¹ Source schéma départemental de l'autonomie des Vosges (2023-2027)

² Annexe n°1 : Fiches action Schéma Autonomie des Vosges 2023/2027



IV - Les missions de l'établissement

Notre établissement assure l'hébergement et l'accompagnement à la vie quotidienne des travailleurs handicapés qui exercent une activité pendant la journée dans un établissement ou service d'aide par le travail (ESAT) ou une entreprise adaptée

Notre foyer d'hébergement relève des dispositions réglementaires applicables aux établissements sociaux et médicosociaux. Nos résidents bénéficient d'une orientation de la CDAPH³. Ils possèdent suffisamment d'autonomie pour accomplir les actes courants de la vie quotidienne.

Nous proposons un accompagnement personnalisé, coconstruit avec le résident en situation de handicap. Nous œuvrons en faveur de son autonomie, de ses capacités relationnelles et sociales, du maintien des liens familiaux et de son bien-être. Nos actions favorisent l'inclusion sociale en fonction des envies et des besoins individuels des personnes accompagnées.

Les missions de notre établissement s'inscrivent également dans les actions inscrites dans notre projet associatif.

³ CDAPH : Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées

Elles s'articulent autour de 4 orientations :

ORIENTATION N°1

Développer et renforcer sa dynamique partenariale afin de rendre visible les actions de l'association auprès des personnes accueillies

- **ACTION 1** : Organiser des réunions d'information à destination des familles, des aidants, des proches et des représentants légaux
- **ACTION 2** : Organiser des événements sur le territoire à destination du grand public en partenariat avec des associations, des centres de formation, ...
- **ACTION 3** : Inviter les personnes accueillies volontaires à intégrer le CA en tant que membres consultatifs
- **ACTION 4** : Prévenir les ruptures de parcours en apportant des réponses adaptées aux besoins des personnes (vieillesse, santé, l'environnement lié au travail)
- **ACTION 5** : Accompagner et soutenir les aidants dans tous les moments décisifs de la vie
- **ACTION 6** : Assurer un rôle de médiation avec les familles, les aidants et les représentants légaux
- **ACTION 7** : Mettre en place un conseil des résidents (cadre légal et protecteur)

ORIENTATION N°2

Structurer et développer sa gouvernance associative afin de pérenniser son indépendance morale, financière, de moyens et d'actions

- **ACTION 1** : Faire évoluer les statuts afin de protéger l'association, les familles, les personnes accueillies et les professionnels des ingérences et des événements extérieurs qui pourraient la mettre en danger
- **ACTION 2** : Développer la coopération avec des associations du territoire philosophiquement proche de TREMPLEIN
- **ACTION 3** : Engager une démarche de formation pour les membres du Conseil d'Administration
- **ACTION 4** : Rechercher des financements et des compétences en fonction des projets de l'association
- **ACTION 5** : Réfléchir à l'opportunité de créer un règlement de fonctionnement d'association
- **ACTION 6** : Rechercher un équilibre au niveau des membres du conseil d'administration entre parent et non parent

ORIENTATION N°3

Favoriser les conditions de vie au travail

- **ACTION 1** : Garantir un environnement de travail sain, adapté et protégé
- **ACTION 2** : Inviter les professionnels volontaires à intégrer le CA en tant que membres consultatifs
- **ACTION 3** : Promouvoir la formation des professionnels afin qu'ils puissent s'adapter à la diversité et aux évolutions des personnes accueillies
- **ACTION 4** : Assurer un rôle de médiation auprès des professionnels
- **ACTION 5** : Valoriser et reconnaître le travail des professionnels

ORIENTATION N°4

- **ACTION 1** : Formaliser la coopération avec l'ASSHV tant sur le plan humain que matériel

Chapitre 4

Le public accompagné



I - Les caractéristiques de la population accompagnée

Au vu de l'article L. 114-1 du Code de l'action sociale et des familles qui définit les catégories de handicap, ce projet d'établissement concerne un public de personnes adultes handicapées mentales ayant une orientation CDAPH "Travailleur Handicapé".

La Classification Internationale des Handicaps utilise le terme de "déficience intellectuelle" au lieu de «handicap mental". La déficience correspond à "toute perte ou anomalie au niveau psychologique, anatomique ou physiologique". Elle s'articule autour de 3 niveaux; corps, personnel et social, en interaction avec le contexte culturel et social. (Serge Dalla Piazza, Bernard Dan. Handicaps et Déficiences de l'enfant. De Boeck Université, 2001).

Ce contexte entraîne une dépendance relative s'exprimant au travers de différents besoins : Accompagnement des actes de la vie quotidienne, protection et sécurité des personnes, ouverture vers une vie sociale et culturelle.

Autour de ces besoins primordiaux se coordonnent des moyens matériels et humains. Le foyer peut accueillir uniquement des personnes présentant un handicap de ce type car n'étant pas médicalisé, nous ne pouvons apporter un accompagnement adapté aux personnes présentant un handicap lourd.

A. Typologie du public

Nous accueillons des adultes hommes et femmes âgés de vingt ans et plus. Ils viennent en majorité du département des Vosges.

B. Répartition par âge

La moyenne d'âge des résidents est de 48 ans à l'instant de l'écriture du projet.

II - Les modalités de participation et d'expression des personnes accompagnées

A. Le droit des personnes accompagnées

La loi du 2 janvier 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale a conforté l'existence de droits reconnus aux personnes accompagnées. En les plaçant au centre du dispositif d'accompagnement, elles sont actrices de leur projet de vie. Nous organisons différents temps d'échange et d'expression pour recueillir leurs paroles dans le respect de la Charte des Droits et Libertés, du principe du libre choix, du consentement éclairé et de la participation de la personne.

Le foyer respecte l'ensemble de ces droits à travers :

- l'adaptation des prestations en fonction des besoins
- l'accompagnement individualisé et la participation active des personnes et de leur entourage dans la construction du projet personnalisé d'accompagnement
- la confidentialité des données récoltées
- l'accès aux informations concernant les personnes accompagnées
- l'information délivrée par l'établissement relative aux droits fondamentaux.

Nous remettons aux personnes accompagnées les documents garantissant l'exercice effectif de leurs droits :

LE LIVRET D'ACCUEIL

Il présente l'établissement dans sa globalité

LE RÈGLEMENT DE FONCTIONNEMENT

Il définit les droits et devoirs des personnes accueillies par l'établissement

LA CHARTE DES DROITS ET DES LIBERTÉS

La Charte des Droits et des Libertés de la personne accueillie est jointe en annexe au règlement de fonctionnement



Pour garantir le droit des personnes accompagnées, l'établissement met à disposition des outils tels que :

- **le Contrat de Séjour**
- **le Conseil de la Vie Sociale** ou autre forme d'expression réglementaire qui représente les personnes accompagnées
- **le présent projet d'établissement** qui définit les objectifs notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations
- **la personne qualifiée qui informe et aide les personnes accompagnées** à faire valoir leurs droits. Elle joue un rôle clé dans l'accompagnement, dans l'évaluation des besoins et la garantie de la qualité des services au sein des établissements de l'association. Elle assure un véritable rôle de médiation entre les personnes accompagnées et l'établissement⁴.

B. Les droits fondamentaux

Vivre en foyer d'hébergement ne signifie pas perdre son identité, sa personnalité et encore moins les droits fondamentaux dont tout citoyen bénéficie. Des pratiques et des conduites à tenir sont intégrées par l'ensemble des professionnels.

⁴ La liste des personnes qualifiées est fixée par le préfet de département, le Président du Conseil Départemental et le directeur général de l'Agence Régionale de Santé compétente

Liberté d'aller et venir :

La liberté d'aller et venir appartient aux droits fondamentaux et tout doit être mis en œuvre pour favoriser l'exercice de ce droit. Les habitants du foyer d'hébergement sont libres de leur mouvement.

Respect de la dignité et de l'intégrité

Le respect de la dignité implique le droit d'être traité avec égards. C'est-à-dire bénéficier d'un accompagnement de qualité et bientraitant.

Le respect de l'intégrité physique concerne les notions élémentaires d'hygiène, d'habillement, ...

Le respect de l'intégrité mentale est plus complexe avec la notion de se mettre à la place de l'autre « *Est-ce que j'aimerais que l'on me fasse cela ?* » ou « *Est-ce que c'est ce que je souhaite pour un proche ?* »

Respect de la vie privée et de l'intimité

L'accompagnement nécessite de recueillir des informations relevant de la vie privée et de l'intime du résident. Ce recueil d'informations reste strictement limité à ce qui est lié à la spécificité de la mission, à la demande exprimée par la personne ou à un besoin prioritaire de protection. Le résident et son entourage, doivent pouvoir parler de leurs difficultés, se confier sans avoir à craindre que ces informations soient divulguées.

L'accompagnement implique la mise en place d'une relation de confiance.

D'autre part, le partage d'informations à caractère personnel entre professionnels et partenaires peut être nécessaire, dans l'intérêt de la personne accompagnée et de la compréhension de son fonctionnement. Il doit toujours se faire avec le consentement éclairé de la personne ou de son représentant légal et répondre à des objectifs clairement définis et délimités.

“ L'obligation de discrétion et de secret professionnel s'efface, comme pour tout citoyen, devant toutes les obligations d'informer ou de signaler contenues dans le Code pénal (maltraitance). Elle ne peut jamais être opposée. ”

Respect de la liberté d'opinion, les croyances et la vie spirituelle de la personne accompagnée :

Les résidents peuvent exprimer leurs convictions religieuses dans les limites du prosélytisme. L'établissement s'efforce de prendre en considération les convictions des résidents et de respecter leurs croyances.

Respect du droit à l'image :

Le droit à l'image désigne donc le droit dont dispose toute personne de s'opposer à la diffusion de son image sans son consentement. Un document administratif garantit l'obtention d'une autorisation formelle précisant la possibilité de revenir à tout moment sur leur accord.

Les professionnels sont sensibilisés à ces principes et veillent à ce que toute prise d'image respecte les droits fondamentaux des personnes accompagnées, leur intimité et leur choix.

“ Ce que dit la loi : « Toute personne peut s'opposer – quelle que soit la nature du support utilisé – à la captation, à la reproduction et à la divulgation, sans son autorisation expresse, de son image dès lors que celle-ci est identifiable » ”

C. Le Conseil de la Vie Sociale

20 ans après sa création, des évolutions réglementaires majeures et des préconisations de la Haute Autorité de Santé incitent les ESSMS à placer le CVS comme un acteur incontournable de la démarche d'amélioration continue de la qualité.

La réforme du Conseil de la vie sociale

Le décret n°2022-688 du 25 avril 2022 relatif au CVS implique les changements concernant :

- Les personnes qui peuvent participer au CVS
 - 2 représentants des personnes accompagnées
 - 1 représentant de professionnels employés
 - 1 représentant de l'organisme gestionnaire
 - selon la catégorie d'ESSMS peuvent s'ajouter différents membres

- Les nouveaux champs de compétences attribués au CVS :
 - il sera sollicité dans le cadre de l'évaluation de l'ESSMS
 - il analysera les résultats des enquêtes de satisfaction
 - les membres du CVS pourront orienter les demandes d'informations ou de réclamations vers les personnes qualifiées
- Le règlement intérieur viendra remplacer le règlement de fonctionnement
- Les convocations seront envoyées 15 Jours avant la réunion au lieu de 8
- Des réunions exceptionnelles pourront avoir lieu à la demande de la majorité des membres
- Un relevé de conclusions sera rédigé à l'issue de chaque séance et validé lors de la réunion suivante
- Un rapport d'activités du CVS sera rédigé par son Président

Les personnes accompagnées sont associées à la vie de l'établissement par le biais du Conseil de la Vie Sociale. Toute personne accompagnée peut candidater pour être élue en tant que représentante des résidents. Ces derniers sont élus pour un mandat de deux ans. Les modalités de fonctionnement sont décrites dans le règlement du CVS. Ce dernier doit être rédigé en fonction du décret du 25 avril 2022.⁵

D. L'implication de l'entourage dans le processus d'accompagnement

La famille, lorsqu'elle existe, reste présente dans l'accompagnement de leur proche. Ce dernier peut recevoir dans sa chambre ou les espaces collectifs. Les weekends et les périodes de vacances favorisent également des courts séjours au sein de la cellule familiale.

Les horaires de visite sont libres. Les familles peuvent se rendre dans les chambres. Il est nécessaire que le résident soit présent.

⁵ Fiche action N° 1 : Règlement de fonctionnement du CVS



Chapitre 5

Accueil et accompagnement
de la personne

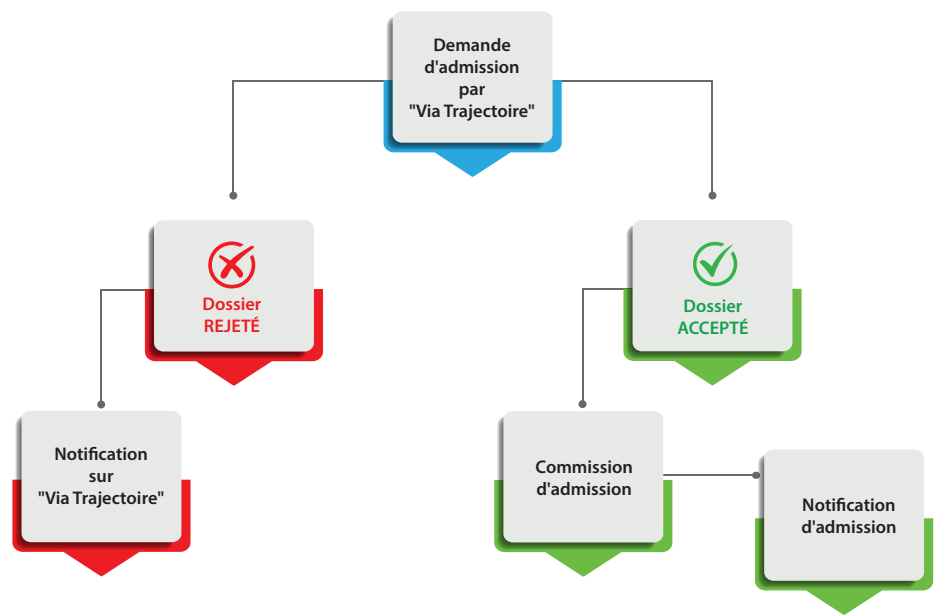
I - L'admission

A. La demande via la plateforme « Via Trajectoire »

La demande d'admission s'effectue de préférence par la plateforme « *Via Trajectoire* ».

L'établissement effectue une mise à jour des demandes d'admissions.

B. Les modalités d'admission



Le futur résident, son entourage ou le représentant légal, sont informés de la possibilité d'admission. Un entretien est organisé avant de proposer une date d'entrée. Cette première rencontre permet de faire connaissance, d'expliquer le fonctionnement de l'établissement et de visiter les locaux. La personne peut ainsi, prendre la décision d'intégrer, ou pas, le foyer en toute connaissance de cause.

C. Une journée type

PLANNING D'UNE SEMAINE TYPE DU LUNDI AU VENDREDI			
JOUR	HORAIRE	ACTIVITE	ORGANISATION
Du lundi au vendredi	7h-8h	Lever, petit déjeuner, prise de médicaments, toilette	Accompagnement par les personnels éducatifs pour les différentes tâches de la vie quotidienne pour les personnes les moins autonomes.
	8h15	Départ pour l'ESAT	Les travailleurs doivent être à leur poste de travail à 8h30
	8h30-16h30		Journée de travail à l'ESAT pour une personne à temps plein
	16h30-22h	Goûter temps libre, activités sportives, courses	Les personnes accompagnées rentrent au foyer pour se détendre, échanger sur la journée passée et organiser le déroulement de la fin de journée et de la soirée. Après le repas, chacun vaque à ses occupations dans sa chambre ou dans la salle commune.
PLANNING D'UNE SEMAINE TYPE DU WEEK END OU DES VACANCES			
JOUR	HORAIRE	ACTIVITE	ORGANISATION
Samedi et dimanche	7h-22h	Activités, sorties, repos	Le Week end et jours fériés chaque résident évolue à son rythme et organise son planning en fonction des souhaits et de ses besoins. Ils peuvent participer à diverses sorties socialisantes et culturelles qui sont proposées (cinéma, restaurant, sorties, visites. Ils peuvent également rester au foyer se reposer

II - Le Projet d'Accompagnement Personnalisé

Conformément à la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002, l'établissement assure un accompagnement individualisé auprès de chaque personne accompagnée.

Le Projet d'Accompagnement Personnalisé est élaboré à partir de 3 mois après l'admission. Les professionnels utilisent une trame prédéfinie. Nous pouvons solliciter la famille ou le représentant légal lors de l'élaboration du projet d'accompagnement personnalisé. Mais, nous gardons en mémoire que nous accompagnons des adultes, souvent autonome juridiquement. De fait, le choix des modalités et des objectifs d'accompagnement est défini avec le ou la référente et la personne accompagnée et suivant le souhait et la demande de cette dernière de faire participer ou non son entourage.

Nous sommes vigilants à rédiger un projet d'accompagnement personnalisé avec des objectifs réalisables et évaluables. Une version en FALC⁶ est remise à la personne accompagnée. Cette dernière affiche son projet, en pictogrammes et photos, dans sa chambre si elle le souhaite.

III - L'hébergement

La construction du bâtiment est établie en partenariat avec VOSGELIS, bailleur social des Vosges, propriétaire. L'investissement immobilier est à leur charge et l'Association restitue un loyer.

L'établissement dispose d'espaces collectifs qui permettent le maintien et le développement du lien social :

- Salle à manger climatisée
- Hall d'accueil
- Salles d'activités
- Salle de soins et esthétique

L'aménagement extérieur offre des coins repos avec tables et chaises et une déambulation en toute sécurité.

6 FALC : Facile A Lire et à Comprendre

Les habitants du foyer bénéficient de chambres individuelles d'environ 25 m² avec un espace sanitaire privatif. Le mobilier, la décoration, le choix du revêtement et de la couleur des murs sont laissés au libre choix de chacun.

IV - Les services

A. La restauration

Les repas servis au foyer sont préparés par les personnels de cuisine. Chaque personne dispose d'un repas personnalisé servi sur un plateau. Ce dernier contient l'entrée, le plat chaud, le fromage et le dessert. Les plateaux sont rangés dans un porte plateau chaud /froid et livrés sur chaque groupe.

Notre chef de cuisine et notre cuisinière animent, à tour de rôle et avec succès, des ateliers « pâtisserie » de façon hebdomadaire.

B. La lingerie

L'établissement dispose d'une lingerie interne assurant un service ponctuel. Elle est équipée de lave-linge et de sèche-linge permettant de couvrir les besoins d'appoint, notamment pour le linge de fonctionnement (torchons, kimonos, dossards de sport, tabliers, etc.). L'entretien du linge personnel des résidents est confié à l'ESAT partenaire situé à proximité, dans lequel les résidents du foyer d'hébergement exercent leur activité professionnelle. Le linge plat ainsi que les tenues des cuisiniers font l'objet d'un contrat de location et d'entretien avec la société spécialisée ELIS.

L'entretien des locaux

L'entretien quotidien des locaux est assuré par l'équipe éducative avec la participation des résidents. Aucun agent de service n'est spécifiquement affecté à ces tâches. Les résidents contribuent également aux activités domestiques telles que la mise de table, le débarrassage, la vaisselle ou le pliage du linge. Les chambres sont entretenues par les résidents, accompagnés par le personnel éducatif. Un prestataire extérieur intervient en complément pour l'entretien des salles d'eau, notamment pour les résidents exerçant une activité professionnelle en ESAT.

C. Réparation, maintenance

Un agent technique est chargé de l'entretien des bâtiments et les véhicules dans les limites de ses compétences. Nous faisons appel aux entreprises et artisans locaux quand cela est nécessaire.

V - Accompagnement à la santé

Le foyer n'est pas médicalisé et ne dispose d'aucun personnel de santé au sein de sa structure. Il travaille en partenariat étroit avec les professionnels médicaux et paramédicaux du territoire. Chaque personne accompagnée est suivie soit par le cabinet médical de Saint-Amé, en lien avec l'établissement, soit par le médecin de son choix, en coordination avec la famille. L'accompagnement aux rendez-vous médicaux est assuré par les professionnels de l'établissement lorsque le suivi médical est confié à ce dernier, ou par la famille lorsque celle-ci en a exprimé le souhait.

Les cabinets d'infirmiers(ères) libéraux(ales) et autres intervenants paramédicaux sont sollicités, selon les besoins, pour la réalisation de soins sur prescription médicale.

A. Prise en charge du médicament

Les médicaments sont préparés et sécurisés par la pharmacie. Ils sont distribués par les professionnels.

B. La douleur

La prise en charge de la douleur est un droit fondamental, associant la prévention, l'évaluation et le traitement. L'amélioration de la prise en charge de la douleur est une composante importante des soins et de l'accompagnement des résidents. L'évaluation de la douleur et l'adaptation des traitements sont délégués au médecin traitant.



C. Risque infectieux

Comme dans toutes collectivités le risque infectieux est majoré par la vulnérabilité des résidents. L'établissement met en place des actions pour prévenir les risques infectieux :

- Utilisation systématique de Solution Hydro Alcoolique dans le cadre de l'hygiène des mains aussi bien pour le personnel que pour les visiteurs et les intervenants extérieurs
- Formation du personnel de cuisine à la méthode HACCP⁷ avec des prélèvements réguliers en hygiène par un laboratoire indépendant prestataire de service.
- Suivi des températures du Réseau d'Eau Chaude Sanitaire et prélèvement annuel de l'eau chaude
- Proposition de vaccination antigrippale et anti-covid

⁷ Hazard Analysis Critical Control Point ce qui, en français, se traduit par Analyse des dangers et points critiques pour leur maîtrise

VI - La prévention des risques

A. Les fugues ou disparition⁸

Si la liberté d'aller et venir est un droit fondamental et n'est pas remis en cause dans notre établissement, nous devons protéger les résidents dont les troubles cognitifs liés à l'âge peuvent entraîner une perte des repères, d'orientation. La difficulté en matière de fugue est son caractère imprévisible et de pouvoir définir quel résident pourrait passer à l'acte. Les résidents détiennent le badge permettant l'ouverture et la fermeture des portes des bâtiments d'habitation. Les professionnels restent vigilants quant à la présence de chacun et rappellent la nécessité de prévenir en cas de départ et retour.

B. Les chutes

Première cause de mortalité par accident de la vie courante, la chute est une perte brutale et accidentelle de l'équilibre qui résulte souvent de plusieurs facteurs aggravants. Si elle touche l'ensemble de la population, ses conséquences ne sont pas les mêmes pour tous.

Les principaux facteurs de risques dépendent :

- **D'un état de santé** : des troubles sensoriels notamment les déficits visuels ou auditifs, la prise de certains médicaments, une difficulté à se déplacer, un problème cardiaque...
- **Des habitudes et de l'hygiène de vie** : la sédentarité, l'inactivité physique, la consommation d'alcool, la dénutrition, des prises de risque...
- **D'un environnement ou des équipements inadaptés** : un domicile non aménagé ou dangereux (escaliers, sol glissant, manque d'éclairage), l'utilisation d'une aide technique à la marche, comme une canne ou un déambulateur sans apprentissage...

La chute ne doit pas être banalisée car elle peut être récurrente et se compliquer avec la peur de rechuter. L'établissement met tout en œuvre afin de sécuriser les déplacements des résidents que ce soit dans les chambres ou dans l'établissement.

⁸ Fiche action n°2 : Procédure fugue ou disparition

Malgré cela, l'établissement doit aller plus loin et définir sa politique de soins pour la prise en charge des chutes⁹. Pour ce faire, lorsqu'une personne est dite « chuteuse », une évaluation et la prise en charge de la personne doit répondre aux quatre questions suivantes :

- Quelle est la définition des chutes répétées ?
- Quels sont les signes de gravité des chutes répétées ?
- Quel est le bilan à réaliser en cas de chutes répétées ? Que faut-il rechercher et comment ?
- Quelles sont les interventions permettant de prévenir les récurrences de chutes et leurs complications ?

C. La vie affective et relationnelle

Pour l'établissement, il ne s'agit pas d'un sujet tabou. L'intimité et les espaces privés (la chambre) sont préservés. Les professionnels frappent à la porte et attendent la réponse avant d'entrer. L'établissement gère les situations qui se présentent. Il peut s'agir de la maladie qui inhibe les pulsions. Si la sexualité est un droit acquis pour les personnes accueillies, il faut que les relations soient consenties par les deux parties. Et la question de l'accord mutuel pose parfois des problèmes, notamment lorsqu'un membre du couple n'a pas son discernement. Dans ce cas, il faut s'assurer que l'assentiment est réel et non pas forcé. Cela se fait en général par le dialogue, l'observation des comportements (repli sur soi, réaction agressive au cours de la toilette).

D. Harcèlement, abus de faiblesse¹⁰

Les résidents du foyer appartiennent à la catégorie des « personnes adultes vulnérables » telles que la loi les définit : « **à savoir celles qui peuvent être victimes d'abus frauduleux liés à leur état d'ignorance ou à leur état de faiblesse** ». Signaler la mise en danger d'une personne adulte qui visiblement est vulnérable (à savoir qu'elle n'a pas la capacité de se protéger suffisamment) **est une obligation légale** (article 434-3 du Code Pénal). L'établissement reste vigilant et n'hésite pas à alerter la famille ou si celle-ci est en cause à faire un signalement, une demande de sauvegarde de justice.

⁹

¹⁰ Fiche action n°3 : Harcèlement/abus de faiblesse

E. Radicalisation/prosélytisme

Il est important de souligner que l'établissement reste peu confronté à ce problème qu'il soit religieux ou politique. L'utilisation d'internet et des réseaux sociaux par les résidents amènent les professionnels à questionner les possibilités d'endoctrinement. Une formation à destination des professionnels et une pour les résidents est envisageable¹¹.

F. Addiction, conduite à risque

L'établissement relève peu de cas d'addiction que ce soit à l'alcool ou à des produits illicites. Cependant les résidents à risque de conduites addictives sont identifiés et des mesures de prévention sont mises en place avec l'accord du résident.

Les résidents sont respectés dans leur droit de fumer. Ils doivent se rendre à l'extérieur pour fumer.

VII - Les prises en charge spécifiques

A. L'accueil différencié

En relation étroite avec l'ESAT, nous accueillons plusieurs travailleurs à temps partiel. Il est important de prendre en compte l'évolution du handicap qui parfois réduit l'adaptation au travail, mais il est tout aussi important de prendre en compte le symbole même du travail qui est la reconnaissance sociale. C'est pourquoi ce type d'accueil permet de ne pas extraire brutalement ces travailleurs du milieu professionnel dans lequel ils vivent depuis des années et auquel ils restent très attachés. L'accueil se fait dans les établissements de l'association. Les activités proposées par l'encadrant sont dans un esprit de détente et non éducatif. Cependant il est nécessaire de leur proposer des activités afin de préserver leurs connaissances et leurs acquis qui sont la source de leur autonomie. Cela permet également à certains de ne pas sombrer dans le retrait de la vie en collectivité qui peut rapidement se transformer en isolement.

11 Fiche action n°4 : Radicalisation /prosélytisme



B. Le maintien de l'autonomie

Rappelons tout d'abord quelle est la définition de l'autonomie :

- du grec *autonomos* : qui se régit par ses propres lois : c'est la capacité (physique et mentale) de se gouverner soi-même.

Notre établissement favorise l'autonomie par son accompagnement. Nous veillons à développer les capacités d'autodétermination des personnes accueillies. Nous veillons à ce que leurs choix soient respectés.

Les résidents peuvent sortir seuls, et de façon autonome, du foyer pour rencontrer leurs amis, faire des courses, adhérer à un club de loisir, sportif ou autres.

C. La santé mentale

Notre établissement travaille en partenariat avec les services de psychiatrie que ce soit avec le Centre Médico Psychologique ou les psychiatres libéraux.

D Les comportements problématiques

Un comportement problème peut avoir différentes terminologies : **comportements agressifs, agressions et agressivité, colères, comportements destructeurs, comportements qui posent un défi à l'intervenant ou au service, troubles de la conduite, troubles du comportement, troubles graves du comportement, violence, comportements dysfonctionnels et perturbateurs.**¹² ».

12 Comportements problèmes / comportements défis -cnhr fahres – juillet 2024

Ces comportements peuvent perturber l'accompagnement de la personne ou l'équilibre du groupe au sein du foyer. C'est pourquoi, ce type de manifestations fait l'objet d'une vigilance afin de tenter de l'anticiper et le gérer. Les professionnels échangent autour de leurs observations et évoquent leurs difficultés rencontrées lors des réunions d'équipe et tracent ces comportements en remplissant une fiche d'évènement indésirable. Nous travaillons en partenariat avec les structures de psychiatrie du secteur comme les CMP.

E. Situation de crise, de rupture dans le parcours de la personne accompagnée ou la fin de l'accompagnement

Un résident ou sa famille peut mettre fin à son hébergement par l'établissement en suivant la procédure incluse dans le règlement de fonctionnement.

L'établissement peut travailler sur une orientation vers un établissement plus adapté aux besoins d'un résident et ce pour différentes raisons : comportement problème, impossibilité pour l'établissement d'assurer la sécurité du résident, détérioration de la santé.

Pour les résidents du foyer d'hébergement, les réorientations sont souvent liées au départ à la retraite de l'ESAT. Nous accompagnons au mieux et bien en amont les personnes dans la recherche d'une solution adaptée à leur situation, leur projet. Nous préparons et informons les personnes des diverses solutions afin de leur permettre une transition douce, adaptée et choisie. Pour certains et à leur demande, nous pouvons leur proposer d'intégrer le Foyer d'Accueil Spécialisé géré par l'association.



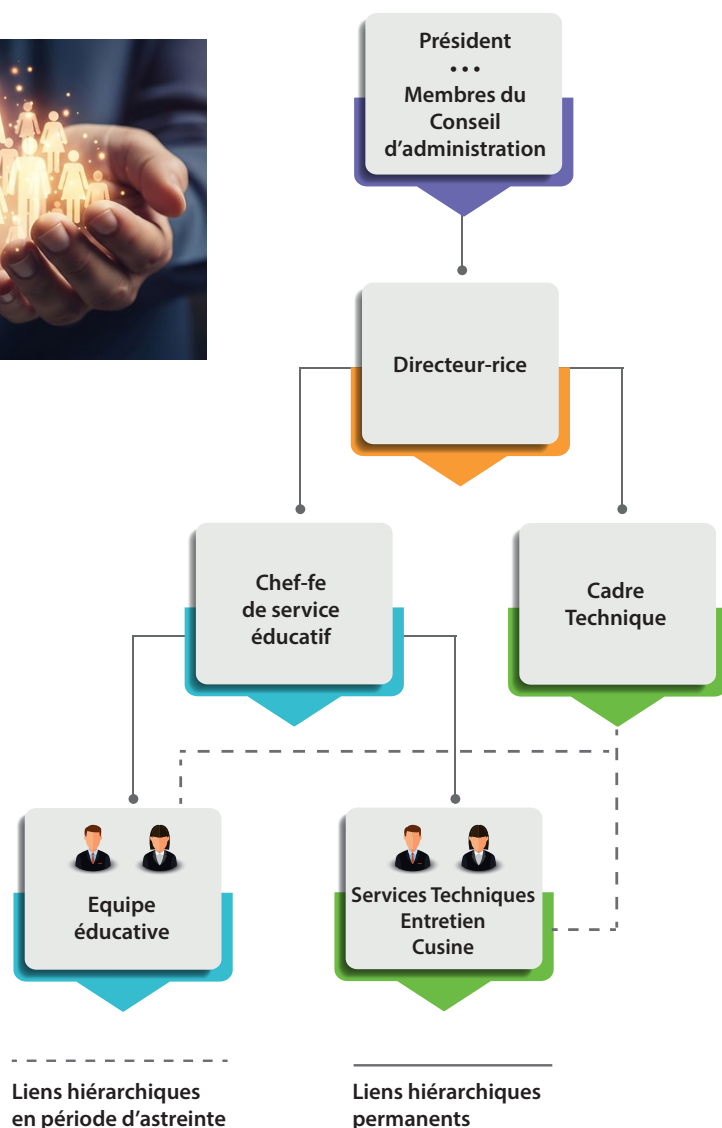
Chapitre 6

Les ressources humaines

I - Les ressources humaines

A. L'organigramme

Notre effectif est de 26,3 ETP.



B. Les professionnels

Une équipe pluridisciplinaire est chargée de « prendre soin » des résidents. Chaque professionnel est acteur de leur accompagnement et travaille en coordination pour leur apporter sécurité, maintenir une autonomie maximale et une qualité de vie digne.

Le-a Directeur-ric(e)

- est responsable du fonctionnement de l'établissement et garant de ses missions et de la cohérence du projet global.
- applique et fait appliquer les décisions et orientations associatives déclinées en actions dans le projet institutionnel, en s'appuyant sur la réglementation, les spécificités et la connaissance du secteur.
- est responsable de la gestion financière de l'établissement
- assure la promotion de la gestion des dispositifs de prises en charge adaptée aux populations accueillies et à son contexte.
- anime une équipe pluridisciplinaire.
- est responsable de la gestion du personnel de son établissement
- est responsable de la qualité générale de l'établissement
- est responsable de la sécurité des personnes et des biens.
- est l'interface avec les familles des résidents.

Le-a Chef-fe de service

- est chargé de conduire en lien avec le-a directeur-ric(e) les stratégies internes et externes de communication et de développement des prestations.
- assure le bon fonctionnement des divers projets de l'établissement et participe à la mise en œuvre du projet éducatif et social de la structure.
- assure la promotion et la gestion du dispositif de prise en charge adaptée aux populations accueillies
- dynamise et propose en fonction des besoins constatés toutes les améliorations nécessaires au cadre de vie général.
- anime en lien avec la direction une équipe pluridisciplinaire.
- élabore les plannings horaires de travail.
- régule les relations internes et externes.
- Placé sous l'autorité de le-a directeur-ric(e), il-elle en est le-a remplaçant-e permanent lors d'absences de celui-celle -ci.

LE-A CADRE TECHNIQUE

- est en charge de l'intendance et de la logistique.
- gère et organise tous les stocks
- est chargé-e de la démarche qualité
- élabore les protocoles et procédures.
- se conforme à la fiche de poste en vigueur

L'ÉDUCATEUR-RICE SPÉCIALISÉ-E

- fait partie de l'équipe éducative
- planifie et met en œuvre les activités quotidiennes des usagers en choisissant des actions éducatives adaptées soit à la personne, soit au groupe, en fonction du degré d'autonomie, du niveau de développement, des potentialités, de l'évolution de l'état, de l'âge et du type d'institution, dans le but de faire progresser les usagers vers plus d'autonomie et favoriser leur intégration en milieu ordinaire (dans la mesure du possible).
- développe le projet individualisé et d'équipe, formalise les écrits, et en assure le suivi.
- apporte en fonction du degré d'autonomie des usagers une aide directe ou accompagne dans les actes de la vie quotidienne en assurant hygiène, confort, éducation et socialisation appropriées

AIDE MÉDICO PSYCHOLOGIQUE (AMP) ACCOMPAGNANT ÉDUCATIF ET SOCIAL (AES)

- fait partie de l'équipe éducative
- assure au quotidien l'accompagnement des personnes accompagnées.
- intervient sur l'animation et l'organisation de la vie quotidienne (temps forts de la journée, loisirs, rendez-vous bien être et santé, ...).
- conçoit et réalise le projet d'accompagnement personnalisé de la personne accompagnée en coordination avec le reste de l'équipe.
- participe aux réunions, aux évaluations des compétences et des besoins de la personne accompagnée
- accompagne la personne accueillie au quotidien dans les différentes tâches et moment de vie au foyer afin d'entretenir et d'accéder à un maximum d'autonomie en utilisant les moyens mis à sa disposition.

AIDE-SOIGNANT-E

- fait partie de l'équipe éducative
- a les mêmes fonctions que les AMP/AES



SURVEILLANTS DE NUIT

- fait partie de l'équipe éducative
- assure la sécurité des usagers.
- apporte un soutien psychologique en réponse aux demandes et inquiétudes.
- veille à garantir le confort des usagers.
- transmet un résumé à l'équipe chaque matin
- effectuent en plus des rondes, le nettoyage des communs, ramasse le linge, plie les kimonos de judo
- gère la liste de réservation de repas et prépare les petits-déjeuners.

CHEF-FE DE CUISINE

- gère les stocks,
- effectue les commandes, les menus.
- confectionne les repas.
- respecte les règles HACCP.

CUISINIER-IÈRE

- intervient uniquement dans la préparation des repas en suivant les menus élaborés par le-a chef-fe de cuisine

AGENT D'ENTRETIEN

- chargé de l'entretien technique général des bâtiments et des véhicules, dans le respect des règles de sécurité.
- s'occupe également de l'entretien des espaces verts.

C. Les compétences professionnelles

Notre association s'engage dans la réalisation de la Gestion Prévisionnelle des Emplois et Compétences (GPEC). L'objectif est de repérer les compétences « clés » dont nous aurons besoin pour répondre à l'évolution des personnes accueillies : vieillissement, Trouble du Spectre Autistique,...Les orientations issues de ce repérage guideront la gestion des ressources humaines dans le recrutement, le plan de développement des compétences, l'évolution des pratiques, les parcours professionnels.

La direction procède aux entretiens professionnels pour l'ensemble des salariés. Suite à ces entretiens, le plan de développement des compétences est établi annuellement.

D. Les réunions

La qualité de la communication repose sur le dispositif de réunions qui complète les relations entre professionnels. Il existe plusieurs types de réunion, chaque professionnel étant amené à participer selon les fonctions et l'ordre du jour établi :

Réunions	Fréquence	Participants	Objectifs
Réunion équipe éducative	Mensuelle	Tout personnel sauf cuisine et entretien Animé par le-a directeur-trice et cadre technique	Informations générales Cadrage organisationnel Suivi des résidents Etudes de cas si besoin
Réunion Cuisine	Biannuelle	Directeur-trice Cadre Technique	Organisationnelle Technique
Réunion surveillants de nuit	Biannuelle	Directeur-trice Cadre Technique	Technique Organisationnelle

E. Le Dossier Usager Informatisé (DUI)

Notre association est en cours de réflexion pour l'acquisition d'un logiciel afin de gérer le Dossier Usager Informatisé (DUI). Cet outil numérique nous permettra de centraliser les informations sociales, médicales et administratives des personnes accompagnées. Le DUI permet également de suivre l'activité en termes de qualité des prestations et de satisfaction des personnes accompagnées. Il offre un agenda partagé pour planifier et suivre les rendez-vous ou autres des résidents, suivre le calendrier des présences et des absences, élaborer les projets d'accompagnement personnalisés. Il permet la coordination des professionnels que ce soit par un agenda, une messagerie instantanée et sécurisée.

F. Les risques professionnels

L'établissement dispose d'un Document Unique des Risques Professionnels (DUERP). Ce document répertorie les risques professionnels au sein de la structure et apporte pour chacun d'eux des moyens de prévention permettant de les limiter.

Le DUERP est mis à jour annuellement ou à chaque incident par le-a cadre technique à faire valider par le-a directeur-trice.

G. Le lanceur d'alerte

L'ensemble des salariés est informé de la protection du lanceur d'alerte conformément à la loi n°2022-401 du 21 mars 2022 visant à améliorer la protection du lanceur d'alerte. Cette loi introduit des dispositions spécifiques pour protéger les personnes qui signalent des violations du droit, des règlements ou des atteintes à l'intérêt général au sein des structures et organisations. Le lanceur d'alerte est protégé contre toutes mesures négatives prises contre lui comme un licenciement. Notre association disposant de moins de 50 salariés, nous n'avons pas d'obligation d'établir une procédure interne de recueil et de traitement des signalements. Par conséquent, le signalement interne peut être effectué auprès du supérieur hiérarchique, de l'employeur ou du référent si l'employeur en a désigné un¹³.

13 Fiche action n°5 : Protection du lanceur d'alerte



II - Les partenariats

L'établissement ne peut fonctionner en autarcie. C'est pourquoi nous entretenons et développons différents partenariats afin de bénéficier des compétences spécialisées complémentaires et indispensables afin de répondre aux missions qui nous sont dévolues. Dans cette logique, l'établissement coopère avec :

A. Les partenaires médicaux et paramédicaux extérieurs

- Cabinet médical avec 3 médecins traitants
- Santé mentale : CMP, Psychiatres libéraux
- Dentistes
- Diététicienne
- Infirmières libérales
- Kinésithérapeutes
- Cardiologues
- Pharmacie partenaire

Nous rencontrons des difficultés pour les suivis dermatologique et ophtalmologique.

B. Les partenariats pour les animations

Culture : cinéma, théâtre, projet ponctuel, convention réseau médiathèque et ludothèque,

Sport : Fédération française de judo et badminton lien avec club Remiremont et Epinal, utilisation des structures locales, affilié fédération sport adapté (pour judo et badminton d'autres personnes de foyer ou en logement sont intégrées)

Association et établissement : DIAME de Saint Amé, SAPHIR, EHPAD de Vagney (thé dansant, loto, les olympiades,...) et de Saint Etienne,...

C. L'Association Sport et Sante des Hautes-Vosges (ASSHV)

Soutenue par notre association, l'ASSHV est une Association de Sport Adapté. Elle offre à toute personne en situation de handicap mental ou psychique, quels que

soient ses désirs, ses capacités et ses besoins, la possibilité de vivre la passion du sport de son choix dans un environnement voué à son plaisir, sa performance, sa sécurité et à l'exercice de sa citoyenneté. Elle propose 2 disciplines en compétition: Le Badminton et le Judo. En plus de ses 2 disciplines pouvant se pratiquer en loisir, elle propose d'autres activités: la pétanque, le basket, et des activités motrices. Ces activités s'adressent à des personnes qui ne peuvent de par leurs capacités intellectuelles, psychoaffectives, et physiques entrer dans une pratique sportive compétitive.

Elle s'inscrit également dans le cadre local, auprès de nombreuses activités (sorties vélo, loisirs divers, marche populaire,...)

III- La Qualité de Vie au Travail

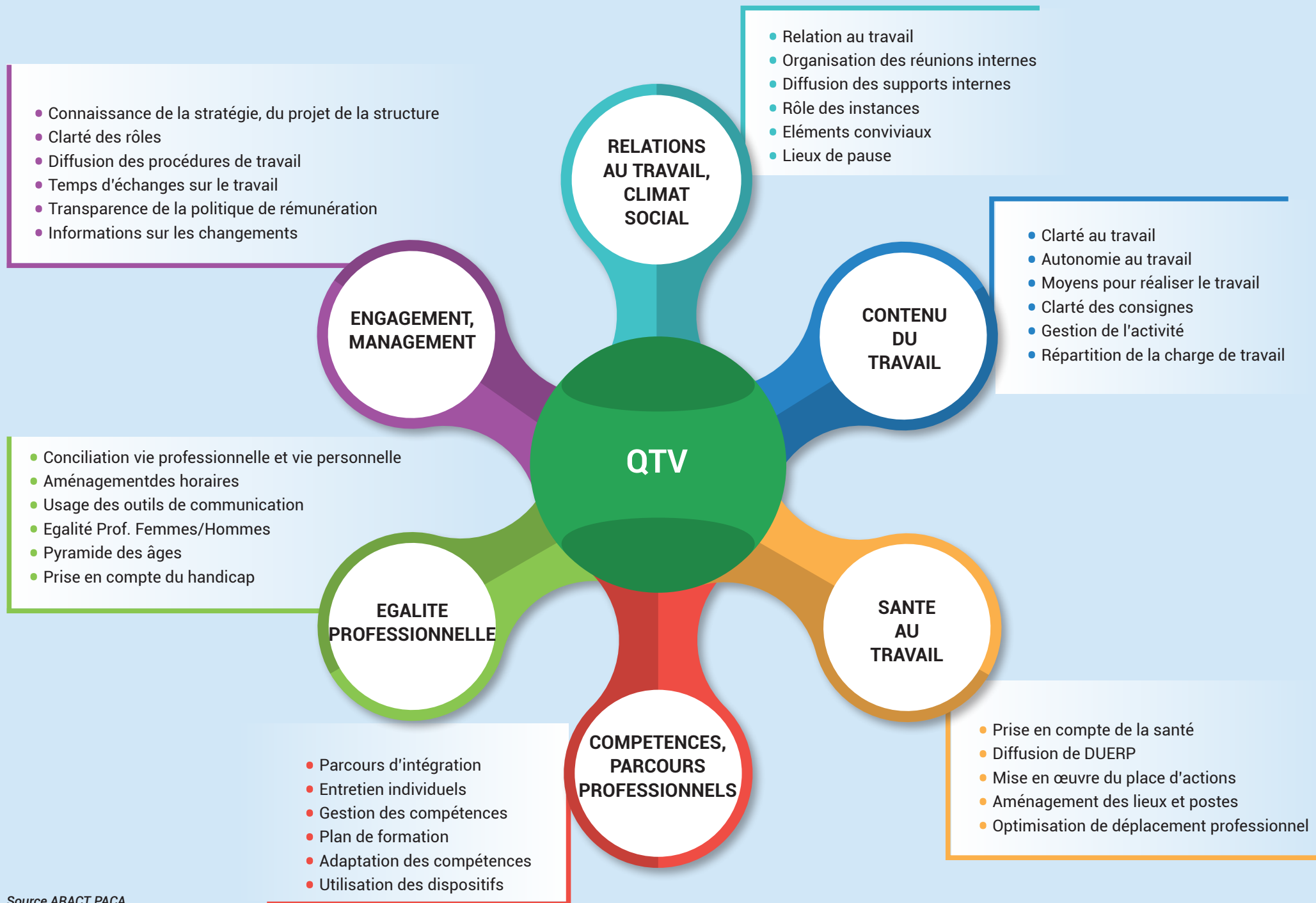
L'Accord National Interprofessionnel (ANI) de 2013 précise que « *La qualité de vie au travail*¹⁴ désigne et regroupe sous un même intitulé les actions qui permettent de concilier à la fois l'amélioration des conditions de travail et de vie pour les salariés et la performance globale des entreprises. Elle est un des éléments constitutifs d'une responsabilité sociale d'entreprise assumée » ainsi que « *les conditions dans lesquelles les salariés exercent leur travail et leur capacité à s'exprimer et à agir sur le contenu de celui-ci déterminent la perception de la qualité de vie au travail qui en résulte* ».

Instaurer une Démarche de Qualité de Vie au Travail permet de reconnaître que l'amélioration des conditions de travail a des effets positifs sur la performance globale de l'organisation.

Notre établissement envisage de proposer aux professionnels des actions liées à la Qualité de Vie au Travail. Ces actions seront collectives ou individuelles. Elles favoriseront la cohésion d'équipe et le bien-être au travail. Pour ce faire, nous devons nous approprier les attendus de la QVT puis identifier les premiers éléments mis en place. Nous pourrons ensuite développer des actions auprès des salariés¹⁵.

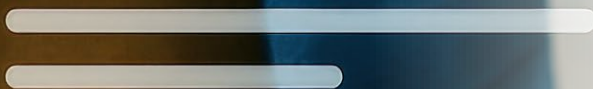
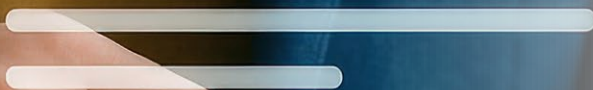
¹⁴ Guide de la qualité de vie au travail : Outils et méthodes pour conduire une démarche QVT – DGAFFP – Anact -Edition 2019 – p9

¹⁵ Fiche action n°6 : Qualité de Vie au Travail



Source ARACT PACA

QUALITY CONTROL



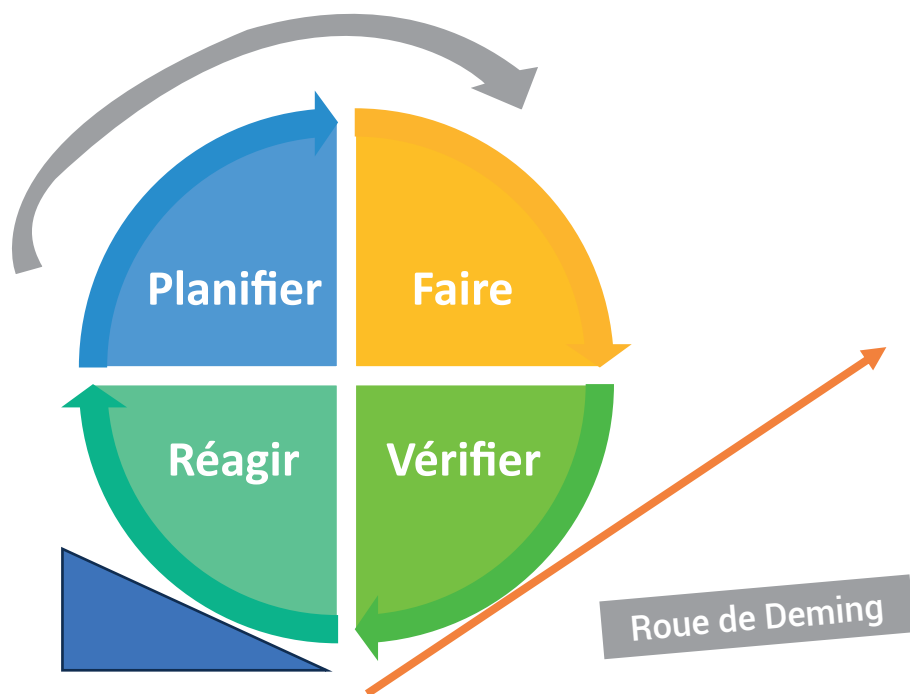
Chapitre 7

La démarche d'amélioration
continue de la qualité

I - La démarche qualité

La démarche d'amélioration continue de la qualité répond aux exigences réglementaires de la loi du 2 janvier 2002. Un des objectifs est d'optimiser le fonctionnement et le savoir-faire de l'établissement. Elle oriente son organisation et vise à améliorer les prestations fournies en fonction des besoins et des attentes des résidents.

L'enjeu pour l'établissement est de faire vivre sa démarche qualité et de faire le lien entre les différentes démarches projets comme le projet d'établissement, le CPOM, ... Il s'agit d'une démarche volontariste et collective sur une longue durée. Elle nécessite la participation des professionnels, des résidents et de leur famille, des partenaires.



La roue de Deming ou PDCA (Plan-Do-Check-Act) présente quatre phases à enchaîner successivement afin de suivre la démarche d'amélioration continue de la qualité tant que le niveau attendu n'est pas atteint.



II- La Bienveillance

Selon le dictionnaire Larousse, la bienveillance se définit ainsi :

« Ensemble des soins, des actes et des comportements exercés par l'entourage familial ou professionnel d'une personne et qui procurent un bien-être physique et psychique au bénéficiaire ».

Selon la Haute Autorité de Santé :

« La bienveillance est une démarche globale de prise en charge du patient ou de l'utilisateur et d'accueil de l'entourage visant à promouvoir le respect de leurs droits et libertés, leur écoute et la prise en compte de leurs besoins, tout en prévenant la maltraitance ».

On peut voir à travers ces deux définitions que la bienveillance n'est pas seulement l'absence de maltraitance, mais une démarche active qui vise à être soucieux de la personne. L'établissement prend en considération les quatre repères identifiés par l'ANESM¹⁶ :

- L'utilisateur co-auteur de son parcours
- La qualité du lien entre professionnels et usagers
- L'enrichissement des structures et des accompagnements grâce à toutes contributions internes et externes pertinentes
- Le soutien aux professionnels dans leur démarche de bienveillance

¹⁶ ANESM : Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des établissements et Services sociaux et Médico-sociaux. Créée en 2007, l'ANESM est intégrée à la HAS en 2018.

Au sens de la HAS, la notion de bienveillance, plus récente dans **la déclinaison professionnelle**, se situe au niveau de « l'intention des professionnels ».

« Elle consiste à aborder l'autre, le plus fragile, avec une attitude positive et avec le souci de faire le bien pour lui ».

Cette notion revêt aussi bien un caractère individuel que collectif. De ce concept, il convient de retenir l'importance de **l'intention envers l'autre**, intention que viendront soutenir et expliciter le projet individuel d'accompagnement et le projet d'établissement et de service.

Afin d'avoir une définition commune à l'établissement, l'ensemble des professionnels est formé à la Bienveillance. Ces actions de formation spécifiques sont renouvelées régulièrement.

III- Plan de prévention des risques de maltraitance et de violence

Une nouvelle définition légale de la maltraitance a été instaurée par la loi n° 2022-140 du 7 février 2022 avec la création de l'article L119-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF).

« La maltraitance au sens du présent code vise toute personne en situation de vulnérabilité lorsqu'un geste, une parole, une action ou un défaut d'action compromet ou porte atteinte à son développement, à ses droits, à ses besoins fondamentaux ou à sa santé et que cette atteinte intervient dans une relation de confiance, de dépendance, de soin ou d'accompagnement. Les situations de maltraitance peuvent être ponctuelles ou durables, intentionnelles ou non. Leur origine peut être individuelle, collective ou institutionnelle. Les violences et les négligences peuvent revêtir des formes multiples et associées au sein de ces situations ».



« La violence se caractérise par tout acte ou omission commis par une personne, s'il porte atteinte à la vie, à l'intégrité corporelle ou psychique ou à la liberté d'une autre personne ou compromet gravement le développement de sa personnalité et/ou nuit à sa sécurité financière »

Différents facteurs de risques peuvent être identifiés. Les risques individuels lorsqu'un acte de maltraitance relève de la personne en elle-même, elle peut s'apparenter à des menaces, à des humiliations, à la volonté d'ignorer une personne, ou encore à la volonté de ne pas comprendre ce que disent les proches ou l'entourage.

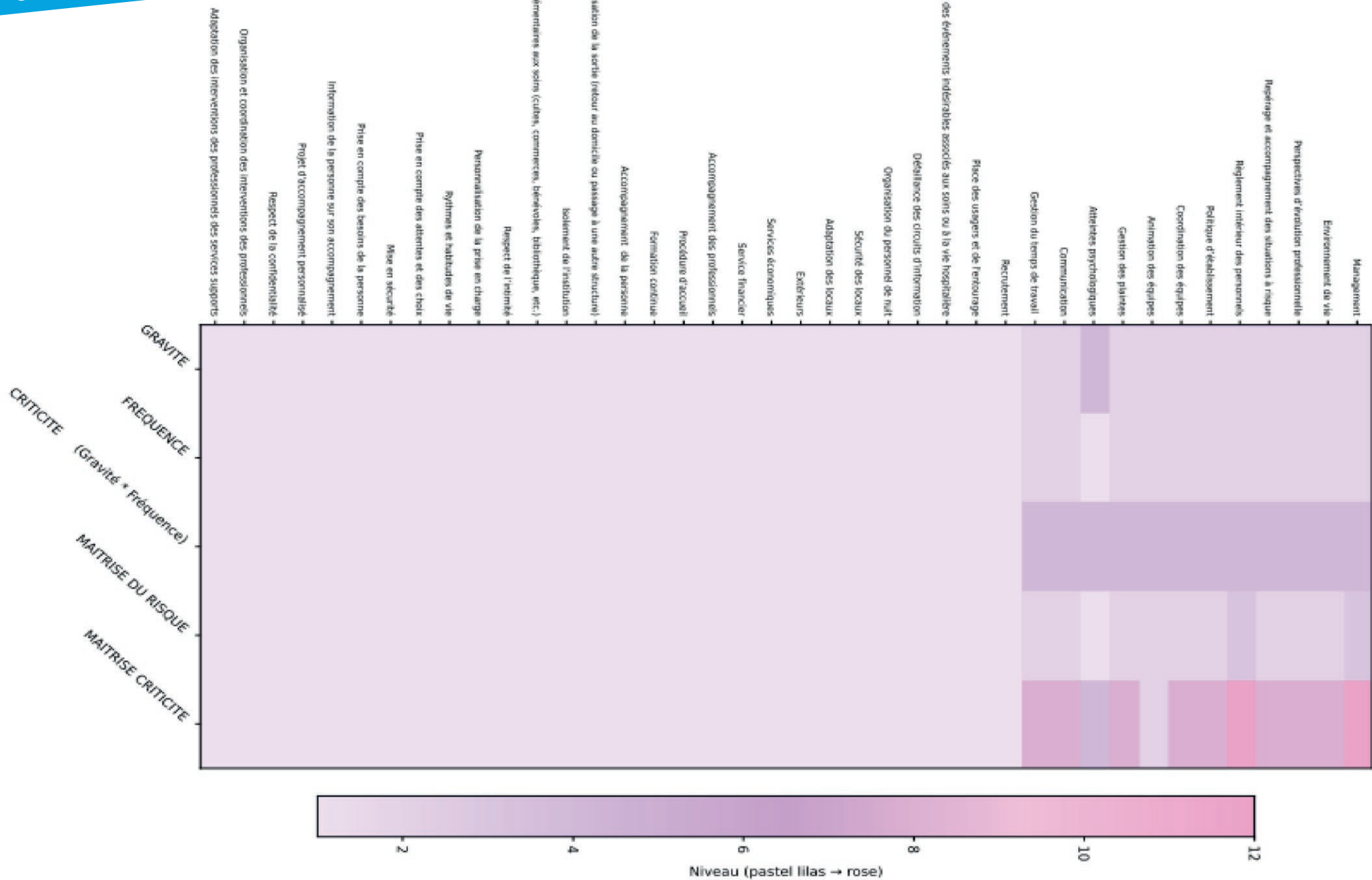
Nous constatons donc que les facteurs de risques individuels relèvent essentiellement de la maltraitance physique, psychologique, matérielle et financière. Les risques professionnels relèvent des actes imposés par l'institution, volontaire ou non.

Ceux-ci peuvent correspondre à un manque de disponibilité des professionnels, du rythme imposé des soins, de l'absence de réponse aux réclamations ou aux plaintes et plus généralement, des dysfonctionnements d'une organisation.

Nous avons réalisé une cartographie des risques de maltraitance¹⁷. Pour ce faire, nous avons utilisé un outil édité par la Haute Autorité de Santé.

¹⁷ Annexe n°2 : Cartographie

Cartographie des risques simplifiée



Tout acte de maltraitance est proscrit dans les établissements de l'association. Différentes procédures résultent de la réalisation de la cartographie des risques de maltraitance. Ces procédures veillent au respect des droits des personnes accompagnées et doivent limiter les risques de maltraitance. Notre priorité sera de traiter les principaux risques identifiés :

Risque concerné ¹⁸
Absence de réflexion éthique pluridisciplinaire
Absence de la notion de bientraitance (vis-à-vis du personnel et des personnes accompagnées) dans le règlement intérieur
Méconnaissance du règlement intérieur
Management non adapté, absence de concertation
Défaut de pilotage et de suivi du tableau de bord, absence d'indicateurs «Bientraitance»
Conduites à tenir en cas de maltraitance inexistantes ou insuffisamment connues par les professionnels
Manque d'identification de la personne de confiance
Défaut de traçabilité
Absence de dossier partagé

Pour ce faire, nous utiliserons le tableau de bord en annexe¹⁹.

Les professionnels restent vigilant dans leur pratique quotidienne et les risques de violence institutionnelle. Nos réunions d'équipe mensuelle permettent d'échanger sur nos pratiques, évoquer l'accompagnement des résidents et analyser les situations problématiques.

Les professionnels sont tenus de signaler tout incident par la transmission d'une fiche d'évènement indésirable qui sera traité par la direction.

¹⁸ Fiche action n°7

¹⁹ Annexe n°3 : Tableau de bord Risques de maltraitance

A. Plan de gestion de crise et de continuité de l'activité de l'établissement

Notre établissement possède un **Plan Bleu**²⁰ afin de faire face à tout type de crise ou de situation exceptionnelle. A travers différentes situations, il nous permet d'assurer une continuité de notre activité en préservant la sécurité des résidents. Il peut être déclenché lorsqu'intervient une crise (exemple : crise sanitaire, alerte météo, ...). Nous prévoyons une révision annuelle du Plan Bleu afin de le mettre à jour, de le faire évoluer en fonction de la réglementation et des événements auxquels notre établissement peut être confronté.

B. Les événements indésirables/ les événements indésirables graves

Depuis le 26 janvier 2016, avec la loi de modernisation du système de santé, tous les ESSMS doivent déclarer les événements indésirables graves. Cette loi vise à renforcer la sécurité des professionnels et des personnes accompagnées tout en développant une culture de la sécurité et de la gestion des risques dans les établissements. La HAS propose une définition des événements indésirables. Elle les définit comme des « **situations qui s'écartent de procédures ou de résultats escomptés dans une situation habituelle et qui est ou qui serait potentiellement source de dommages** ». Elle précise qu'il existe plusieurs types d'événements indésirables tels que : les dysfonctionnements, les incidents, les presque accidents, les accidents, etc.

L'établissement recueille, analyse et déclare tout dysfonctionnement grave qui pourrait affecter l'accompagnement ou le respect des droits des personnes accompagnées ainsi que tout autre événement qui pourrait menacer ou compromettre leur santé, leur sécurité ou leur bien-être physique ou moral. Pour ce faire, l'établissement dispose d'une procédure connue et mise en application par l'ensemble des professionnels.

Les événements indésirables /événements indésirables graves sont traités et analysés chaque trimestre.²¹

²⁰ Annexe n°4 : Plan Bleu

²¹ Annexe n°5 : Procédure Evènement Indésirable

C. Les plaintes, les réclamations

La gestion des plaintes et des réclamations fait partie intégrante des droits des personnes quelles qu'elles soient. Apporter une réponse au plaignant, identifier les dysfonctionnements et assurer la traçabilité constituent un élément central pour améliorer la qualité et restaurer la confiance.

L'établissement recueille les plaintes et les réclamations et apporte une réponse aux plaignants. Dans la mesure du possible, le nécessaire est fait le plus rapidement possible afin de résoudre le problème.²²

²² Annexe n°6: Procédure Plaintes et Réclamations



Chapitre 8

Les perspectives
de développement



Cette démarche d'évaluation répond à **trois enjeux** :

- **permettre à la personne d'être actrice** de son parcours
- **renforcer la dynamique qualité** au sein des établissements et services
- **promouvoir une démarche porteuse de sens** pour les ESSMS et leurs professionnels

Et s'appuie sur **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

La deuxième évaluation, après réforme, interviendra en 2028.

Outre, les résultats des évaluations qui nous permettent d'améliorer notre démarche qualité, nous avons différentes perspectives de travail pour les prochaines années.

Effectivement, nous notons la nécessité d'adapter notre accompagnement à des tranches d'âge différentes : les jeunes et les plus anciens. De la première génération de résidents entrée en 1991, il en reste environ un tiers.

Nous devons prendre en compte les baisses de leur capacité liées à l'âge. Les activités et animations proposées doivent être adaptées aux deux catégories d'âge ou nous devons proposer des activités adaptées au rythme des plus jeunes. Pour ces derniers, les activités proposées doivent changer régulièrement.

Ils éprouvent moins le besoin d'une régularité plus rassurante pour les résidents âgés. De même, nous observons un décalage entre les demandes des plus jeunes et des plus âgés. Nous avons une génération « connectée » avec tout ce que cela entraîne.

Une réflexion sur l'organisation quotidienne est également nécessaire²³. Les résidents du foyer d'hébergement et du foyer d'accueil spécialisé vivent dans les mêmes bâtiments et donc avec le même rythme de vie.

Cette situation met une pression non seulement sur les résidents mais également sur les professionnels. En effet, un résident qui prend son temps pour son petit-déjeuner entraîne du retard dans le début des activités.

Les plus jeunes vont attendre et s'impatienter alors que celui qui « traine » va être sollicité pour se dépêcher.

²³ Fiche action n°8 : Réflexion autour de l'organisation du quotidien

Conclusion

Ce projet d'établissement constitue le cadre de référence de l'action collective pour les années à venir. Il traduit les valeurs portées par l'association TREMLIN et l'engagement de l'ensemble des professionnels à proposer un accompagnement respectueux des droits, des besoins et des aspirations des personnes accompagnées, conformément aux évolutions législatives, réglementaires et aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles.

Au-delà de son caractère réglementaire, ce projet d'établissement représente un outil de pilotage et d'orientation stratégique. Il permet à la fois de structurer les actions de l'établissement, d'en garantir la cohérence mais aussi de donner du sens aux pratiques professionnelles dans un contexte marqué par l'évolution des politiques publiques du secteur médico-social, la transformation de l'offre d'accompagnement et le vieillissement des personnes accueillies.

L'établissement réaffirme à travers ce projet son attachement aux principes fondamentaux qui guident son action tel que le respect des droits et libertés des personnes accompagnées, la promotion de leur pouvoir d'agir, la prise en compte de leur singularité et le développement d'un accompagnement favorisant leur autonomie, leur participation et leur inclusion dans la vie sociale. C'est dans cette perspective que la personne accompagnée est reconnue comme actrice de son parcours de vie, associée aux décisions qui la concernent et réellement impliquée dans la construction de son projet d'accompagnement personnalisé.

La démarche d'amélioration continue de la qualité constitue un pilier de ce projet. En s'appuyant sur le référentiel d'évaluation des établissements et services sociaux et médico-sociaux de la Haute Autorité de Santé, l'établissement s'inscrit dans une dynamique collective visant à faire évoluer les pratiques, renforcer la réflexion éthique et garantir la qualité des accompagnements proposés. Cette démarche repose sur l'implication commune des personnes accompagnées, de leurs proches, des professionnels et des partenaires du territoire.

Fidèle à l'esprit qui a présidé à sa création, l'association TREMLIN poursuit ainsi son engagement pour permettre aux personnes accompagnées de vivre dans un cadre de vie sécurisant, respectueux et ouvert sur la société, leur permettant ainsi de développer leurs capacités, d'exercer pleinement leur citoyenneté et de construire, autant que possible, leur parcours de vie.

Ce projet d'établissement engage l'ensemble des acteurs de l'association, personnes accompagnées, professionnels, administrateurs et partenaires, dans une dynamique conjointe au service de la qualité de l'accompagnement et du respect des droits des personnes. Il constitue la traduction opérationnelle des valeurs associatives et un repère partagé pour l'ensemble des acteurs engagés dans la vie de l'établissement.

ANNEXES

ANNEXE N°	TITRE	PAGE
Annexe 1	Fiches action Schéma Autonomie des Vosges 2023/2027	42
Annexe 2	Cartographie des situations à risque de maltraitance en établissement	48
Annexe 3	Tableau de bord des risques de maltraitance	??
Annexe 4	PLAN BLEU	68
Annexe 5	Procédure Evènement Indésirable	69
Annexe 6	Procédure Plaintes et Réclamations	77

ANNEXE N°1

Fiches action Schéma Autonomie des Vosges 2023/2027

Fiche action 1.3

Renforcer la coordination des acteurs au service du parcours des personnes à domicile et/ou en établissement

La coordination facilite le parcours des personnes en perte d'autonomie ou en situation de handicap, notamment autour des situations complexes ou pour prévenir les situations de ruptures ou les gérer avec plus d'efficacité. Se donner comme ambition d'améliorer les parcours dans un contexte d'adaptation de l'offre nécessite d'agir sur plusieurs leviers pour limiter et lever les freins existants.

► Objectifs opérationnels :

- Créer et développer les lieux d'échanges entre professionnels pour améliorer la prise en charge des situations individuelles préoccupantes.
- Créer un environnement de travail entre professionnels favorables à l'échange en définissant la coordination et l'accompagnement des parcours comme une mission du service public territorial de l'autonomie.

► Actions opérationnelles / Descriptif de l'action / Modalités de mise en œuvre :

- Encourager l'organisation de formations communes entre ESMS, et entre filières (PA/PH, Domicile/Établissement) pour capitaliser sur les compétences clés d'une filière à l'autre, ainsi que des temps ou outils d'informations (fiches) sur des problématiques communes entre professionnels (cartographies des acteurs pour faciliter le repérage des solutions).
- Développer des liens avec les structures de premier recours du territoire (Communes, Maisons France Services, MSVS) pour faciliter la création d'une culture commune et d'un socle commun de connaissances sur l'écosystème).
- Créer un ou des espaces communs d'échanges réunissant les équipes de proximité dédiées à la coordination (CLIC, DAC, GOS, Communauté 360, Plateforme de repit, PCPE ...) dans une logique de subsidiarité.
- S'inscrire dans la structuration des dispositifs de coordination : DAC (Dispositif d'Appui à la Coordination) et de la communauté 360, Dispositif.

► Public ciblé :

- Professionnels de l'accompagnement médicosocial
- Équipe des CLIC, C360, DAC

► Pilotes et acteurs associés :

- Pilote : Conseil départemental
 - MDPH : cellule RAPT
- Acteurs associés :
 - ESSMS
 - ARS - DT 88
 - CCAS
 - Structures de coordination (CLIC, C360, DAC...)
 - Plateforme emploi accompagné

► Calendrier :

- Co-construction d'un calendrier en 2023.
- Déploiement du plan d'actions de 2023 à 2027.

► Moyens (humains, matériels, financiers) :

Indicateurs de suivi :

- Nb de réunions et de situations préoccupantes gérées, suivies
- Nombre d'occurrences de facilitation mises en œuvre (formations, informations, forums entre professionnels)

► Périmètre territoriale de l'action :

- Territoire des MSVS/CLIC ou du DAC.
- Le département pour la gestion des situations complexes en établissements.

Fiche-action 2.2

Favoriser les solutions d'hébergement intermédiaire et adapter les logements à l'autonomie des personnes

Vivre chez soi, sous toutes ses composantes, c'est considérer que toute personne a droit à un lieu de vie qui lui correspond. Une offre diversifiée de réponse d'hébergement contribue à la nécessité de prendre en compte l'émergence de besoins nouveaux liés à l'avancée en âge de la population ou au souhait de personnes en situation de handicap de vivre de façon plus autonome.

Dans la poursuite du précédent schéma avec un nouveau cahier des charges des foyers-logements, devenant des résidences-autonomie, le département des Vosges souhaite contribuer au développement de cette offre d'habitat. Un appel à projet, dès la fin 2022, a été lancé par la collectivité pour augmenter le nombre de places dans ces résidences (création de 40 nouvelles places).

De même, le Département s'est inscrit dans le développement de l'habitat inclusif, notamment en 2022 autour de 17 projets pour 235 aides à la vie partagée (188 personnes âgées et 47 personnes handicapées). Les financements de la CNSA (80%) concernent les années 2023-2029, le Département pour sa part finance à hauteur de 20% les projets.

Pour les porteurs personnes âgées de l'habitat inclusif, la possibilité d'avoir recours à un financement complémentaire de la CNSA pour de l'investissement (Cf. Ségur de la santé). En 2022, cette action concerne 10 des 17 projets mentionnés ci-dessus.

► Objectifs opérationnels

- Améliorer la connaissance des besoins des personnes en termes de logement et d'hébergement et cartographier l'offre de logements adaptés.
- Élaborer une stratégie départementale coordonnée du développement de l'offre d'habitat adapté et inclusif en permettant aux habitants d'avoir le libre choix des services d'accompagnement, de type SAAD.
- Définir une stratégie départementale en matière d'adaptation des logements existants et d'offre de nouveaux logements adaptés en vue de préserver l'autonomie des personnes en lien avec la politique de l'habitat.
- Définir le cadre des projets finançables sur la durée du schéma et au-delà.
- Définir une stratégie pour développer l'offre de logements en résidences autonomie.

- Définir une stratégie de l'offre habitat inclusif en appui des financements de la CNSA. - Favoriser l'échange entre acteurs et parties-prenantes.

► Actions opérationnelles/Descriptif de l'action / Modalités de mise en œuvre :

- Recenser les offres d'habitat intermédiaire sur les territoires, communiquer sur l'offre disponible et tenir à jour les données.
- Établir une cartographie des différentes typologies d'habitat dans les Vosges dans le cadre de la conférence des financeurs de l'habitat inclusif et de l'observatoire de l'autonomie.
- Sensibiliser les bailleurs et les communes sur ces solutions d'habitats intermédiaires et faciliter le lien entre le département et les communes afin de favoriser une stratégie coordonnée et partagée de développement d'habitat adapté.
- Développer un partenariat avec les bailleurs publics pour la constitution d'une offre de logement adaptée au vieillissement.
- Clarifier les objectifs en matière d'adaptation des logements existants et d'offre de nouveaux logements adaptés en vue de préserver l'autonomie des personnes en lien avec la politique de l'habitat. - Augmenter le nombre de places en résidences autonomie.
- Développer le nombre d'habitat inclusif notamment par l'attribution de l'aide à la vie partagée ou tout autre financement mobilisable par ces habitats (PCH mutualisé, ...).
- Favoriser un soutien à l'investissement pour ces modes d'habitat.
- Assurer un pilotage départemental de l'habitat inclusif d'une part avec les gestionnaires et d'autre part pour les animateurs-coordonateurs.
- Former les accueillants familiaux tout en inscrivant ces derniers dans la cartographie de l'offre.

► Public ciblé :

- Les personnes elles-mêmes – les habitants.
- Les professionnels qui accompagnent les personnes.
- Les Résidences autonomie, les habitats inclusifs et toutes les autres formes d'habitat.
- Les Accueillants familiaux.

► Pilotes et acteurs associés :

- Pilote : Conseil départemental, la MDA.
- Acteurs associés : Bailleurs sociaux, les communes, les intercommunalités, la Conférence des financeurs de l'habitat inclusif.

► Calendrier :

- 2022/2023 : développement des nouvelles places en résidences autonomie.
- 2023 à 2027 : Déploiement de l'habitat inclusif et financement de l'aide à la vie partagée.
- Sur la durée du schéma : pour les autres actions.

► Moyens (humains, matériels, financiers) :

- Budget dédié :
 - Aux places en résidences autonomie.
 - À l'AVP.
 - En soutien à l'investissement.
- Moyens humains : Dédier un chargé de mission à la mission logement.

► Indicateurs de suivi :

- Nombre de places en résidences autonomie.
- Nombre d'habitat inclusif.
- Programme coordonné de financement de l'habitat inclusif.
- Nombre de réunions de sensibilisation.

► Périmètre territoriale de l'action :

- Territoires d'implantation des habitats inclusifs et des résidences autonomie.

Fiche Action 2.4

Adapter les réponses aux besoins des adultes en situation de handicap

L'offre médico-sociale actuelle à destination des adultes en situation de handicap est complexe, composée de réponses dont la tutelle peut être le Département ou l'ARS, mais aussi d'autres institutions dites « de droit commun » (sécurité sociale, insertion, ...). Cette complexité peut également engendrer une rigidité des réponses et des réponses inadaptées aux besoins de chaque personne. Dès lors, il s'agit de dépasser une logique de transfert de charges (d'une institution à une autre) afin de proposer une réponse globale à l'usager (un service public de l'autonomie). Aussi, tout l'enjeu de la transformation de l'offre, vise à rapprocher la réponse apportée des besoins réels des personnes pour tendre à une plus grande efficacité d'ensemble.

La circulaire du 2 mai 2017 relative à la transformation de l'offre d'accompagnement des personnes handicapées fonde les principes et modalités de sa mise en œuvre, à partir de l'articulation entre la démarche une réponse accompagnée pour tous, la stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre (2017-2021) et les décisions du comité interministériel du handicap du 2 décembre 2016. Cette circulaire apporte une définition de cette notion : « On entend par transformation de l'offre toute action visant à la rendre plus inclusive, plus souple et plus adaptée à la prise en compte des situations individuelles, notamment complexes dans un objectif de fluidification des parcours. Cela passe à la fois par la création de nouveaux dispositifs, la diversification des modes de fonctionnement des ESMS existants et le renforcement qualitatif des accompagnements proposés ».

Le comité interministériel du handicap en date du 06 octobre 2022 réforme notamment la mise en œuvre de la déconjugalisation de l'allocation adultes handicapés (AAH).

Les taux d'activité des établissements (nombre d'accompagnement par rapport aux moyens alloués) ne sont pas toujours adaptés au besoin d'accueil séquentiel (au sein des murs et hors les murs de l'établissement), de parcours alternatif, croisé et coordonné des personnes en situation de handicap.

L'adaptation des réponses aux besoins des personnes adultes en situation de handicap invite les ESMS à s'inscrire dans une approche domiciliaire et privilégier l'autodétermination des personnes.

► **Objectifs opérationnels :**

- Accompagner les établissements à adapter leur offre notamment à destination des jeunes adultes et des personnes handicapées vieillissantes.
- Encourager les expérimentations et innovations sur les territoires.
- Organiser la capitalisation des expériences et les faire connaître.

► **Actions opérationnelles/Descriptif de l'action / Modalités de mise en œuvre :**

- Encourager les établissements à se rencontrer pour qu'il puisse échanger sur leurs pratiques, leurs manières de faire, leurs organisations /accompagner aussi les dirigeants et les ouvrir sur des nouvelles pratiques.
- Faire évoluer le rôle du département et de l'ARS : aller vers un rôle d'animateur au-delà de celui de financeur et de tutelles.
- Accompagner les établissements à diversifier leur offre d'accompagnement (mise en place d'accompagnements modulaires ou alternatifs avec séjours temporaires ou accueils séquentiels en fonction des besoins de la personne).
- Ajouter dans les CPOM la volonté de s'inscrire dans l'approche domiciliaire et la volonté d'adapter l'offre aux besoins des personnes.
- S'inscrire dans la mise en œuvre de la réforme Séraphin-PH.
- Promouvoir la bientraitance à domicile et au sein des établissements, (Projet établissement).
- Simplifier les tarifications au sein des foyers PH qui ont trois modalités (journée, réservation, vacances) et déterminer avec ces établissements des objectifs opérationnels.
- Créer 18 places de SAMSAH (8 nouvelles places pour des personnes atteintes de TSA, 8 nouvelles places pour des personnes en situation de handicap psychique, 4 nouvelles places pour des personnes atteintes de tous types de déficiences).

► **Public ciblé :**

- Les personnes elles-mêmes
- Les ESMS

► **Pilotes et acteurs associés :**

- L'Agence régionale de santé,
- Le conseil départemental,
- La MDPH,
- L'éducation nationale,

► **Calendrier :**

- Sur la durée du schéma.

► **Moyens (humains, matériels, financiers) :**

- Définir un référent au sein de la Maison Départementale de l'Autonomie, avec le service des établissements, qui fasse le lien avec l'ensemble des professionnels afin d'avoir une vision globale, établir un diagnostic et proposer une évolution de l'offre et une politique.

► **Indicateurs de suivi :**

- Réalisation d'un diagnostic départemental.
- Nombre de place transformées et créées.
- Nombre d'expérimentations et d'innovation conduites.
- Nombre de réunions inter institutions et inter établissements.
- Indicateur d'utilisation Ex Séraphin.
- Nombre d'actions de développement de la bientraitance.
- Nombre d'ESMS ayant bénéficié d'une évolution des modalités de tarification et de conventionnement.
- Nombre de places créées en SAMSAH.
- Suivi des places « Viatrajectoire » par les ESMS.

► **Périmètre territoriale de l'action :**

- Territoire des MSVS ou des ESMS.

Fiche-action 4.2

Mobiliser les leviers de revalorisation des métiers et rapprocher les centres de formation des Vosges

Les métiers de l'autonomie représentent un gisement d'emploi important, à fort impact social. Pour autant, les structures qui souhaitent recruter peinent à y parvenir complètement et à garder dans ses salariés en emploi. Devant le caractère central de cette problématique, de nombreuses actions peuvent être menées pour rendre ces métiers plus attractifs.

► Objectifs opérationnels

- Rapprocher les centres de formation du département afin que les Vosgiens puissent bénéficier d'une formation aux métiers de l'autonomie sans devoir aller se former dans d'autres départements.
- Encourager le recrutement de jeunes au travers de dispositifs qualifiants (service civique, apprentis ...)
- Permettre un meilleur épanouissement dans l'emploi : gestion des emplois, des compétences et des parcours.
- Faire évoluer l'organisation des établissements et services pour favoriser une meilleure adéquation vie privée vie professionnelle.

► Actions opérationnelles/Descriptif de l'action / Modalités de mise en œuvre :

- Finaliser la démarche avec l'IRTS afin de mettre en place une antenne vosgienne (CFA) pour former des personnes à des métiers du social.
- Déployer des formations dans l'aide en domicile, en proximité avec des organismes de formation Vosgien.
- Promouvoir le recrutement de jeunes en service civique, en apprentissage, en service national universel (lien avec l'éducation nationale).
- Proposer des formations tout au long de la carrière pour entrer dans une logique de progression de carrières, réduire la pénibilité et l'accidentologie (gestes et postures).
- Travailler sur l'entrée dans l'emploi (stage, tutorat, créer des parcours d'intégration).
- Encourager la reconnaissance professionnelle par le biais d'actions en faveur de l'assiduité, de la cooptation, de tutorat...

- Travailler à la valorisation des métiers de l'autonomie auprès des apprenants (établissements scolaires).
- Engager une réflexion autour de la promotion de leviers d'attractivité et de fidélisation (titres déjeuners, chèques vacances par exemple).
- Améliorer la qualité de vie au travail en mobilisant des leviers financiers tels que la dotation complémentaire pour les services autonomie à domicile.
- Engager dans le cadre de la dotation complémentaire une réflexion autour du développement de flottes de véhicules de services pour réduire l'usage des véhicules personnels des professionnels.
- Favoriser la qualité de vie au travail : co-construction des plannings, responsabilisation des équipes...

► Public ciblé :

- Professionnels du secteur.
- Employeurs du territoire.

► Pilotes et acteurs associés :

- Pilotes : Conseil départemental et DT ARS

► Acteurs associés :

- Direction départementale de l'emploi,
- Service public de l'emploi,
- Cap Emploi,
- Mission locale,
- Fédération des employeurs (Ex. FEPEM)
- Région.
- Education nationale.
- Organismes de formation

► **Calendrier :**

- Septembre 2023 : mise en place sur le département d'une annexe de l'IRTS Lorraine.
- 2024 : déploiement de formations dans l'aide à domicile, avec des organismes de formation Vosgien.
- Durée du schéma

► **Moyens (humains, matériels, financiers) :**

- CD 88 : conseillère technique en travail social du PDS, Direction des ressources humaines, Direction de la MDA.
- Service de l'Etat : moyens à définir.

► **Indicateurs de suivi :**

- Nombre de vacances de poste.
- Nombre de formations organisées en proximité en sein des ESMS.
- Nombre de formations suivies au sein du nouveau CFA et au sein d'organismes de formations vosgiens.
- Nombre de contrats signés pour des jeunes en service civique, en apprentissage dans les ESMS.
- Nombre de retours d'expériences.

► **Périmètre territoriale de l'action :**

- Tout le département à l'échelle du bassin d'emploi.

ANNEXE N°2

Cartographie des situations à risque de maltraitance en établissement

I. RISQUES LIÉS À LA PRISE EN CHARGE

Type de risque	Facteurs de risque	Risques	Actions déjà en place	Gravité ⁽¹⁾	Fréquence ⁽²⁾	Criticité (Gravité * Fréquence)	Actions à mettre en œuvre ⁽³⁾	Maîtrise du risque ⁽⁴⁾	Maîtrise * criticité
Risques liés à l'accueil/admission	Procédure d'accueil	Contraintes illégitimes des modalités de séjour (conditions de visite, etc.)	Aucune limite de visite sauf au moment des temps clés et dans la limite d'heures raisonnables	1	1	1		1	1
		Admission non concertée/absence d'évaluation du consentement du patient	Admission toujours concertée avec la personne et la famille Le professionnel s'assure du consentement de la personne.	1	1	1		1	1
		Entrée non préparée (personne accompagnée non attendue, chambre non préparée, absence de place)	Admission uniquement si une chambre est disponible. Il n'y a pas de temps limite entre le départ et l'entrée d'une personne. La chambre est préparée, possibilité de repeindre et attente du mobilier.	1	1	1		1	1
		Défaut ou inadaptation de l'information délivrée à la personne et à ses proches	Admission: premier contact par téléphone pour informer d'une place, visite de la chambre et de l'établissement, transmission des premières informations, du dossier d'inscription	1	1	1		1	1
		Absence de présentation des professionnels lors de l'arrivée de la personne et durant son séjour	Trombinoscope, présentation des professionnels	1	1	1		1	1

(1) **Gravité** : 1 = sans dommage / 2 = dommage modéré / 3 = dommage important / 4 = irréversibilité du dommage • (2) **Fréquence** : 1 = rare / 2 = occasionnel / 3 = souvent / 4 = toujours

(3) **Actions** : précisez court/moyen/long terme et le cas échéant, les cibles personnes accompagnées/personnel • (4) **Maîtrise du risque** : 1 = On sait faire face, bonne maîtrise / 2 = On a tout prévu / 3 = On est en alerte / 4 = On découvre le risque

Type de risque	Facteurs de risque	Risques	Actions déjà en place	Gravité ⁽¹⁾	Fréquence ⁽²⁾	Criticité (Gravité * Fréquence)	Actions à mettre en œuvre ⁽³⁾	Maîtrise du risque ⁽⁴⁾	Maîtrise * criticité
Risques liés à l'accueil/admission	Procédure d'accueil	Absence de remise ou d'explications sur le livret d'accueil de la structure	Le livret d'accueil est remis lors de la deuxième visite. Avec lecture et explication du livret	1	1	1		1	1
		Non-respect de la confidentialité	Dossiers classés dans un bureau fermé à clé	1	1	1		1	1
		Défaut de gestion du délai d'attente	Gestion par Via Trajectoire Délai d'attente aléatoire en fonction des places qui se libèrent. Admission par date d'inscription et par urgence de la situation	1	1	1		1	1
	Accompagnement de la personne	Recueil et évaluation de la personne non adaptés (autonomie, besoins sociaux, habitudes de vie, goûts, antécédents, etc.)/absence d'accueil personnalisé	Le dossier d'inscription recueille les habitudes de vie, une fiche pour le personnel de ses goûts, ses habitudes de vie, son autonomie,	1	1	1		1	1
Prise en charge	Organisation et coordination des interventions des professionnels	Accompagnement inadaptés aux rythmes de vie de la personne (prises de sang très tôt le matin, lors des horaires de repas, visites, etc.)	Les professionnels adaptent les contraintes (prise de sang, rendez-vous médicaux...) au maximum au rythme de vie de la personne	1	1	1		1	1
		Défaut de proposition d'intervention d'un professionnel spécifique (psychologue, diététicien, assistant social, addictologue, ergothérapeute, etc.)	Différents professionnels spécialisés interviennent dans l'établissement ou les personnes se rendent au cabinet libéral	1	1	1		1	1
		Absence de planification de l'organisation des soins et de la surveillance	Tableau de suivi de température. Suivi de la prescription médicale	1	1	1		1	1

(1) **Gravité** : 1 = sans dommage / 2 = dommage modéré / 3 = dommage important / 4 = irréversibilité du dommage • (2) **Fréquence** : 1 = rare / 2 = occasionnel / 3 = souvent / 4 = toujours

(3) **Actions** : précisez court/moyen/long terme et le cas échéant, les cibles personnes accompagnées/personnel • (4) **Maîtrise du risque** : 1 = On sait faire face, bonne maîtrise / 2 = On a tout prévu / 3 = On est en alerte / 4 = On découvre le risque

Type de risque	Facteurs de risque	Risques	Actions déjà en place	Gravité ⁽¹⁾	Fréquence ⁽²⁾	Criticité (Gravité * Fréquence)	Actions à mettre en œuvre ⁽³⁾	Maîtrise du risque ⁽⁴⁾	Maîtrise * criticité
Prise en charge	Respect de la confidentialité	Consultation, soin ou discussion en présence d'un tiers sans autorisation, adapté en fonction de la personne	Les professionnels demande l'autorisation de la personne pour présence des parents ou autres	1	1	1		1	1
		Inadaptation du lieu par rapport aux échanges des professionnels	Les échanges se font dans le bureau, en l'absence de personnes accompagnées.	1	2	2	Vigilance lors des transmissions et hors de la présence de personnes accompagnées	1	2
		Défaut de discrétion dans les échanges des professionnels	Il est demandé aux professionnels d'échanger sur les situations dans le bureau.	1	2	2	Vigilance lors des transmissions et hors de la présence de personnes accompagnées	1	2
		Non-respect des souhaits des personnes accompagnées quant à l'information donnée	Les professionnels respectent le choix de la personne accompagnée. Des professionnels peuvent oublier dans le passage d'information.	2	2	4	Informier l'ensemble des professionnels de l'obligation de discrétion	2	8
	Projet d'accompagnement personnalisé	Manque de concertation entre l'équipe et la personne accompagnée et les proches pour l'élaboration de son projet d'accompagnement personnalisé	PAP fait avec les personnes et son entourage selon son souhait	1	1	1		1	1
		Absence de formalisation d'un projet d'accompagnement personnalisé en équipe pluridisciplinaire, avec la personne et son entourage s'il le souhaite	Projet formalisé, trame unique pour les PAP,	2	2	4	Vigilance sur la révision des projets d'accompagnements personnalisés	2	8

(1) **Gravité** : 1 = sans dommage / 2 = dommage modéré / 3 = dommage important / 4 = irréversibilité du dommage • (2) **Fréquence** : 1 = rare / 2 = occasionnel / 3 = souvent / 4 = toujours

(3) **Actions** : précisez court/moyen/long terme et le cas échéant, les cibles personnes accompagnées/personnel • (4) **Maîtrise du risque** : 1 = On sait faire face, bonne maîtrise / 2 = On a tout prévu / 3 = On est en alerte / 4 = On découvre le risque

Type de risque	Facteurs de risque	Risques	Actions déjà en place	Gravité ⁽¹⁾	Fréquence ⁽²⁾	Criticité (Gravité * Fréquence)	Actions à mettre en œuvre ⁽³⁾	Maîtrise du risque ⁽⁴⁾	Maîtrise * criticité
Prise en charge	Projet d'accompagnement personnalisé	Absence de réflexion éthique pluridisciplinaire	Pas d'analyse de la pratique, Réflexion éthique en réunion lors de l'évocation des situations,	3	3	9	Réflexion autour de la mise en place d'intervention pour l'éthique	3	27
		Absence de mise en oeuvre du projet d'accompagnement personnalisé	Le PAP est élaboré et mis en œuvre	1	1	1		1	1
		Manque d'explications relatives au PAP	Information de la personne et questionnement sur ses besoins et attentes	1	1	1		1	1
	Information de la personne sur son accompagnement	Manque d'écoute de la personne accompagnée par les professionnels	Les professionnels repèrent des temps privilégiés pour être à l'écoute des personnes que ce soit des temps collectifs ou individuels. Les personnes sont en capacité de demander à voir un professionnel en tête à tête.	1	1	1		1	1
		Manque d'information sur l'accompagnement	Information des professionnels qui travaillent, information sur les plannings d'activité, information sur les différents rendez-vous médicaux ou autre, information sur la fin éventuelle de l'accompagnement, réunion d'expression mensuelle	1	1	1		1	1
		Absence de vérification de la compréhension des informations	Les professionnels reformulent, utilisent des pictogrammes, le FALC	1	1	1		1	1

(1) **Gravité** : 1 = sans dommage / 2 = dommage modéré / 3 = dommage important / 4 = irréversibilité du dommage • (2) **Fréquence** : 1 = rare / 2 = occasionnel / 3 = souvent / 4 = toujours

(3) **Actions** : précisez court/moyen/long terme et le cas échéant, les cibles personnes accompagnées/personnel • (4) **Maîtrise du risque** : 1 = On sait faire face, bonne maîtrise / 2 = On a tout prévu / 3 = On est en alerte / 4 = On découvre le risque

Type de risque	Facteurs de risque	Risques	Actions déjà en place	Gravité ⁽¹⁾	Fréquence ⁽²⁾	Criticité (Gravité * Fréquence)	Actions à mettre en œuvre ⁽³⁾	Maîtrise du risque ⁽⁴⁾	Maîtrise * criticité
Prise en charge	Prise en compte des besoins de la personne	Défaut de prise en compte de la douleur	Si une personne se plaint d'une douleur, les professionnels appliquent le protocole "Douleur" prescrit par les médecins	1	1	1		1	1
		Défaut de prise en compte des besoins fondamentaux	Les professionnels sont présents au quotidien pour accompagner la personne dans ses besoins fondamentaux.	1	1	1		1	1
		Inadaptation des aides à la vie quotidienne (insuffisance ou excès) : toilette, habillage, continence, alimentation, etc.	Les professionnels sont présents au quotidien pour accompagner la personne dans les actes de la vie quotidienne	1	1	1		1	1
		Manque de disponibilité des professionnels	Les professionnels repèrent des temps privilégiés pour être à l'écoute des personnes que ce soit des temps collectifs ou individuels. Les personnes sont en capacité de demander à voir un professionnel en tête à tête.	1	1	1		1	1
Risque lié aux facteurs institutionnels (non-respect des habitudes et des libertés de la personne)	Mise en sécurité	Limitation de la liberté d'aller et venir	Les personnes peuvent aller et venir comme elles le souhaitent dans la limite de leur sécurité.	1	1	1		1	1
	Prise en compte des attentes et des choix	Non respect des convictions philosophiques et religieuses	Les personnes accompagnées sont libres de suivre une religion ou pas. Les obligations alimentaires sont respectées.	1	1	1		1	1

(1) **Gravité** : 1 = sans dommage / 2 = dommage modéré / 3 = dommage important / 4 = irréversibilité du dommage • (2) **Fréquence** : 1 = rare / 2 = occasionnel / 3 = souvent / 4 = toujours

(3) **Actions** : précisez court/moyen/long terme et le cas échéant, les cibles personnes accompagnées/personnel • (4) **Maîtrise du risque** : 1 = On sait faire face, bonne maîtrise / 2 = On a tout prévu / 3 = On est en alerte / 4 = On découvre le risque

Type de risque	Facteurs de risque	Risques	Actions déjà en place	Gravité ⁽¹⁾	Fréquence ⁽²⁾	Criticité (Gravité * Fréquence)	Actions à mettre en œuvre ⁽³⁾	Maîtrise du risque ⁽⁴⁾	Maîtrise * criticité
Risque lié aux facteurs institutionnels (non-respect des habitudes et des libertés de la personne)	Rythmes et habitudes de vie	Défaut d'adaptation à l'autonomie physique et psychique de la personne accompagnée	La mission principale de l'établissement est de développer et maintenir l'autonomie des personnes	1	1	1		1	1
Risque lié aux comportements des professionnels (atteinte à la dignité, à l'intimité et à l'intégrité physique et morale)	Environnement de vie	Bruit (matériaux, chaussures, éclats de voix, claquements de portes, etc.)	L'établissement est parfois bruyant: personnes qui discutent, cris, musique, bruit de la vie quotidienne	2	2	4	Rappel du respect de chacun par les professionnels	2	8
		Luminosité le jour et lumière la nuit	Minuterie dans les communs	1	1	1		1	1
		Odeurs	Gestion des poubelles, des protections qui doivent être évacuées chaque jour. Choix des produits d'entretien avec odeur supportable	1	1	1		1	1
		Température ambiante	Des thermostats régulent la température des locaux. Un système de climatisation est installé dans la salle à manger pour les périodes de canicule.	1	1	1		1	1
	Communication	Infantilisation	Les professionnels évitent d'infantiliser les personnes par le ton de la voix,	2	2	4	Vigilance des professionnels	2	8
		Tutoiement systématique	Le tutoiement est réciproque.	1	1	1		1	1
		Utilisation du "il/elle" "on" en parlant à la personne accompagnée	Les professionnels font preuve de vigilance sur cette question.	2	2	4	Vigilance des professionnels	2	8

(1) **Gravité** : 1 = sans dommage / 2 = dommage modéré / 3 = dommage important / 4 = irréversibilité du dommage • (2) **Fréquence** : 1 = rare / 2 = occasionnel / 3 = souvent / 4 = toujours

(3) **Actions** : précisez court/moyen/long terme et le cas échéant, les cibles personnes accompagnées/personnel • (4) **Maîtrise du risque** : 1 = On sait faire face, bonne maîtrise / 2 = On a tout prévu / 3 = On est en alerte / 4 = On découvre le risque

Type de risque	Facteurs de risque	Risques	Actions déjà en place	Gravité ⁽¹⁾	Fréquence ⁽²⁾	Criticité (Gravité * Fréquence)	Actions à mettre en œuvre ⁽³⁾	Maîtrise du risque ⁽⁴⁾	Maîtrise * criticité
Risque lié aux comportements des professionnels (atteinte à la dignité, à l'intimité et à l'intégrité physique et morale)	Communication	Communication verbale inadaptée (ne pas parler assez fort/trop fort, surdité, langue étrangère, etc.)	Les professionnels adaptent leur communication aux personnes	1	1	1		1	1
		Utilisation du téléphone portable personnel par les professionnels en situation d'accompagnement	Les professionnels n'utilisent pas leur téléphone portable pendant les accompagnements	2	2	4	Vigilance des professionnels	2	8
		Communication non verbale inadaptée (brusquerie, manque d'attention, de douceur, d'anticipation, d'écoute, etc.)	Les professionnels adaptent leurs mouvements aux personnes	2	2	4	Vigilance des professionnels	2	8
	Personnalisation de la prise en charge	Organisation de la chambre non adaptée (pathologie, handicap, etc.)	Chambres individuelles, mobilier personnel,	1	1	1		1	1
		Non-respect des effets ou de l'organisation personnels	L'entretien de la chambre est fait avec la personne. Les professionnels respectent l'emplacement des objets ou mobilier. Les professionnels précisent que les parents peuvent venir ranger l'armoire de leur enfant, les produits à disposition.	2	2	4	Vigilance des professionnels vis-à-vis des parents	2	2

(1) **Gravité** : 1 = sans dommage / 2 = dommage modéré / 3 = dommage important / 4 = irréversibilité du dommage • (2) **Fréquence** : 1 = rare / 2 = occasionnel / 3 = souvent / 4 = toujours

(3) **Actions** : précisez court/moyen/long terme et le cas échéant, les cibles personnes accompagnées/personnel • (4) **Maîtrise du risque** : 1 = On sait faire face, bonne maîtrise / 2 = On a tout prévu / 3 = On est en alerte / 4 = On découvre le risque

Type de risque	Facteurs de risque	Risques	Actions déjà en place	Gravité ⁽¹⁾	Fréquence ⁽²⁾	Criticité (Gravité * Fréquence)	Actions à mettre en œuvre ⁽³⁾	Maîtrise du risque ⁽⁴⁾	Maîtrise * criticité
Risque lié aux comportements des professionnels (atteinte à la dignité, à l'intimité et à l'intégrité physique et morale)	Respect de l'intimité	Soins porte ouverte/ sans paravent/sans indication de la présence du soignant	Les personnes ont toutes une chambre individuelle avec sanitaire qui ferment + rideau de douche	1	1	1		1	1
		Présence d'un tiers pendant les soins sans accord du patient	Les professionnels demandent à la personne quand accueil d'un stagiaire.	1	1	1		1	1
		Avant d'entrer dans la chambre du patient, ne pas frapper à la porte/ne pas attendre l'accord de la personne	Les professionnels ont l'habitude de frapper aux portes des chambres même si elles sont ouvertes.	1	1	1		1	1
	Atteintes psychologiques	Menaces et humiliations	Règlement intérieur	4	1	4	Différentes actions de formation, vigilance de tous, signalement	1	4
		Culpabilisation de la personne accompagnée/ des proches	Règlement intérieur	4	1	4	Différentes actions de formation, vigilance de tous, signalement	1	4
		Représailles : des réprimandes à la punition	Règlement intérieur	4	1	4	Différentes actions de formation, vigilance de tous, signalement	1	4
		Paroles déplacées, jugements de valeur, discrimination	Règlement intérieur	4	1	4	Différentes actions de formation, vigilance de tous, signalement	1	4
		Harcèlement, privations (de visite, etc.)	Règlement intérieur	4	1	4	Différentes actions de formation, vigilance de tous, signalement	1	4
		Coups, tapes, bousculades	Règlement intérieur	4	1	4	Différentes actions de formation, vigilance de tous, signalement	1	4
		Gestes déplacés	Règlement intérieur	4	1	4	Différentes actions de formation, vigilance de tous, signalement	1	4

(1) **Gravité** : 1 = sans dommage / 2 = dommage modéré / 3 = dommage important / 4 = irréversibilité du dommage • (2) **Fréquence** : 1 = rare / 2 = occasionnel / 3 = souvent / 4 = toujours

(3) **Actions** : précisez court/moyen/long terme et le cas échéant, les cibles personnes accompagnées/personnel • (4) **Maîtrise du risque** : 1 = On sait faire face, bonne maîtrise / 2 = On a tout prévu / 3 = On est en alerte / 4 = On découvre le risque

Type de risque	Facteurs de risque	Risques	Actions déjà en place	Gravité ⁽¹⁾	Fréquence ⁽²⁾	Criticité (Gravité * Fréquence)	Actions à mettre en œuvre ⁽³⁾	Maîtrise du risque ⁽⁴⁾	Maîtrise * criticité
Vie sociale	Prestations complémentaires aux soins (cultes, commerces, bénévoles, bibliothèque, etc.)	Participation imposée à des activités	Planning des activités fait avec la personne. Possibilité pour la personne d'échanger le jour	1	1	1		1	1
		Absence de stimulation de la personne pour la participation aux activités	les professionnels encouragent la personne à participer en fonction de ses capacités.	1	1	1		1	1
		Activités non diversifiées ou ne tenant pas compte des souhaits des personnes	Planning des activités, Proposition d'activités diverses culturelles, épanouissement personnel, socialisation,...	1	1	1		1	1
		Absence d'affichage/ d'informations sur les activités et la vie quotidienne	Planning personnel affiché dans les chambres, menu, courses, professionnels présents, tâches quotidienne	1	1	1		1	1
	Isolement de l'institution	Absence d'inscription dans des réseaux	L'établissement travaille avec différents partenaires ou réseaux	1	1	1		1	1
		Absence d'intervention d'organismes extérieurs au sein de l'établissement (associations, écoles, bénévoles, etc.)	L'établissement travaille avec différents partenaires ou réseaux	1	1	1		1	1
Sortie du patient	Organisation de la sortie (retour au domicile ou passage à une autre structure)	Manque ou insuffisance d'informations sur la fin de l'accompagnement	Préparation au départ faite en amont sauf situation exceptionnelle liée à la santé	1	1	1		1	1
		Décision de sortie imposée à la personne accompagnée, à son entourage	Préparation à la sortie travaillée par l'établissement	1	1	1		1	1
		Défaut d'anticipation, de préparation de la sortie et d'accompagnement de la personne et de son entourage	Préparation à la sortie travaillée par l'établissement	1	1	1		1	1

(1) **Gravité** : 1 = sans dommage / 2 = dommage modéré / 3 = dommage important / 4 = irréversibilité du dommage • (2) **Fréquence** : 1 = rare / 2 = occasionnel / 3 = souvent / 4 = toujours

(3) **Actions** : précisez court/moyen/long terme et le cas échéant, les cibles personnes accompagnées/personnel • (4) **Maîtrise du risque** : 1 = On sait faire face, bonne maîtrise / 2 = On a tout prévu / 3 = On est en alerte / 4 = On découvre le risque

ANNEXE N°2

Cartographie des situations à risque de maltraitance en établissement

II. RISQUES LIÉS AU MANAGEMENT

Type de risque	Facteurs de risque	Risques	Actions déjà en place	Gravité ⁽¹⁾	Fréquence ⁽²⁾	Criticité (Gravité * Fréquence)	Actions à mettre en œuvre ⁽³⁾	Maîtrise du risque ⁽⁴⁾	Maîtrise * criticité
Risques liés au pilotage de l'établissement	Politique d'établissement	Absence de la bientraitance dans le projet d'établissement et ses déclinaisons	Projet d'établissement en réécriture avec inclusion d'une partie sur la bientraitance	2	2	4	A inclure dans le projet	2	8
		Absence de réflexion institutionnelle sur une politique de bientraitance dans l'établissement	Projet d'établissement en réécriture avec inclusion d'une partie sur la bientraitance	1	1	1	Formation Bientraitance, élaboration du nouveau projet d'établissement avec Bientraitance et risques de maltraitance	1	1
		Absence d'engagement institutionnel sur la bientraitance	Projet d'établissement en réécriture avec inclusion d'une partie sur la bientraitance	1	1	1		1	1
		Absence de réflexion éthique dans l'établissement	Pas d'analyse de la pratique, Réflexion éthique en réunion lors de l'évocation des situations,	2	2	4	Réflexion autour de la mise en place d'intervention pour l'éthique	2	8
		Absence de projets liés à la lutte contre l'isolement social et la participation dans des activités sociales, culturelles ou sportives. au sein de l'établissement	Planning des activités, conventions de partenariat, animations du weekend	1	1	1		1	1

(1) **Gravité** : 1 = sans dommage / 2 = dommage modéré / 3 = dommage important / 4 = irréversibilité du dommage • (2) **Fréquence** : 1 = rare / 2 = occasionnel / 3 = souvent / 4 = toujours

(3) **Actions** : précisez court/moyen/long terme et le cas échéant, les cibles personnes accompagnées/personnel • (4) **Maîtrise du risque** : 1 = On sait faire face, bonne maîtrise / 2 = On a tout prévu / 3 = On est en alerte / 4 = On découvre le risque

Type de risque	Facteurs de risque	Risques	Actions déjà en place	Gravité ⁽¹⁾	Fréquence ⁽²⁾	Criticité (Gravité * Fréquence)	Actions à mettre en œuvre ⁽³⁾	Maîtrise du risque ⁽⁴⁾	Maîtrise * criticité
	Règlement intérieur es personnels	Absence de la notion de bientraitance (vis-à-vis du personnel et des personnes accompagnées) dans le règlement intérieur	Règlement intérieur avec un paragraphe intitulé "Comportement à l'égard des personnes handicapées et de leur famille"	2	2	4	Revoir le règlement intérieur en étant plus explicite sur la Bientraitance.	3	12
		Méconnaissance du règlement intérieur	Les professionnels ne connaissent pas leur règlement intérieur	3	3	9	Les professionnels ne connaissent pas le contenu du règlement intérieur des salariés	3	27
	Management	Management non adapté, absence de concertation	Réunions mensuelles avec les différents professionnels. Absences de représentants du personnel (PV de carence)	2	2	4	Election représentants du personnel prévue	3	12
		Défaut de pilotage et de suivi du tableau de bord, absence d'indicateurs "Bientraitance"	En construction	3	3	9	En construction	3	27
		Absence de délégations claires	DUD par le CA à la direction	1	1	1		1	1
		Défaut d'actualisation de l'organigramme	A jour	1	1	1		1	1
		Absence ou insuffisance des réunions avec la direction	Réunion mensuelle	2	2	4	Vigilance à bien faire les réunions	2	8
		Conduites à tenir en cas de maltraitance inexistantes ou insuffisamment connues par les professionnels	Fiches d'évènement indésirable,	3	3	9	Procédure à formaliser	3	27
		Absence d'évaluation continue des pratiques professionnelles	Entretiens professionnels, entretiens annuels, évaluation de la démarche qualité, évaluation progression professionnelle	1	1	1		1	1

(1) **Gravité** : 1 = sans dommage / 2 = dommage modéré / 3 = dommage important / 4 = irréversibilité du dommage • (2) **Fréquence** : 1 = rare / 2 = occasionnel / 3 = souvent / 4 = toujours

(3) **Actions** : précisez court/moyen/long terme et le cas échéant, les cibles personnes accompagnées/personnel • (4) **Maîtrise du risque** : 1 = On sait faire face, bonne maîtrise / 2 = On a tout prévu / 3 = On est en alerte / 4 = On découvre le risque

Type de risque	Facteurs de risque	Risques	Actions déjà en place	Gravité ⁽¹⁾	Fréquence ⁽²⁾	Criticité (Gravité * Fréquence)	Actions à mettre en œuvre ⁽³⁾	Maîtrise du risque ⁽⁴⁾	Maîtrise * criticité
	Perspectives d'évolution professionnelle	Absence de politique de formation	Pas de fiche de demande de formation, formation obligatoire prioritaire, Les salariés ont au moins une formation dans l'année.	2	2	4	Création d'une fiche de demande de formation	2	8
		Absence de politique de promotion	Les professionnels peuvent évoluer vers d'autres fonctions	1	1	1		1	1
		Absence de suivi des entretiens annuels d'évaluation	Planning entretiens	1	1	1		1	1
	Formation continue	Absence d'évaluation des acquis des formations	Attestations de formation, grille d'évaluation de progression professionnelle	1	1	1		1	1
		Bientraitance absente du plan de formation pluriannuel	Formation bientraitance en 2025, autodétermination en 2024	1	1	1		1	1
Risques liés au recrutement et à l'accompagnement des personnels dans l'accomplissement de leur mission	Recrutement	Personnel non titulaire de la qualification ou du diplôme requis	Les professionnels sont diplômés du secteur social ou médicosocial. Si une personne embauchée n'est pas diplômée, l'établissement va l'inciter à se former.	1	1	1		1	1
	Accompagnement des professionnels	Absence de fiches de poste pour les différentes catégories de personnels (dont personnel de nuit) ou fiches incohérentes	Fiche de poste équipe éducative, fiche de poste surveillant de nuit, fiche de poste cuisine, ..	1	1	1		1	1
		Défaut d'accueil du nouvel arrivant, absence de tutorat	Procédure d'accueil du nouveau salarié	2	2	4	La procédure existe mais n'est pas formalisée.	2	8

(1) **Gravité** : 1 = sans dommage / 2 = dommage modéré / 3 = dommage important / 4 = irréversibilité du dommage • (2) **Fréquence** : 1 = rare / 2 = occasionnel / 3 = souvent / 4 = toujours

(3) **Actions** : précisez court/moyen/long terme et le cas échéant, les cibles personnes accompagnées/personnel • (4) **Maîtrise du risque** : 1 = On sait faire face, bonne maîtrise / 2 = On a tout prévu / 3 = On est en alerte / 4 = On découvre le risque

Type de risque	Facteurs de risque	Risques	Actions déjà en place	Gravité ⁽¹⁾	Fréquence ⁽²⁾	Criticité (Gravité * Fréquence)	Actions à mettre en œuvre ⁽³⁾	Maîtrise du risque ⁽⁴⁾	Maîtrise * criticité
	Repérage et accompagnement des situations à risque	Défaut de repérage des signes de mal-être et/ou d'épuisement	Attention entre les professionnels, échange en réunion,	2	2	4	Vigilance des professionnels, proposition d'entretien par la direction, utilisation des grilles d'autocontrôle	2	8
		Augmentation de l'absentéisme (fréquence et/ou durée)		3	2	6		2	12
		Augmentation du nombre d'accidents du travail et/ou de maladies professionnelles	Nombre de déclaration accident de travail	2	2	4	création tableaux de bord suivi du personnel	2	8
		Turn over important des personnels (sur la base du ratio annuel démissions, licenciements/effectif total)	Tableau de bord	1	1	1		1	1
		Absence d'accompagnement des professionnels en difficulté	Repérage lors des entretiens annuels, des réunions, observation	2	2	4	vigilance des professionnels et de la direction	2	8
Risques liés à l'animation et la coordination des équipes	Coordination des équipes	Absence ou insuffisance des réunions d'équipe/ temps de concertation	Une réunion mensuelle	2	2	4	vigilance sur le respect du maintien des réunions	2	8
		Défaut de communication entre les professionnels	Mise en place du DUI, cahier de transmission, compte-rendu de réunion, mails,	1	1	1		1	1
		Absence de réunion de debriefing suite à un incident/événement indésirable	Procédure événement indésirable	1	1	1		1	1
		Glissement de fonctions, dévalorisation de certaines fonctions	exemple de situation non trouvée	1	1	1		1	1

(1) **Gravité** : 1 = sans dommage / 2 = dommage modéré / 3 = dommage important / 4 = irréversibilité du dommage • (2) **Fréquence** : 1 = rare / 2 = occasionnel / 3 = souvent / 4 = toujours

(3) **Actions** : précisez court/moyen/long terme et le cas échéant, les cibles personnes accompagnées/personnel • (4) **Maîtrise du risque** : 1 = On sait faire face, bonne maîtrise / 2 = On a tout prévu / 3 = On est en alerte / 4 = On découvre le risque

Type de risque	Facteurs de risque	Risques	Actions déjà en place	Gravité ⁽¹⁾	Fréquence ⁽²⁾	Criticité (Gravité * Fréquence)	Actions à mettre en œuvre ⁽³⁾	Maîtrise du risque ⁽⁴⁾	Maîtrise * criticité
	Animation des équipes	Absence ou insuffisance des réunions avec l'encadrement	Réunion mensuelle	2	2	4	Vigilance à ne pas faire sauter une réunion	2	2
		Personnel non formé de manière régulière aux problématiques de maltraitance/ bientraitance	Actions de formations régulières	1	1	1		1	1
		Absence d'évaluation des acquis des formations	Attestation de formation, grille d'évaluation de progression professionnelle	1	1	1		1	1
Risques liés à la communication avec le patient et son entourage	Gestion des plaintes	Absence de système de recueil des plaintes	Mails des familles, SMS des personnes accompagnées	2	2	4	Formaliser la procédure	2	8
		Défaut d'information des usagers sur les voies de recours	Liste personnes qualifiées affichées, dans livret d'accueil	1	1	1		1	1
		Absence de réponse aux courriers de réclamations	Réponse par mail ou SMS	1	1	1		1	1
	Gestion des événements indésirables associés aux soins ou à la vie hospitalière	Absence d'outil de recueil et d'analyse des événements indésirables	Fiche d'évènement indésirable	1	1	1		1	1
		Défaut d'information de la personne accompagnée sur la survenue d'un événement indésirable et ses suites	Information de la personne	1	1	1		1	1

(1) **Gravité** : 1 = sans dommage / 2 = dommage modéré / 3 = dommage important / 4 = irréversibilité du dommage • (2) **Fréquence** : 1 = rare / 2 = occasionnel / 3 = souvent / 4 = toujours

(3) **Actions** : précisez court/moyen/long terme et le cas échéant, les cibles personnes accompagnées/personnel • (4) **Maîtrise du risque** : 1 = On sait faire face, bonne maîtrise / 2 = On a tout prévu / 3 = On est en alerte / 4 = On découvre le risque

Type de risque	Facteurs de risque	Risques	Actions déjà en place	Gravité ⁽¹⁾	Fréquence ⁽²⁾	Criticité (Gravité * Fréquence)	Actions à mettre en œuvre ⁽³⁾	Maîtrise du risque ⁽⁴⁾	Maîtrise * criticité
	Place des usagers et de l'entourage	Absence de réflexion sur la place de l'entourage dans l'accompagnement (enjeux et limites)	Entretien avec les familles	1	1	1		1	1
		Manque de communication avec l'entourage proche de la personne	Disponibilité des professionnels	1	1	1		1	1
		Manque d'identification de la personne de confiance	A faire	3	3	9	Procédure à faire	3	27
Risques liés à l'organisation du travail	Gestion du temps de travail	Absence de définition de l'organisation du travail	Horaires, organigramme, fonctions, tâches à effectuer	2	2	4	En cours d'élaboration	2	8
		Manque de lisibilité et de respect du planning dans les délais réglementaires	Les délais sont respectés	2	2	4	Etablissement travaille sur la procédure	2	8
		Dotations insuffisantes de personnels (jour et/ou nuit)	Contraintes liées au budget et au nombre de postes accordés	1	1	1		1	1
		Présence de personnels non adaptés à la charge de travail				0			0
		Vacances de postes/postes non pourvus	Un poste apprenti vacant	2	2	4		2	8
		Recours excessif à des personnels intérimaires	Pas de personnels intérimaires	1	1	1		1	1
	Défaillance des circuits d'information	Absence de supports de transmission ou multiplication des supports	Différents supports sont utilisés: mails, cahier de liaison	1	1	1		1	1
		Défaut de traçabilité	Traçabilité dans le cahier de liaison	3	3	9	Absence de DUI, informations difficiles à retrouver, vigilance des professionnels sur la traçabilité	3	27

(1) **Gravité** : 1 = sans dommage / 2 = dommage modéré / 3 = dommage important / 4 = irréversibilité du dommage • (2) **Fréquence** : 1 = rare / 2 = occasionnel / 3 = souvent / 4 = toujours

(3) **Actions** : précisez court/moyen/long terme et le cas échéant, les cibles personnes accompagnées/personnel • (4) **Maîtrise du risque** : 1 = On sait faire face, bonne maîtrise / 2 = On a tout prévu / 3 = On est en alerte / 4 = On découvre le risque

Type de risque	Facteurs de risque	Risques	Actions déjà en place	Gravité ⁽¹⁾	Fréquence ⁽²⁾	Criticité (Gravité * Fréquence)	Actions à mettre en œuvre ⁽³⁾	Maîtrise du risque ⁽⁴⁾	Maîtrise * criticité
	Défaillance des circuits d'information	Absence de dossier partagé	Actuellement pas de DUI	3	3	9	L'établissement recherche actuellement un DUI qui convient à son activité	3	27
		Absence de diffusion de consignes et protocoles	Notes de service, procédures	3	2	6	S'assurer de la prise de connaissance des informations par les professionnels	1	6
	Organisation du personnel de nuit	Absence d'organisation de roulement des équipes (jour/nuit)	Planning des professionnels, Personnels dédiés pour le jour ou la nuit	1	1	1		1	1
		Absence de réunion périodique de l'encadrement avec le personnel de nuit	Réunion mensuelle	1	1	1		1	1
		Non formalisation des échanges avec le personnel de jour (transmissions orales, réunions...)	Temps de transmission prévu, cahier de liaison, temps de réunion	1	1	1		1	1

(1) **Gravité** : 1 = sans dommage / 2 = dommage modéré / 3 = dommage important / 4 = irréversibilité du dommage • (2) **Fréquence** : 1 = rare / 2 = occasionnel / 3 = souvent / 4 = toujours

(3) **Actions** : précisez court/moyen/long terme et le cas échéant, les cibles personnes accompagnées/personnel • (4) **Maîtrise du risque** : 1 = On sait faire face, bonne maîtrise / 2 = On a tout prévu / 3 = On est en alerte / 4 = On découvre le risque

ANNEXE N°2

Cartographie des situations à risque de maltraitance en établissement

III. RISQUES LIÉS AUX CONDITIONS D'INSTALLATION

Type de risque	Facteurs de risque	Risques	Actions déjà en place	Gravité ⁽¹⁾	Fréquence ⁽²⁾	Criticité (Gravité * Fréquence)	Actions à mettre en œuvre ⁽³⁾	Maîtrise du risque ⁽⁴⁾	Maîtrise * criticité
Risques liés à adéquation des locaux et des équipements par rapport à la population accueillie	sécurité des locaux	Manque d'équipements ou défaillance (Interphone, vidéosurveillance, digicode, etc.)	Bâtiments équipés de digicode, badge d'accès	1	1	1		1	1
		Manque de sécurisation de l'accès aux locaux médicaux ou de soins	Infirmierie fermée à clé	1	1	1		1	1
		Sols non adaptés (glissants, gravier ne permettant pas le passage des fauteuils roulants, etc.)	Bâtiments adaptés pour les PMR	1	1	1		1	1
		Absence de barres d'appui	Barres d'appui dans les douches	1	1	1		1	1
		Défaut de maintenance des locaux	Registre de sécurité, devis et factures entreprises	1	1	1		1	1
		Locaux non sécurisés	Locaux fermés à clé avec badge d'accès	2	2	4	vigilance à tenir les portes d'entrée extérieures fermées	2	8
	Adaptation des locaux	Chambre individuelle exiguë	Chambre adaptée	1	1	1		1	1
		Changement de chambre à plusieurs reprises durant le séjour	Sur demande de la personne	1	1	1		1	1
		Absence de chambre à 2 lits ou communicante pour les couples pour le long séjour	Possibilité pour un couple de cohabiter	1	1	1		1	1

(1) **Gravité** : 1 = sans dommage / 2 = dommage modéré / 3 = dommage important / 4 = irréversibilité du dommage • (2) **Fréquence** : 1 = rare / 2 = occasionnel / 3 = souvent / 4 = toujours

(3) **Actions** : précisez court/moyen/long terme et le cas échéant, les cibles personnes accompagnées/personnel • (4) **Maîtrise du risque** : 1 = On sait faire face, bonne maîtrise / 2 = On a tout prévu / 3 = On est en alerte / 4 = On découvre le risque

Type de risque	Facteurs de risque	Risques	Actions déjà en place	Gravité ⁽¹⁾	Fréquence ⁽²⁾	Criticité (Gravité * Fréquence)	Actions à mettre en œuvre ⁽³⁾	Maîtrise du risque ⁽⁴⁾	Maîtrise * criticité
Risques liés à adéquation des locaux et des équipements par rapport à la population accueillie	Adaptation des locaux	Absence de sanitaires et douche individuels ou en nombre insuffisant	sanitaires individuels	1	1	1		1	1
		Espace insuffisant pour une accessibilité et une installation confortable pour une personne à mobilité réduite	Les personnes ont leur mobilier personnel. En cas de perte de mobilité, un changement de meuble peut être conseillé pour le passage d'un fauteuil roulant	1	1	1		1	1
		Locaux inadaptés ou insuffisants	Etablissement adapté	1	1	1		1	1
	Extérieurs	Absence d'espace de promenade et de détente	Espace extérieur aménagés avec terrasse	1	1	1		1	1
		Sols extérieurs inadaptés	Aménagement des chemins extérieurs pour passage fauteuil roulant	1	1	1		1	1
		Signalétique inadaptée	Bâtiments repérés	1	1	1		1	1
		Inadaptation du mobilier mis à disposition	Mobilier adapté et choisi par les professionnels et les personnes	1	1	1		1	1
		Inadaptation du système de régulation de la température ambiante	Thermostat régulateur de température, climatisation dans salle à manger	1	1	1		1	1
		Défaut de maintenance des équipements	Registre de sécurité, devis et factures entreprises	1	1	1		1	1

(1) **Gravité** : 1 = sans dommage / 2 = dommage modéré / 3 = dommage important / 4 = irréversibilité du dommage • (2) **Fréquence** : 1 = rare / 2 = occasionnel / 3 = souvent / 4 = toujours

(3) **Actions** : précisez court/moyen/long terme et le cas échéant, les cibles personnes accompagnées/personnel • (4) **Maîtrise du risque** : 1 = On sait faire face, bonne maîtrise / 2 = On a tout prévu / 3 = On est en alerte / 4 = On découvre le risque

Type de risque	Facteurs de risque	Risques	Actions déjà en place	Gravité ⁽¹⁾	Fréquence ⁽²⁾	Criticité (Gravité * Fréquence)	Actions à mettre en œuvre ⁽³⁾	Maîtrise du risque ⁽⁴⁾	Maîtrise * criticité
Politique des achats	Services économiques	Inadéquation des achats par rapport aux besoins	NON	1	1	1		1	1
		Matériels inadaptés	NON	1	1	1		1	1
		Quantités insuffisantes	NON	1	1	1		1	1
	Service financier	Contrôles de gestion inadéquats	Cabinet comptable, Commissaire aux comptes	1	1	1		1	1
Intervention des professionnels (services techniques, maintenance, biomédical, etc.)	Adaptation des interventions des professionnels des services supports	Inadaptation des moments d'intervention	Rendez-vous avec les entreprises en journée	1	1	1		1	1

(1) **Gravité** : 1 = sans dommage / 2 = dommage modéré / 3 = dommage important / 4 = irréversibilité du dommage • (2) **Fréquence** : 1 = rare / 2 = occasionnel / 3 = souvent / 4 = toujours

(3) **Actions** : précisez court/moyen/long terme et le cas échéant, les cibles personnes accompagnées/personnel • (4) **Maîtrise du risque** : 1 = On sait faire face, bonne maîtrise / 2 = On a tout prévu / 3 = On est en alerte / 4 = On découvre le risque

ID Action	Risque concerné	Action à mettre en œuvre	Responsable	Échéance	Statut	Indicateur de succès	Priorité	Commentaire
A1	Absence de réflexion éthique pluridisciplinaire	À définir	À affecter	JJ/MM/AAAA	À faire	% réalisation / conformité	À définir	
A2	Absence de la notion de bientraitance (vis-à-vis du personnel et des personnes accompagnées) dans le règlement intérieur	À définir	À affecter	JJ/MM/AAAA	À faire	% réalisation / conformité	À définir	
A3	Méconnaissance du règlement intérieur	À définir	À affecter	JJ/MM/AAAA	À faire	% réalisation / conformité	À définir	
A4	Management non adapté, absence de concertation	À définir	À affecter	JJ/MM/AAAA	À faire	% réalisation / conformité	À définir	
A5	Défaut de pilotage et de suivi du tableau de bord, absence d'indicateurs "Bientraitance"	À définir	À affecter	JJ/MM/AAAA	À faire	% réalisation / conformité	À définir	
A6	Conduites à tenir en cas de maltraitance inexistantes ou insuffisamment connues par les professionnels	À définir	À affecter	JJ/MM/AAAA	À faire	% réalisation / conformité	À définir	
A7	Manque d'identification de la personne de confiance	À définir	À affecter	JJ/MM/AAAA	À faire	% réalisation / conformité	À définir	
A8	Défaut de traçabilité	À définir	À affecter	JJ/MM/AAAA	À faire	% réalisation / conformité	À définir	
A9	Absence de dossier partagé	À définir	À affecter	JJ/MM/AAAA	À faire	% réalisation / conformité	À définir	

ANNEXE N°4

PLAN BLEU

ANNEXE N°5

Procédure Evènement Indésirable

► Objet :

Cette procédure a pour objet de définir les modalités de déclarations, d'analyse et de traitement des EI survenues au sein de l'établissement et ce, dans une démarche d'amélioration continue de la qualité. Elle vise à renforcer la protection des usagers vulnérables (personnes âgées et/ou en situation de handicap) accueillies dans les établissements et services médico-sociaux.

Pour rappel, l'expression "événement indésirable" désigne un possible risque insuffisamment maîtrisé. Il s'agit d'un accident, d'un incident, d'un risque d'incident ou d'un dysfonctionnement :

- Révélant un défaut dans l'organisation ou dans le fonctionnement.
- Entraînant ou non des conséquences néfastes pour la personne accompagnée ou son entourage, les professionnels de santé, le personnel de la structure, les intervenants ou les biens.

Le signalement d'un EI permet :

- De conserver l'historique d'un incident et des actions menées.
- D'éviter qu'un événement indésirable se reproduise.
- De combler les lacunes en proposant des axes d'amélioration.
- En fonction de la nature de l'EI, il peut être requalifié en Evènement Indésirable Grave (EIG) par le directeur et donner lieu à une déclaration aux Autorités (Agence Régionale de Santé : ARS).

► Qu'est-ce qu'un Évènement Indésirable Grave (EIG) ?

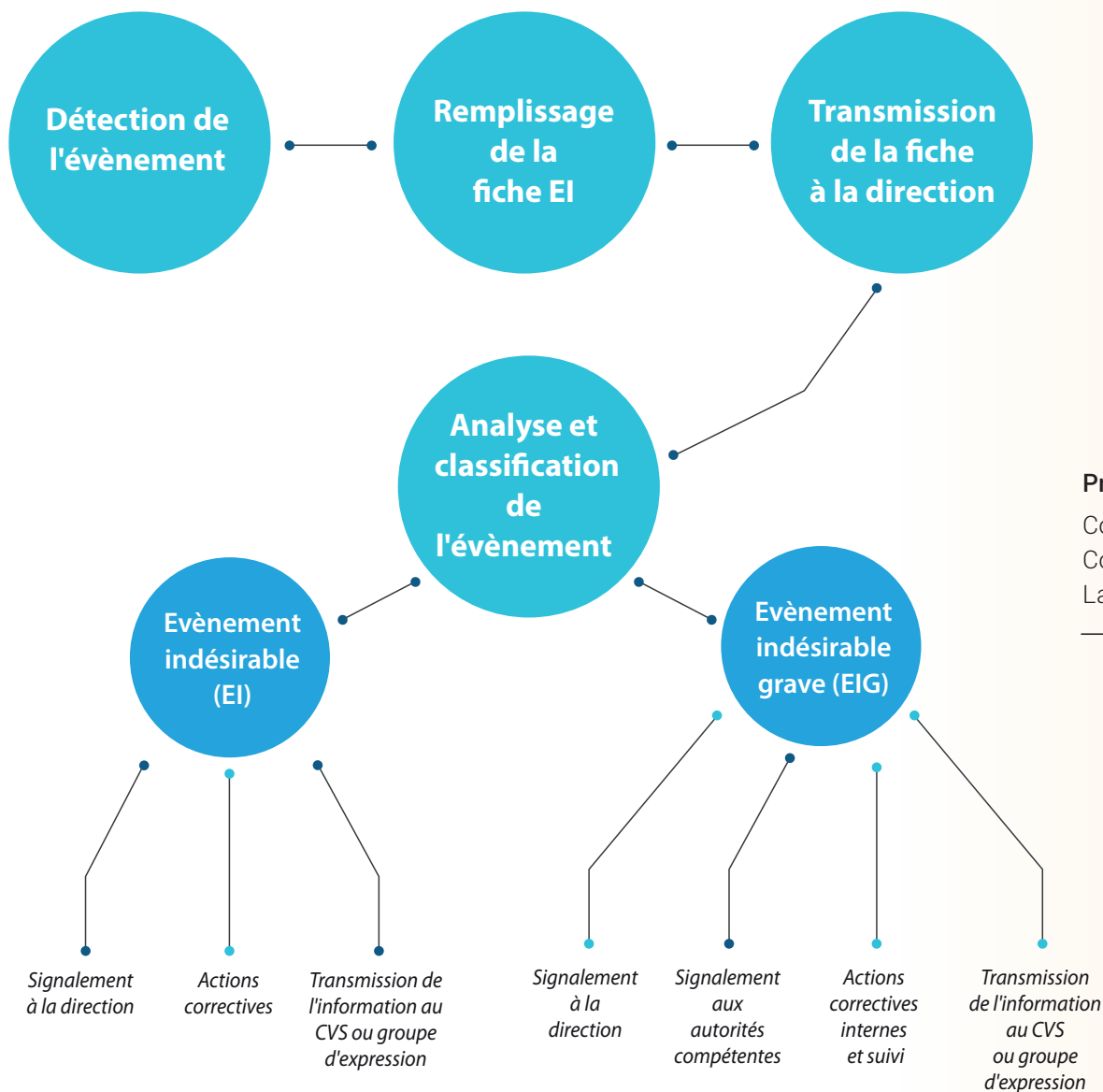
L'Arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales précise la nature des dysfonctionnements graves et des événements dont les autorités administratives doivent être informées. Mentionnés à l'article L. 331-8-1 du code de l'action sociale et des familles, ils sont définis de la façon suivante :

- Les sinistres et événements météorologiques exceptionnels ;
- Les accidents ou incidents liés à des défaillances d'équipement techniques de la structure et les événements en santé environnement ;
- Les perturbations dans l'organisation du travail et la gestion des ressources humaines ;
- Les accidents ou incidents liés à une erreur ou à un défaut de soin ou de surveillance ;
- Les situations de perturbation de l'organisation ou du fonctionnement de la structure liées à des difficultés relationnelles récurrentes avec la famille ou les proches d'une personne prise en charge, ou du fait d'autres personnes extérieures à la structure ;
- Les décès accidentels ou consécutifs à un défaut de surveillance ou de prise en charge d'une personne ;
- Les suicides et tentatives de suicide, au sein des structures, de personnes prises en charge ou de personnels ;
- Les situations de maltraitance à l'égard de personnes accueillies ou prises en charge ;
- Les disparitions de personnes accueillies en structure d'hébergement ou d'accueil, dès lors que les services de police ou de gendarmerie sont alertés ;
- Les comportements violents de la part d'usagers, à l'égard d'autres usagers ou à l'égard de professionnels, au sein de la structure, ainsi que les manquements graves au règlement du lieu d'hébergement ou d'accueil qui compromettent la prise en charge de ces personnes ou celle d'autres usagers ;
- Les actes de malveillance au sein de la structure.

Attention : Tout évènement indésirable survenu dans l'établissement doit être signalé à la direction dès que possible

► Description de la procédure et gestion des ei et eig

Logigramme



Procédure de déclaration

Compléter la fiche dans les meilleurs délais (si possible sous 24h).

Cocher autant de cases si cela est nécessaire.

La transmettre à la direction le plus rapidement possible.



Etablissement, service, lieu de vie, lieu d'accueil	
Date de la déclaration : Heure de la déclaration :	Téléphone n° : Fax n° :
Nom de la structure :	
Adresse de la structure :	Courriel :
Nom et qualité du déclarant :	
Autorité(s) administrative(s) informée(s) : ☐ ARS ☐ Préfet ☐ DDCS-PP ☐ Président du Conseil départemental	

Nature des faits :

Les exemples cités dans les catégories ci-après ne constituent pas une liste exhaustive, mais ont vocation à aider la structure à identifier les dysfonctionnements et les événements qui relèvent de l'article L. 331-8-1 du code de l'action sociale et des familles.

1. Sinistre ou événement météorologique (ex : inondation, tempête, incendie, rupture de fourniture d'électricité, d'eau...)	
2. Accident ou incident lié à une défaillance technique (ex : pannes prolongées d'électricité, de chauffage, d'ascenseur...) et événement en santé environnementale (ex : épidémie, intoxication ; légionelles ; maladies infectieuses...)	
3. Perturbation dans l'organisation du travail et la gestion des ressources humaines (ex : vacance de poste prolongée, notamment d'encadrement, difficulté de recrutement, absence imprévue de plusieurs personnels, turn over du personnel, grève..., mettant en difficulté la prise en charge ou la sécurité des personnes accueillies).	
4. Accident ou incident lié à une erreur ou à un défaut de soin ou de surveillance (ex : erreur de distribution de médicament, traitement inadapté, retard dans la prise en charge ou le traitement apporté...)	
5. Perturbation de l'organisation ou du fonctionnement liée à des difficultés relationnelles récurrentes avec une famille ou des proches ou du fait d'autres personnes extérieures à la structure (ex : conflit important sur la prise en charge d'une personne, menaces répétées, demandes inadaptées, défiance à l'encontre du personnel, activités illicites...)	

6. Décès accidentel ou consécutif à un défaut de surveillance ou de prise en charge d'une personne <i>(ex : suite à une chute, un accident de contention, ...)</i>	
7. Suicide ou tentative de suicide	
8. Situation de maltraitance envers les usagers <i>(ex : violence physique, psychologique ou morale, agression sexuelle, négligence grave, privation de droit, vol, comportement d'emprise, isolement vis-à-vis des proches, défaut d'adaptation des équipements nécessaires aux personnes à mobilité réduite...)</i>	
9. Disparition inquiétante <i>(ex. : disparition entraînant la mobilisation des services de police ou de gendarmerie pour rechercher la personne)</i>	
10. Comportement violent de la part des usagers envers d'autres usagers ou du personnel, au sein de la structure, <i>(ex. : agressivité, menaces, violence physique, agression sexuelle, ...)</i> ainsi que manquement grave au règlement de fonctionnement <i>(ex. : non-respect des règles de vie, pratiques ou comportements inadaptés ou délictueux...)</i>	
11. Actes de malveillance au sein de la structure <i>(ex. : détérioration volontaire de locaux, d'équipement ou de matériel, vol...)</i>	
12. Autre (précisez)	

Circonstances et déroulement des faits :

(Préciser notamment la date et l'heure des faits et de leur constatation)

Nombre de personnes victimes ou exposées :**Conséquences constatées au moment de la transmission de l'information****Pour la ou les personnes prises en charge**

(par exemple : décès, hospitalisation, blessure, aggravation de l'état de santé, changement de comportement ou d'humeur...) :

Pour les personnels

(par exemple : empêchement de venir sur le lieu de travail, arrêt maladie, réquisition...)

Pour l'organisation et le fonctionnement de la structure

(par exemple : difficulté d'approvisionnement, difficulté d'accès à la structure ou sur le lieu de prise en charge de la personne, nécessité de déplacer des résidents, suspension d'activité...)

Demande d'intervention des secours

(pompiers, SAMU, police, gendarmerie...)

☐ Oui (préciser) ☐ Non

Mesures immédiates prises par la structure

Pour protéger, accompagner ou soutenir les personnes victimes ou exposées

Pour assurer la continuité de la prise en charge, le cas échéant

A l'égard des autres personnes prises en charge ou du personnel, le cas échéant

(ex. : information à l'ensemble des usagers, soutien psychologique...)

Information des personnes concernées, des familles et des proches

sous réserve de l'accord de la personne concernée selon la nature des faits

Dispositions prises ou envisagées par la structure

Concernant les usagers ou les résidents (par exemple : adaptation des soins ou de la prise en charge, révision du projet de soins, soutien, transfert, fin de prise en charge...)	
Concernant le personnel (par exemple : formation, sensibilisation, soutien, mesure conservatoire, mesure disciplinaire...)	
Concernant l'organisation du travail (par exemple : révision du planning, des procédures...)	
Concernant la structure (par exemple : aménagement ou réparation des locaux ou équipements, information ou communication interne et/ou externe, demande d'aide ou d'appui, notamment à l'autorité administrative, activation d'une cellule de crise, activation d'un plan...)	

Suites administratives ou judiciaires
(indiquer les coordonnées des structures saisies et la date)

☐ Enquête de police ou de gendarmerie	
☐ Dépôt de plainte	
☐ Signalement au procureur de la République	

**Evolutions prévisibles
ou difficultés attendues**

Répercussions médiatiques

Le dysfonctionnement ou l'événement mentionné à l'article L.331-8-1 du code de l'action sociale et des familles peut-il avoir un impact médiatique ?

☐ Oui ☐ Non

Les médias sont-ils déjà informés de ces faits ? ☐ Oui ☐ Non

Communication effectuée ou prévue ? ☐ Oui ☐ Non

si oui, préciser :

.....

.....

Signature du signalant
(Préciser nom, prénom et fonction)

ANNEXE N°6

Procédure Plaintes et Réclamations

► Objectif :

La gestion des plaintes et réclamations fait partie des droits des personnes accompagnées. Nous devons organiser son recueil, sa traçabilité et son traitement.

► Principe, mode opératoire

L'équipe éducative encourage les résidents désireux de formuler une plainte de la formaliser par écrit et de l'adresser à l'intention du directeur. La plainte fait l'objet d'un enregistrement via le tableau de suivi indésirable qui permet le suivi du traitement des signalements et plaintes. Un partage est réalisé en CVS ou lors des groupes d'expression.



Formulaire de plainte / réclamation :

Nom et prénom de la personne à l'origine de la plainte / réclamation :
(Peut être anonyme si souhaité)

Lien avec l'établissement :

☐ Usager ☐ Représentant légal ☐ Famille/ Proche ☐ Professionnel

☐ Autre (préciser) :

Date de l'événement ou du fait concerné :

Lieu concerné :

Objet de la plainte/ réclamation (sujet principal) :

☐ Accueil ☐ Communication ☐ Prise en charge ☐ Soins ☐ Hygiène ☐ Sécurité

☐ Respect des droits ☐ Locaux/ Logistique ☐ Autre (préciser) :

Description des faits :

(Merci de décrire de façon aussi précise que possible, ce que vous souhaitez signaler)

Souhaits ou attentes concernant le traitement de cette plainte / réclamation :

RÉSERVÉ À L'ÉTABLISSEMENT

Référence de la plainte/ réclamation :

Date de réception :

Nom du professionnel ayant réceptionné la plainte :

Traitement engagé :

☐ Accusé de réception adressé (date : ____ / ____ / ____)

☐ Analyse réalisée par l'équipe / Direction

☐ Réponse transmise au déclarant (date : ____ / ____ / ____)

☐ Action(s) corrective(s) mise(s) en oeuvre :

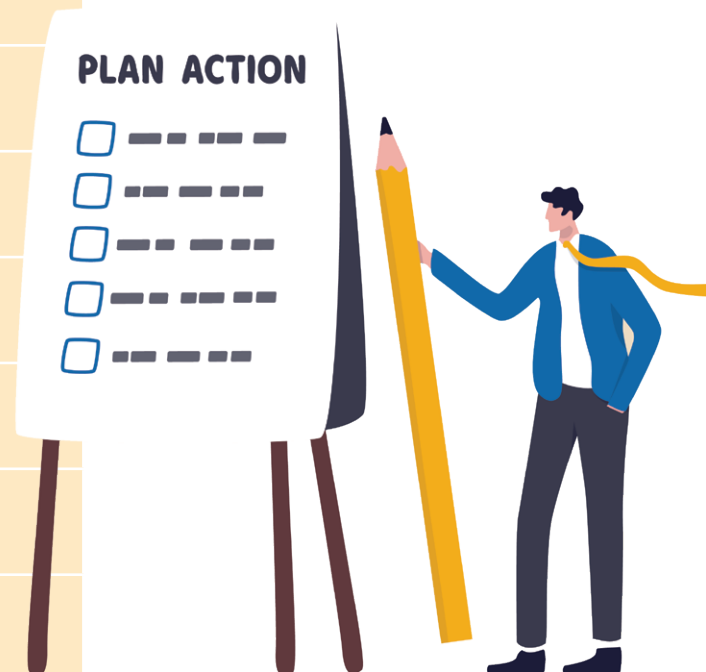
Date de clôture du dossier : ____ / ____ / ____

Nom et fonction du responsable du suivi :

PLAN D'ACTION

► Plan d'action :

FOYER D'HEBERGEMENT
Fiche action n°1 : Règlement de fonctionnement CVS
Fiche action n°2 : Procédure fugue/disparition
Fiche action n°3 : Formation Harcèlement/abus de faiblesse
Fiche action n°4 : Formation Repérage radicalisation/prosélytisme
Fiche action n°5 : Information Protection du lanceur d'alerte
Fiche action n°6 : Qualité de vie au travail
Fiche action n°7 : Tableau de bord des risques de maltraitance
Fiche action n°8 : Réflexion autour de l'organisation du quotidien



► Les fiches actions N°1 et N°2

FICHE ACTION N°1		REGLEMENT DE FONCTIONNEMENT DU CVS	
Problématique	L'établissement n'a pas de CVS. Un PV de carence existe.		
Objectifs	Elaborer un règlement de fonctionnement conformément à la loi 2002-2 et au décret n°2022-688 du 25 avril 2022 portant modification du Conseil de la vie sociale et autres commission des personnes accompagnées		
Enjeux : Pouvoir mettre en place un CVS ou un groupe d'expression répondant au cadre législatif			
Équipe mobilisée			
Responsable institutionnel	Responsable de l'action	Personnes concernées	Partenaires
Moyens à mettre en œuvre - Groupe de travail - Elaboration du règlement			
Documents de référence à mobiliser - Loi du 2 janvier 2002 - Décret n° 2022-688 du 25 avril 2022 portant modification du conseil de la vie sociale et autres formes de participation - Fiche HAS : L'obligation de mise en place d'un conseil de la vie sociale (CVS) Précisions réglementaires et méthodologiques - RBPP : Améliorer la participation des usagers dans les commissions des usagers et les conseils de la vie sociale			
Echéancier : Année 2026			
Indicateurs de suivi : Règlement de fonctionnement CVS Comptes-rendus du groupe de travail Organisation d'élection pour le CVS			
Analyse globale			

FICHE ACTION N°2		PROCEDURE FUGUE ET DISPARITION	
Problématique	Lors d'une sortie, un résident a été « oublié ». La direction a été informée tardivement de la situation.		
Objectifs	Une procédure pour les professionnels afin qu'ils agissent rapidement dès le constat d'une fugue ou d'une disparition		
Enjeux : Réagir et alerter le plus rapidement possible afin de limiter le danger lors d'une disparition ou d'une fugue			
Équipe mobilisée			
Responsable institutionnel	Responsable de l'action	Personnes concernées	Partenaires
Moyens à mettre en œuvre • Réflexion autour de la notion de fugue et de disparition • Repérer les personnes à risque • Procédure lors des sorties			
Documents de référence à mobiliser			
Echéancier : Année 2026			
Indicateurs de suivi :			
Analyse globale			

► Les fiches actions N°3 et N°4

FICHE ACTION N°3		FORMATION HARCELEMENT /ABUS DE FAIBLESSE	
Problématique	Les personnes accompagnées utilisent les réseaux sociaux sans en connaître obligatoirement les dangers. Pour les professionnels, pouvoir repérer les personnes en situation d'abus de faiblesse ou de harcèlement que ce soit par l'entourage ou par les réseaux		
Objectifs	Connaissance des risques		
Enjeux : Pouvoir repérer une personne potentiellement en danger			
Équipe mobilisée			
Responsable institutionnel	Responsable de l'action	Personnes concernées	Partenaires
Moyens à mettre en œuvre - Formation pour les salariés - Formation pour les personnes accompagnées sur les risques des réseaux sociaux			
Documents de référence à mobiliser			
Echéancier : A voir			
Indicateurs de suivi :			
Analyse globale			

FICHE ACTION N°4	FORMATION REPERAGE DES RISQUES DE RADICALISATION/PROSELYTISME		
Problématique	Les personnes accompagnées sont vulnérables. Elles utilisent les réseaux sociaux et peuvent se laisser convaincre par des idéologies politiques ou religieuses radicales.		
Objectifs	Pouvoir repérer une personne en voie de radicalisation ou faisant du prosélytisme politique ou religieux dans les établissements.		
Enjeux : Eviter les risques de radicalisation			
Équipe mobilisée			
Responsable institutionnel	Responsable de l'action	Personnes concernées	Partenaires
Moyens à mettre en œuvre			
• Actions de formation pour les professionnels • Information pour les personnes accompagnées			
Documents de référence à mobiliser			
• INSTRUCTION N° SG/HFDS/DGCS/2017/219 du 4 juillet 2017 relative aux mesures de sécurisation dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux			
Echéancier : Année 2026/2027			
Indicateurs de suivi :			
• Contrat de formation/attestation de formation			
Analyse globale			

► Les fiches actions N°5 et N°6

FICHE ACTION N°5	INFORMATION PROTECTION DU LANCEUR D'ALERTE		
Problématique	Méconnaissance de la protection du lanceur d'alerte		
Objectifs	Informer l'ensemble des salariés sur la protection du lanceur d'alerte		
Enjeux : Les salariés doivent savoir qu'ils sont protégés s'ils dénoncent des faits de maltraitance			
Équipe mobilisée			
Responsable institutionnel	Responsable de l'action	Personnes concernées	Partenaires
Moyens à mettre en œuvre - Afficher l'information - Ajouter l'information dans le règlement intérieur des salariés			
Documents de référence à mobiliser Texte de loi			
Echéancier : Rapidement			
Indicateurs de suivi : Nouveau règlement intérieur/affichage de l'information			
Analyse globale			

FICHE ACTION N°6	QUALITE DE VIE AU TRAVAIL		
Problématique	Il existe peu d'actions concernant la QVT au sein des établissements.		
Objectifs	Mettre en place une politique de Qualité de Vie au travail		
Enjeux : La Qualité de Vie au travail est aujourd'hui un élément essentiel pour améliorer l bien-être des professionnels, leur motivation et leur engagement.			
Équipe mobilisée			
Responsable institutionnel	Responsable de l'action	Personnes concernées	Partenaires
Moyens à mettre en œuvre A voir			
Documents de référence à mobiliser Documents INRS			
Echéancier : dans les 5 ans à venir			
Indicateurs de suivi :			
Analyse globale			

► Les fiches actions N°7 et N°8

FICHE ACTION N°7		TABLEAU DE BORD RISQUES DE MALTRAITANCE	
Problématique	La cartographie des risques de maltraitance identifie différents risques.		
Objectifs	Réduire les risques de maltraitance identifiés		
Enjeux : Assurer un accompagnement bientraitant aux personnes accompagnées par nos établissements			
Équipe mobilisée			
Responsable institutionnel	Responsable de l'action	Personnes concernées	Partenaires
Moyens à mettre en œuvre - Groupe de travail - Mise à jour ou élaboration des procédures manquantes - Transmettre les informations à l'ensemble des professionnels, des personnes accompagnées et leur entourage - Travailler sur la notion d'éthique - Réflexion autour de la mise en place de groupe d'analyse de la pratique			
Documents de référence à mobiliser - RBPP : La Bientraitance : définition et repères pour la mise en oeuvre - Fiche HAS : La personne de confiance			
Echéancier : Année 2026			
Indicateurs de suivi : Actions à mettre en place soldées			
Analyse globale			

FICHE ACTION N°8	REFLEXION AUTOUR DE L'ORGANISATION DU QUOTIDIEN		
Problématique	Un écart se creuse entre les personnes accompagnées jeunes et vieillissantes.		
Objectifs	Aménager le quotidien de manière satisfaisante pour tous (personnes accompagnées et professionnels).		
Enjeux : L'établissement doit rester bientraitant pour les personnes accompagnées en respectant leur rythme de vie. Nous devons éviter aux professionnels de s'épuiser et d'agir dans le stress et la pression.			
Équipe mobilisée			
Responsable institutionnel	Responsable de l'action	Personnes concernées	Partenaires
Moyens à mettre en œuvre - Groupes de travail - Enquêtes pour les résidents, les familles, les professionnels - Inclure le Conseil d'Administration dans la réflexion			
Documents de référence à mobiliser - RBPP : L'adaptation de l'intervention auprès de la personne handicapée vieillissante - RBPP : Les « comportements-Problèmes » : prévention et réponses - RBPP : Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement - RBPP : L'adaptation de l'intervention auprès des personnes handicapées vieillissantes			
Echéancier : Année 2027/2028			
Indicateurs de suivi : Nombres de réunions du ou des groupes de travail/ Comptes-rendus des groupes de travail/ Résultats et analyses des enquêtes			
Analyse globale			



📍 41 rue des Pins, 88120 SAINT-AME ☎️ 03 29 61 26 85 ✉️ contact@foyer-tremplin.com 🌐 foyer-tremplin.com