



**PROJET D'ETABLISSEMENT
DES APPARTEMENTS DE COORDINATION THERAPEUTIQUE
2019-2024**

I-Présentation de l'association porteuse des appartements de coordination thérapeutique

1-1 L'histoire de l'association gestionnaire

L'ANEF pour Association Nationale d'Entraide Féminine, est une association loi 1901, d'abord inscrite à l'échelon national avant de se redéfinir sur des échelons départementaux. L'ANEF est créée en 1952 par Marguerite-Marie MICHELIN, qui, déportée à Ravensbrück, pour des faits d'actes de résistance, considère avoir été sauvée par la mise en œuvre d'une solidarité entre femmes issues d'origines sociales différentes.

L'objet de l'ANEF est de « *travailler à la réadaptation sociale de personnes... se trouvant inadaptées ou en danger moral... et de contribuer à leur développement culturel et à l'équilibre de leur vie personnelle et sociale* » (extrait des statuts déposés en 1952).

La section d'Aurillac est créée pour sa part en 1957.

L'association ANEF est reconnue d'utilité publique en 1968. Elle élargit son action aux jeunes hommes, modifiant ses statuts en 1976, pour devenir : « Association nationale d'entraide dite ANEF ».

Les évolutions sociétales, la politique de décentralisation de l'action sociale incitent l'ANEF dans les années 2000, à des changements d'organisation et de statuts. Les sections locales aspirent à leur autonomie et s'engagent dans un mouvement fédéraliste. Elles se transforment en association ANEF locales de plein exercice avec acquisition de l'autonomie juridique et l'adhésion à la fédération nationale ANEF.

L'ANEF Cantal est déclarée en Préfecture le 3 décembre 2007.

Au 31 décembre 2018, l'ANEF Cantal emploie 55 salariés en CDI.

1-2 Le projet associatif

L'association est attentive aux problématiques sociales des populations en difficultés dans le département du Cantal, ses professionnels adhèrent aux valeurs portées par l'association :

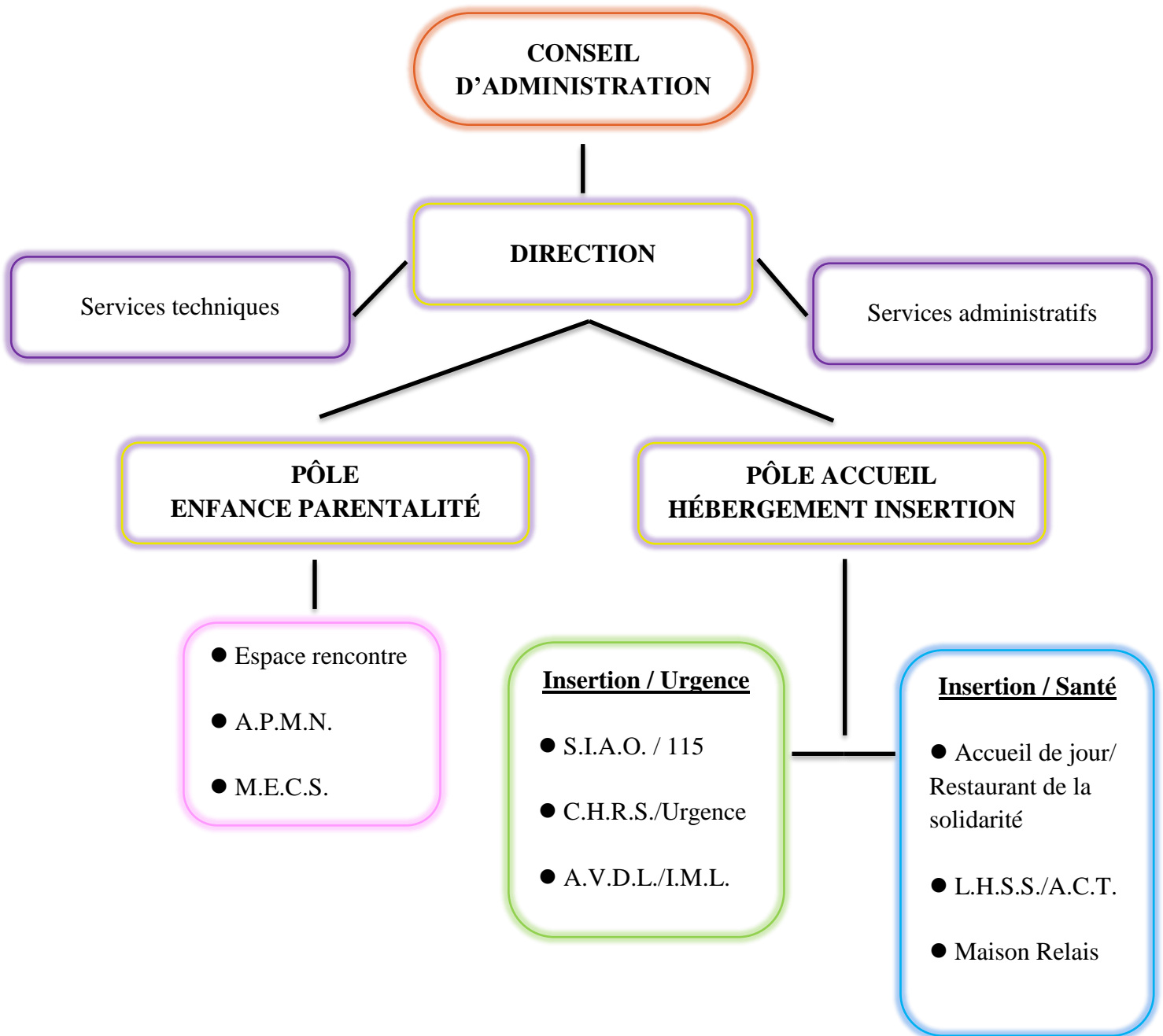
- Combattre toutes formes d'exclusion,
- Respecter toutes personnes quelles que soient ses origines culturelles ou sociales,
- Reconnaître un potentiel d'évolution en chacun,
- Mettre en œuvre la solidarité entre personnes au sein de la société.

L'accompagnement se base sur la reconnaissance du potentiel d'évolution de toute personne accueillie pour promouvoir ses propres compétences et ressources.

L'association est structurée en deux pôles d'activité : Enfance/Parentalité et Accueil Hébergement et Insertion (AHI).



ORGANIGRAMME FONCTIONNEL de l'ANEF Cantal



Le pôle Enfance/Parentalité comprend:

- Une MECS de 10 places pour jeunes filles,
- Un service polyvalent de mesures à la fois de milieu ouvert de type AED et AEMO renforcée et de placements,
- Un espace rencontre.

I-3 Présentation du pôle Accueil hébergement insertion/ santé

Le pôle s'est structuré conformément au référentiel de l'Accueil de l'Hébergement et de l'Insertion de la DIHAL. Il met en œuvre une aide globale, qualifiée et adaptée, aussi longtemps que nécessaire.

Il se réfère à des missions principales:

- Un accueil immédiat et sans discrimination pour ceux dont la situation relève de l'urgence sociale,
- Un accompagnement pour permettre aux personnes de sortir de la gestion de crise que constitue l'urgence en mobilisant leurs moyens.

Il fait sien les principes du secteur :

- L'égalité de traitement,
- L'inconditionnalité de l'accueil,
- L'aller vers,
- La continuité de la prise en charge,
- L'évaluation sociale, médicale et psychique,
- L'accompagnement,
- La garantie d'une adéquation optimale de l'accompagnement proposé avec la situation et les besoins de la personne,
- La participation des personnes,
- La construction d'une réponse adaptée et co-construite,
- L'orientation vers le logement.

Il comprend :

- Le SIAO de vocation départementale, auquel sont rattachées les activités du 115 et de la maraude. Le SIAO est une plate-forme unique qui doit favoriser la transition de l'urgence vers l'insertion et garantir la nécessaire fluidité vers le logement. Le SIAO centralise l'ensemble des demandes d'admission vers les établissements d'hébergement (urgence et insertion), vers les logements accompagnés et adaptés mais aussi les places relevant des LHSS et des futurs ACT du Cantal.

- Un Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale de 62 places, réparties entre l'urgence et l'insertion sur Aurillac et sur Saint-Flour,
- Un service mettant en œuvre des mesures d'Accompagnement Vers et Dans le Logement dit AVDL, et d'intermédiation locative (IML),

La dimension santé du pôle AHI permet de regrouper:

- L'accueil de jour,
- Le restaurant de la solidarité,
- Les Lits Halte Soins Santé pour 4 places,
- Les 4 Appartements de Coordination Thérapeutique,
- Une maison relais de 20 places.

Une convention avec le SPIP vient étoffer ce dispositif généraliste et permet une prise en charge spécifique et ciblée des personnes placées sous-main de justice.

L'ANEF Cantal répond également en proposant des solutions en termes d'hébergement et d'accompagnement aux femmes victimes de violence au sein du couple. L'ANEF Cantal peut également être mobilisée pour répondre d'un besoin en terme d'éloignement de l'auteur de violence au sein du couple.

II- Cadre réglementaire relatif aux appartements de coordination thérapeutique

La loi 2002-2 du 2 janvier 2002 a permis de pérenniser le dispositif national des ACT en mettant fin au statut expérimental en vigueur depuis 1994 et en l'intégrant dans le cadre des ESMS financés par l'assurance maladie selon les dispositions de la loi 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale.

Les ACT relèvent désormais de la neuvième catégorie d'établissement médico-sociaux énumérés à l'article L 312-1-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF).

Décret N° 2002- 1227 du 3 octobre 2002,

Circulaire DGS SD6/A/DGAS/DSS/2002/551 du 30 octobre 2002,

Article L 312-1-9° du CASF,

Article D 312- 154 du CASF:

"Les appartements de coordination thérapeutique prévus au 9° du I de l'article [L. 312-1](#) fonctionnent sans interruption et hébergent à titre temporaire des personnes en situation de fragilité psychologique et sociale et nécessitant des soins et un suivi médical, de manière à assurer le suivi et la coordination des soins, à garantir l'observance des traitements et à permettre un accompagnement psychologique et une aide à l'insertion."

Article R 174- 5-2 du Code de la Sécurité Sociale,

Les dispositions d'ordre général en matière d'organisation et de fonctionnement des établissements médico-sociaux sont applicables aux ACT:

A ce titre, le code de l'action sociale et des familles, définit les droits des personnes accompagnées:

- Articles R. 311-1 et R. 311-2 (personne qualifiée)
- Articles R. 311-33 à R 311-37 (règlement de fonctionnement)
- Articles D. 311-3 à D. 311-32 (conseil de vie sociale et autres formes de participation)
- Article D. 311 (contrat de séjour ou document individuel de prise en charge)
- Article R. 311-8 (projet d'établissement).

II-1- Les éléments de contexte, les caractéristiques du territoire

II-1-1- Le territoire du Cantal

Le Cantal est un département peu peuplé (145 800 habitants au dernier recensement de l'INSEE) inscrit sur un territoire à dominante rurale où vit une population plus âgée ce en comparaison de la dynamique régionale et nationale. Ce département présente un solde naturel négatif. Le revenu médian des habitants est le plus faible de la région. L'espérance de vie à la naissance dans le Cantal est l'une des plus basses de la région Auvergne-Rhône-Alpes (ARA). Le département est également marqué par une surmortalité prématurée (décès avant l'âge de 65 ans). Les données de santé du guide régional stratégie et parcours de décembre 2017, mettent en exergue qu'environ la moitié des décès prématurés, pourrait être évitée, soit par une amélioration du système de soins, soit par une diminution des facteurs de risques individuels.

II-1- 2 Les enjeux en matière de santé et plus particulièrement liés aux maladies chroniques

Les données épidémiologiques sont explicites en ce qui concerne les inégalités sociales en matière de santé en termes à la fois de mortalité et de durée de survie : la catégorie sociale est un facteur réellement discriminant tout au long d'un gradient social progressif des plus démunis aux plus aisés...

S'attaquer aux inégalités territoriales, sociales, culturelles de santé est donc un enjeu majeur.

Les données de santé fournies par le guide régional ARA stratégie et parcours de décembre 2017, révèlent que le taux standardisé de personnes affiliées au régime général de la Sécurité Sociale présentant au moins une affection de longue durée (ALD) est plus important dans le Cantal qu'au niveau régional ou national (21% contre 17% au niveau régional).

Le projet de Schéma Régional de Santé rappelle que les personnes souffrant de maladies chroniques en général sont inscrites dans un parcours de soins. Par définition une maladie chronique va s'inscrire sur une longue durée. La maladie peut évoluer de différentes façons :

- Elle peut s'aggraver plus ou moins rapidement,
- Elle peut se stabiliser,

- Elle peut s'organiser sur des périodes de poussées qui alternent avec des périodes de rémission.

Les enjeux de coordination des professionnels de santé sont plus manifestes pour les patients en situation de chronicité car ceux-ci nécessitent l'intervention de nombreux acteurs et la mise en œuvre de protocoles de coopérations et de délégations de tâches entre les professionnels de santé. Le parcours de santé est rendu complexe lorsque l'état de santé, le handicap ou la situation sociale du patient rendent nécessaire l'intervention de plusieurs catégories de professionnels de santé, sociaux ou médico-sociaux.

Parallèlement, le projet de schéma régional de santé identifie des moyens d'actions visant à éviter ou réduire les conséquences invalidantes de la maladie chronique. À ce titre, figure la promotion de l'activité physique dans les établissements médico-sociaux et les actions d'information et d'éducation à la santé, notamment en matière d'addictions et de sexualité.

Le projet de schéma entend également affirmer le rôle de l'usager comme acteur de son parcours de santé. Il s'agit ici de permettre à chacun de prendre des décisions éclairées concernant sa propre santé, renforcer la représentation et le rôle de l'expertise des usagers et des citoyens dans le système de santé. Le constat est fait désormais que les personnes malades revendiquent leur droit à être pleinement associées aux décisions thérapeutiques qui les concernent. Elles réaffirment leurs besoins d'être informées et écoutées par les soignants.

La stratégie nationale de santé sexuelle dans son agenda 2017- 2030 décline l'objectif d'en finir avec le SIDA d'ici 2030 et faire en sorte que 95% de l'ensemble des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut VIH, que 95% des personnes qui connaissent leur séropositivité au VIH aient accès à un traitement et que 95 % des personnes sous traitement aient une charge virale supprimée d'ici 2020. Il s'agit également de permettre l'accès à des traitements efficaces à toutes les personnes vivant avec le VIH ou le VHC par des stratégies visant à optimiser l'adhésion au traitement/observance, l'accessibilité ainsi que la continuité des soins.

Près de 350 000 personnes se voient diagnostiquer un cancer par an. Les cancers représentent la première cause de mortalité prématurée et la première cause de mortalité évitable. Il est en effet estimé, selon les données accessibles sur le plan cancer 2014-2019, que 80 000 décès pourraient être évités chaque année par des démarches de prévention individuelle et collective. L'augmentation du nombre de cancers associée à la diminution de la mortalité aboutit à un nombre de plus en plus conséquent de personnes au sein de la population française qui ont un cancer ou en ont guéri. Elles sont près de trois millions aujourd'hui. Les progrès réalisés dans le diagnostic et les traitements du cancer ont permis de faire reculer la mortalité par cancer. De plus en plus, les cancers sont des maladies avec lesquelles on peut vivre et dont on peut guérir. Le plan cancer affirme la nécessité de préserver la continuité et la qualité de vie en s'attachant à limiter les conséquences sociales et économiques de la maladie.

Il reste toutefois une épreuve difficile sur le plan physique et psychologique. Le cancer peut engendrer une précarité sociale, la difficulté du maintien ou du retour à l'emploi concerne de plus en plus de personnes. De fait, les difficultés sociales sont rendues de plus en plus aigües dans un contexte positif qui amènent les personnes à vivre avec une maladie qui se chronicise.

Les prises en charge qui en découlent appellent une coordination accrue entre les professionnels de santé et le cas échéant avec les acteurs du champ social et médico-social.

Garantir à chaque personne l'accès à une prise en charge de qualité, quels que soient son lieu de résidence, la gravité de sa maladie et la complexité potentielle de son traitement, est un objectif d'équité du plan.

Les ACT répondent de cette nécessité de maintien du parcours de santé de situations dites complexes. Le dispositif des appartements de coordination thérapeutique représente ici une instance de coordination pour des personnes présentant une pathologie chronique lourde en situation de vulnérabilité, du fait d'une précarité sociale et psychologique.

II-2- Caractéristiques générales des appartements de coordination thérapeutique

Ce dispositif

- Assure une prise en charge de la personne à travers une coordination médicale, psychologique et sociale mise en œuvre par une équipe pluridisciplinaire comprenant un temps de médecin,
- Est inscrit dans un travail de coordination et de maillage partenarial,
- S'adresse à un public en situation de fragilité qui nécessite des soins et un suivi médical,
- S'adresse à un public seul ou en couple, avec ou sans enfant,
- S'adresse à un public rencontrant des difficultés financières et sociales,
- Fonctionne toute l'année, optimisant en cela l'accompagnement médical, psychologique et social,
- Permet un accompagnement à la fois global et personnalisé. Il vise entre autre, l'accès ou le maintien des soins, l'observance thérapeutique à travers l'éducation thérapeutique du patient, l'ouverture ou le maintien des droits ainsi qu'une insertion sociale, un accompagnement à l'insertion professionnelle peut également être prévu,
- L'accompagnement personnalisé est formalisé à travers un contrat de séjour et ses avenants sous la forme du projet personnalisé. Cet accompagnement se décline entre autre à travers des visites au domicile.

II- 2-1 Agrément

L'arrêté d'autorisation est délivré pour une durée de quinze ans à compter du 24 octobre 2018. Son renouvellement sera subordonné aux résultats de l'évaluation externe. (voir partie relative à la démarche qualité et à l'évaluation).

Numéro d'entité juridique des ACT :, enregistré au Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux (FINESS):

La mise en œuvre de l'autorisation a été subordonnée au résultat de la visite de conformité qui s'est déroulée le :

II- 2-2- Missions et objectifs des appartements de coordination thérapeutique

Les appartements de coordination thérapeutique ont pour missions de permettre une amélioration de la qualité de vie des bénéficiaires et retrouver une insertion sociale satisfaisante.

Ces objectifs généraux se déclinent en objectifs opérationnels :

- Permettre une bonne observance du suivi et du traitement,
- Permettre à la personne de mieux comprendre et de mieux vivre avec sa pathologie,
- Permettre de retrouver une image de soi positive,
- Permettre un retour ou un maintien dans l'activité.

II- 2- 3 Public accompagné et besoins à satisfaire

Les ACT apportent une réponse adaptée aux besoins des personnes malades du VIH/SIDA, mais aussi des personnes atteintes de pathologies chroniques sévères : diabète, hépatite, insuffisance rénale, maladies chroniques du foie et cirrhose, pathologies mentales...

Une maladie chronique est une affection de longue durée avec des effets plus ou moins sévères sur les capacités physiques, cognitives ou psychiques. La maladie peut engendrer des difficultés sociales (perte d'emploi). La précarité sociale (absence de logement, isolement) peut générer une dégradation de l'état de santé.

De par leur articulation médicale et sociale, les ACT permettent de construire le projet personnalisé le plus adapté pour recouvrer une autonomie satisfaisante tant du point de vue médical que social.

Les personnes accueillies en ACT peuvent être des personnes adultes, seules ou en couples, avec ou sans enfant.

Le rapport d'activité annuel produit sera attentif aux évolutions du public accueilli.

II- 2- 4- Implantation des ACT

L'équipe des ACT dispose de bureaux situés au 106 avenue de Conthe à Aurillac.

Les quatre logements loués auprès du bailleur Polygone sont situés à Aurillac.

- un logement type 3 situé 12 place d'Aurinques, Bat 1, à Aurillac,
- Un logement type 1 situé 8 rue Saint Jacques, Bat E, à Aurillac,
- Un logement de type 1 situé Place Saint Etienne, Bat 1 à aurillac
- Un logement type

II- 2- 5- Fonctionnement des ACT

Les ACT fonctionnent 365 jours par an.

L'organisation repose sur une mutualisation des professionnels des deux dispositifs : LHSS et ACT.

Cette mutualisation se met en œuvre dans le respect des missions de chaque dispositif.

L'accompagnement en ACT se conçoit sur trois versants : médical, social et psychologique. Ces trois niveaux de qualification sont donc mobilisés pour la mise en œuvre des prestations.

Les intervenants de terrain forment donc une seule et même équipe constituée comme suit:

- D'un médecin à 0,15 ETP
- D'une IDE à 1 ETP,
- D'une ES à 1 ETP,
- D'une AS ou CESF à 1 ETP
- D'un chef de service éducatif à 0,25 ETP
- D'un psychologue à 0,25 ETP
- D'un Agent de service à 0,18 ETP

Le temps de réunion associant tous les professionnels est fixé le jeudi matin de 9 h 30 à 12 h.

Le temps de présence du médecin, présent à concurrence de 0,15 ETP soit 5h25 semaine se décline comme suit : jeudi de 9 h 30 à 12 h puis de 13 h 30 à 17 h 15.

Le chef de service est présent à concurrence de 0,25 ETP pour les LHSS et les ACT. Il encadre par ailleurs la Maison relais, l'accueil de jour et le restaurant de la solidarité à hauteur d'un temps plein.

Le psychologue est présent à concurrence de 0,25 ETP le jeudi de 9h à 12h30 puis de 13h 30 à 18h45.

Une présence infirmière ou éducative est assurée de 9 h à 19 h tous les jours de la semaine.

Une présence infirmière ou éducative est assurée le week-end de 10 h 30 à 12 h 30 puis de 18 h 30 à 20 h 30.

Une astreinte est assurée par un cadre de l'ANEF Cantal pour répondre des situations en dehors de la présence de l'équipe.

Le principe d'élaboration de l'emploi du temps des travailleurs sociaux et de l'infirmière repose sur un roulement basé sur trois semaines.

Semaine 1

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
Infirmière	9h- 12h30 13h30-19h	RH	RH	9h- 18h	9h- 12h30 13h30-19h	10h30-12h30 18h30-20h30	10h30-12h30 18h30-20h30
Travailleur social	16h30- 20h30	9h- 12h30 14h-19h	9h- 16h	9h- 12h30 14h-19h	9h- 16h	RH	RH
Travailleur social	RH	9h-18h	9h-12h30 14h-19h	9h- 12h30 14h-19h	9h- 13h 14h-19h	RH	RH

Semaine 2

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
Infirmière	RH	9h-18h	9h-12h30 14h-19h	9h- 12h30 14h-19h	9h- 13h 14h-19h	RH	RH
Travailleur social	9h- 12h30 13h30-19h	RH	RH	9h-18h	9h- 12h30 13h30-19h	10h30-12h30 18h30-20h30	10h30-12h30 18h30-20h30
Travailleur social	16h30- 20h30	9h- 12h30 14h-19h	9h-16h	9h- 12h30 14h-19h	9h-16h	RH	RH

Semaine 3

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
Infirmière	16h30- 20h30	9h- 12h30 14h-19h	9h-16h	9h- 12h30 14h-19h	9h-16h	RH	RH
Travailleur social	RH	9h-18h	9h-12h30 14h-19h	9h- 12h30 14h-19h	9h- 13h 14h-19h	RH	RH
Travailleur social	9h- 12h30 13h30-19h	RH	RH	9h-18h	9h- 12h30 13h30-19h	10h30-12h30 18h30-20h30	10h30-12h30 18h30-20h30

En cas de congé de l'un des membres de l'équipe éducative ou de l'infirmière la semaine se décline comme suit:

Semaine 1

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
Travailleur social ou infirmière	9h30-12h30 13h30-19h	RH	RH	9h-18h	9h- 12h30 13h30-19h	10h30-12h30 18h30-20h30	10h30-12h30 18h30-20h30
Travailleur social ou infirmière	14h-19h	9h-19h	9h-19h	9h-12h 17h-19h	10h-15h	RH	RH

Si l'infirmière est en congé, la continuité des soins est organisée par des IDE de la Croix Rouge Française ou par l'infirmière intervenant sur la MECS du pôle enfance parentalité.

Semaine 2

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
Travailleur social ou infirmière	14h-19h	9h-19h	9h-19h	9h-12h 17h-19h	10h-15h	RH	RH
Travailleur social ou infirmière	9h30-12h30 13h30-19h	RH	RH	9h-18h	9h- 12h30 13h30-19h	10h30-12h30 18h30-20h30	10h30-12h30 18h30-20h30

III- L'offre de services

III-1 La demande d'admission

La commission d'admission des ACT est constituée de l'ensemble de l'équipe médico-psycho-sociale. La directrice est représentée par **le-a** chef de service à qui est délégué le pouvoir d'admission.

La commission d'admission est commune aux ACT et aux LHSS.

Elle se réunit lors de la réunion d'équipe et est dédiée à l'étude des dossiers de demande d'admission.

La demande d'admission est constituée du dossier médical type (sous pli fermé et adressé au médecin coordonnateur), du dossier social type comprenant un rapport social rempli par le travailleur social instructeur et une mention des motivations de la personne. Les services prescripteurs sont les CSAPA du territoire, les services sociaux des Centres hospitaliers du territoire, les structures sociales du territoire, le SPIP, les organismes tutélares...

Le SIAO est informé des disponibilités. Le SIAO peut également orienter vers les dispositifs LHSS et ACT.

La demande d'admission est réceptionnée par **le-a** chef de service.

L'étude des dossiers est collégiale. Il s'agit dans un premier temps d'évaluer si la demande est recevable. Une fois les dossiers étudiés, une liste par priorité est arrêtée selon les besoins des demandeurs et les logements disponibles.

À la suite de cette commission d'admission, les personnes sont convoquées à des entretiens de pré-admission dès lors qu'un logement est disponible ou en voie de l'être. Il s'agit de s'assurer auprès de la personne de sa capacité à se projeter au sein du dispositif.

La personne rencontre **le-a** chef de service et le travailleur social qui exposent sur la base du livret d'accueil les modalités d'accompagnement. La situation sociale est évaluée et les possibilités d'accompagnement sont présentées.

Une rencontre avec le médecin coordonnateur et l'infirmière est organisée afin de faire le point sur la situation médicale du demandeur et les besoins qui en découlent. Les modalités d'accompagnement médical et paramédical sont présentées.

Une rencontre avec le psychologue est également programmée pour permettre d'évaluer la nécessité du soutien et sensibiliser le résident à sa mise en œuvre.

Ces entretiens valident l'admission. La décision se prend à l'issue de la réunion d'équipe.

Dès lors que la demande est recevable mais en l'absence de logement disponible, la personne est placée sur liste d'attente et est invitée à renouveler sa demande ultérieurement. L'équipe contacte les personnes pour s'assurer de la continuité de leur demande.

Lorsque la demande est non recevable, un courrier motivé est adressé à la personne et au service orienteur.

III-2- L'accueil

Le jour de l'admission est fixé conjointement entre l'équipe représentée par **le-a- chef** de service et le résident.

Le premier accueil se fait dans les locaux administratifs des ACT. Le livret d'accueil et le règlement de fonctionnement sont lus avec la personne. Le contrat de séjour est formalisé et signé par les deux parties. Il décline les objectifs généraux. Le contrat est signé par le chef de service qui agit par délégation du directeur.

Le projet personnalisé sera pour sa part élaboré au cours du mois qui suit l'admission. La durée du séjour est conditionnée par le projet personnalisé, le principe d'une durée d'un an renouvelable une fois à concurrence de six mois est retenu par accord mutuel.

Un contrat de résidence est également signée avec la personne. Elle précise les modalités d'occupation du logement.

La personne est ensuite accompagnée sur le logement mis à disposition par le référent social.

Une pochette est remise à la personne qui comprend les modalités d'intervention du service :

- Planning de l'équipe,
- Coordonnées permettant de joindre l'astreinte,
- Liste des numéros à joindre en cas d'urgence : pompiers, SOS Médecins, Centre anti- poison, Centre hospitalier...
- Toutes informations utiles sur l'usage de l'appartement et les caractéristiques du quartier.

L'inventaire est réalisé ainsi que la remise du trousseau de clefs. Les documents sont signés par l'usager et le travailleur social.

Chaque document est signé en double exemplaire, l'un est remis au résident, l'autre est joint au dossier de la personne.

III-3- Les modalités de sorties

La fin de prise en charge est prononcée dès lors que le résident quitte le logement mis à sa disposition. Un état des lieux sortant est réalisé, il détermine la restitution du dépôt de garantie.

En fonction des besoins, un accompagnement peut être proposé : mesure d'AVDL par exemple en cas d'accès au logement, les orientations vers les partenaires sont mises en œuvre en fonction des besoins.

Toute absence prolongée et non concertée sur une durée équivalent à un mois met fin au séjour.

En cas de décès ou départ de l'ayant droit, la famille s'engage à quitter les lieux dans un délai d'un mois, un accompagnement ANEF peut se mettre en place.

La fin de prise en charge peut être à l'initiative du résident ou encore décidée par l'équipe liée au non-respect du contrat de séjour ou du règlement de fonctionnement. Le résident a alors un mois pour libérer les lieux. En cas de mise en danger de la structure ou des personnels, l'exclusion peut être immédiate.

Le résident peut être orienté vers le SIAO qui pourra le cas échéant proposer une autre orientation.

III- 4- Le projet personnalisé

Le contrat de séjour est signé le jour de l'admission. Il est établi pour une durée d'un an renouvelable une fois pour une durée de six mois.

Le projet personnalisé est établi dans le mois qui suit l'admission. Il est élaboré par l'usager, le référent social et l'équipe pluri- disciplinaire. Il a vocation à décliner le rôle des différents intervenants et est l'outil qui formalise la coordination médico-psycho-sociale.

L'accompagnement se décline à travers des visites à domicile, des entretiens dans les bureaux, un accompagnement dans les temps de consultations. Les visites à domicile sont prévues à l'avance, tous les professionnels de l'équipe peuvent effectuer des visites au domicile.

L'évaluation sociale dans ce cadre peut décliner des actions en matière :

- D'ouverture de droits, sécurité sociale ou autres...,
- D'accompagnement à la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé pour les personnes en capacité de travailler mais présentant des difficultés à exercer certains types d'activités professionnelles en raison de problème de santé,
- D'accès ou de maintien voire de retour vers l'emploi et l'insertion professionnelle,
- De réponses aux situations de handicap ou de perte d'autonomie...

L'accompagnement intègre également des actions en termes de participation à la vie sociale et des activités collectives (voir ci- dessous).

Les résidents des ACT peuvent proposer dans le cadre du groupe d'expression des sorties : randonnées, découverte du patrimoine culturel régional...

Ces activités sont proposées afin d'établir une convivialité et l'entretien de liens sociaux à même de permettre une prise de distance par rapport aux préoccupations médicales. Elles sont organisées sur une fréquence au trimestre.

IV-Les moyens mobilisés

IV-1- Les moyens matériels

IV-1- 1- Les bureaux et les moyens de communication

Les espaces dédiés au personnel des ACT seront les mêmes que les espaces occupés par le personnel des LHSS. Ils sont constitués de 3 bureaux et d'une salle de réunion et d'accueil des résidents y compris à vocation collective. Ces espaces sont adossés à la Maison Relais gérée par l'ANEF Cantal.

Les bureaux sont tous équipés d'ordinateurs. Les travailleurs sociaux disposent d'un numéro de téléphone portable sur lequel les résidents peuvent les joindre en fonction des temps de présence liés aux plannings. En dehors des temps de présence de l'équipe il est indiqué aux usagers de contacter l'ANEF Cantal. Le salarié réceptionnant l'appel oriente si nécessaire vers le cadre d'astreinte.

IV-1-2 Les logements

Quatre logements sont loués par l'ANEF pour être mis à disposition du projet des personnes accueillies. Ils sont de configuration variée (du studio au T3).

L'hébergement est individuel, à titre temporaire (contrat d'un an pouvant être renouvelé à concurrence de six mois, voire au-delà en fonction de la situation médicale).

Ils répondent de critères d'accessibilité, sont meublés et équipés en électroménager. Ils sont situés en centre-ville d'Aurillac ou en périphérie du centre-ville. La ville dispose d'un réseau de transports urbain.

Ils sont équipés d'une ligne téléphonique permettant de joindre les services de l'ANEF et les services d'urgence.

Les appartements permettent, le cas échéant, d'accueillir des proches des résidents.

Chaque logement dispose des équipements nécessaires : literie, mobilier de séjour, cuisine équipée, lave-linge et également linge de toilette et vaisselle. Un seul jeu de draps et du linge de toilette est fourni par l'ANEF, il appartient au résident de le compléter.

Un état des lieux est organisé et signé lors de l'entrée et de la sortie. Il est demandé aux résidents de souscrire une assurance responsabilité civile dans le cadre de cet hébergement.

Un dépôt de garantie de 200 € est demandé à l'entrée. Il peut être versé en plusieurs fois en fonction de la situation des personnes. Ce dépôt de garantie est restitué en sortie, déduction faite des éventuelles dégradations commises dans le logement par le résident.

La personne est libre de compléter à ses frais l'ameublement fourni après en avoir discuté avec son référent et après accord du chef de service.

Une redevance d'occupation mensuelle est due. Celle-ci est calculée réglementairement et représente 10% du forfait hospitalier quotidien (2 €/jour) soit 60 € par mois. À ces 60 € s'ajoutent une participation aux charges réelles du logement. La participation totale demandée n'excède pas 20 % du total des ressources du résident..

Les droits à l'APL sont activés à l'entrée dans le logement.

IV-1-3 Les véhicules

L'ANEF Cantal dispose d'une flotte de 13 véhicules. Un véhicule de type Bipper est mis à disposition des dispositifs LHSS et ACT. En cas de besoin un véhicule plus grand peut être mis à disposition de l'équipe.

IV- 2- Les prestations collectives

Au-delà de l'accompagnement global personnalisé mis en oeuvre, l'ANEF Cantal mène des actions favorisant la participation à la vie sociale et activités collectives à travers l'animation d'ateliers:

Les ateliers

L'objectif des ateliers est de permettre de s'inscrire dans une vie sociale, afin de favoriser la confiance en soi et l'ouverture vers les autres via le renforcement des compétences et habiletés sociales. Ils permettent de rompre avec l'isolement, d'échanger des savoirs faire et des compétences dans un cadre contenant et sécurisant.

L'atelier cuisine, animé par l'infirmière et un travailleur social ou par deux travailleurs sociaux de l'équipe à raison d'un par mois. À travers la préparation et la prise d'un repas collectif sont abordées les questions liées à l'équilibre alimentaire, la gestion des denrées alimentaires et de l'hygiène.

Il s'agit de redonner l'envie de cuisiner mais aussi d'aborder la vie quotidienne, d'apprendre les techniques culinaires de base.

L'atelier activités physiques, animé par deux travailleurs sociaux ou un travailleur social et l'infirmière à raison d'un atelier deux fois par mois.

Cet atelier poursuit l'objectif de favoriser l'accès et la pratique d'une activité physique régulière. Il permet de proposer des temps de marche et de randonnées faciles et immédiatement gratifiants. Un

partenariat avec l'association DAHLIR sera ici recherché à l'identique de l'expérimentation menée avec les publics de la Maison Relais de l'ANEF Cantal.

V- Le partenariat

Des coopérations sont effectives avec les associations et organismes du bassin d'Aurillac et de Saint-Flour.

Organismes institutionnels

DDCSPP,

ARS,

Centres Communaux d'Action Sociale,

Conseil Départemental,

Préfecture,

MDPH,

Centre Hospitalier et notamment les services sociaux hospitaliers d'Aurillac, de Saint-Flour et de Mauriac,

SPIP,

Pôle emploi,

Mission locale,

Centres de formation,

Agences d'intérim dont agence d'intérim d'insertion,

Secteur associatif gestionnaire de dispositifs :

Les CSAPA: ANPAA, APT OPPELIA,

Les organismes tutélaires: AT 15, UDAF...

Les associations caritatives...

V-1- Formalisation du partenariat

En tant que de besoin, les personnes hébergées peuvent avoir recours à des prestations extérieures (para- médicales ou socio-éducatives) ou des soins de ville. Ces soins seront pris en charge à titre individuel dans le cadre du droit commun et feront l'objet d'un remboursement à l'acte. Il en est de même pour les médicaments ayant fait l'objet d'une prescription.

L'ANEF Cantal dispose de conventions avec:

- La vitrine médicale au titre de l'élimination des DASRI,
- Le laboratoire médical SYLAB,
- Une convention de partenariat avec les CSAPA du territoire est en cours d'élaboration,
- Une convention est en cours d'élaboration avec la Croix Rouge Française,

À l'occasion de l'ouverture des ACT, une information a été dispensée aux acteurs de santé du territoire dont les médecins traitants et les médecins spécialistes libéraux.

VI- Les professionnels

Les qualifications mobilisées pour la mise en œuvre des prestations sont multiples:

VI-1- La direction et les services administratifs

La directrice :

- Est responsable du projet d'établissement (mise en œuvre et évaluation),
- Est responsable de la gestion des ressources humaines,
- Assure et rend compte de la gestion budgétaire,
- Veille à la sécurité des personnes,
- Développe et anime le partenariat,
- Garanti l'exercice du droit des usagers,
- Est en relation avec les différents partenaires institutionnels,
- Anime les réunions institutionnelles et les réunions de direction.

Temps de secrétariat

- Mise en forme de toutes les correspondances,
- Dans l'attente de l'équipement d'un logiciel dédié, renseigne en lien avec le-a-chef de service les données liées à l'activité en dehors des données à caractère personnel,
- Envoi et réception des informations relatives à l'activité.

Temps de comptabilité

- Gère la comptabilité analytique des ACT,
- Dresse les états comptables et financiers.

Temps d'ouvrier d'entretien

- Intervient sur les lieux d'hébergement en tant que de besoin au titre de travaux d'entretien et de réparation.

Ces ressources administratives sont mobilisées à travers les frais de structure (compte 65).

VI-2- La coordination médicale

Elle est assurée par le médecin coordonnateur (qui ne peut être le médecin traitant) assisté de l'infirmière.

Elle comprend :

- La participation à la commission d'admission de la structure,

- La constitution et la gestion du dossier médical,
- Les relations avec les médecins prescripteurs libéraux, hospitaliers et les réseaux ville- hôpital, à travers :
 - o Le recueil des informations médicales utiles à l'accompagnement des résidents,
 - o L'orientation des résidents vers des consultations de spécialistes,
 - o La coordination des soins (l'organisation des soins ambulatoires et à domicile en cas de besoin HAD, SSIAD, infirmiers libéraux, kinésithérapeutes...) aux fins d'assurer une continuité et une cohérence,
- L'aide à l'observance thérapeutique à travers l'éducation thérapeutique du résident,
- L'éducation à la santé,
- Les conseils en matière de nutrition, d'hygiène de vie globale,
- Le soutien et l'accompagnement y compris physique dans les démarches de soins,
- L'accompagnement à l'acceptation de la maladie,
- La prise en compte des addictions en lien avec les dispositifs spécialisés,
- Le respect des conditions de sécurité sanitaire conformément aux protocoles établis rassemblés dans un plan bleu: élimination des déchets, signalement des événements indésirables...,
- Le soutien psychologique y compris lors des périodes d'hospitalisation.

Pour cela l'équipe est en lien avec les différents professionnels de santé de manière directe ou par l'intermédiaire du médecin coordonnateur. Ces relations sont possibles avec l'accord du résident concerné. La démarche portée s'inscrit dans le champ de l'éducation thérapeutique du patient en visant à développer les compétences des résidents et leur autonomie.

VI-3- La coordination psycho-sociale

Elle est assurée par le personnel psycho-socio-éducatif et s'entend comme une approche globale des besoins du résident. Ce suivi peut, le cas échéant, s'étendre à la cellule familiale : travail autour de la parentalité, la scolarité...

Elle comprend :

- L'écoute des besoins et le soutien y compris lors des périodes d'hospitalisation,
- Le suivi de l'observance à travers l'éducation thérapeutique du patient y compris lors des périodes d'hospitalisation,
- L'accès aux droits et la facilitation des démarches administratives,
- L'aide à l'insertion sociale, professionnelle et l'accès au logement en s'appuyant sur les réseaux existants, ainsi que les ressources des personnes pour les faire évoluer,
- L'accompagnement lors des déplacements en cas de besoin,
- Un accompagnement psychologique est possible. Celui-ci permet l'accès à un espace de parole propice à l'expression des affects en lien ou non avec les conséquences de la maladie: angoisse, douleur, pertes... Il permet également d'évoquer le rapport au corps médical, parfois complexe voire ambivalent.

VI- 4- L'articulation de l'accompagnement médical et social

La coordination et l'articulation repose sur un travail pluri- disciplinaire. Au sein des ACT, le médecin n'est pas prescripteur mais aide les résidents à établir ou rétablir une relation de confiance avec le corps médical. Il coordonne les soins avec les différents médecins et professionnels de santé. Il oriente et conseille les résidents et soutient l'équipe en apportant des éléments de compréhension des situations.

L'équipe des ACT de l'ANEF intègre la définition de l'éducation thérapeutique du patient de l'OMS « *l'éducation thérapeutique du patient est définie comme l'aide apportée aux patients ou à leur entourage pour comprendre la maladie et les traitements, collaborer aux soins et prendre en charge leur état de santé, afin de conserver et/ou améliorer la qualité de vie. C'est un processus par étapes, intégré aux soins et mis en œuvre par différents acteurs. Il s'agit de l'articulation d'activités organisées de sensibilisation, information, apprentissage et accompagnement psychosocial concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins, les institutions de soins et les comportements de santé et de maladie du patient* ».

L'accompagnement pluri- disciplinaire mis en œuvre accorde de fait une place importante aux questions de santé : acceptation de la maladie, soutien dans les démarches de soins, sensibilisation en termes de prévention.

L'articulation des versants : médical-psychologique et social vise à faire prendre conscience aux résidents de leurs capacités, à s'impliquer dans la vie sociale et citoyenne et à leur permettre d'accéder à l'autonomie.

VI-5- Le travail en équipe

La dynamique de travail en équipe permet :

- De définir lors des réunions les marches à suivre, les priorités et l'organisation du travail interdisciplinaire,
- La sécurité et l'assurance de la constance dans la prise en charge,
- Le maintien d'un intérêt et d'une cohésion d'équipe dans une dynamique de travail,
- Le partage entre professionnels des compétences acquises par l'ancienneté et/ou la diversité des expériences professionnelles.

Tous les professionnels sont amenés à se retrouver sur des temps communs d'interventions permettant un partage des problématiques sociales et psychologiques.

Une réunion hebdomadaire est organisée par le-a-chef de service. Elle permet à l'ensemble de l'équipe de se retrouver.

Elle se déroule en 3 temps :

- Un temps lié aux commissions d'admission
- Un temps d'organisation du service et d'informations diverses
- Un temps de synthèse des situations.

VI- 6- Les moyens de communication

Pour communiquer les membres du personnel possède :

- Une boîte mail,
- Une boîte intranet, avec l'ensemble de la communauté ANEF Cantal
- Une ligne téléphonique avec listing des numéros de poste et des raccourcis portable. Lors des sorties le personnel accompagnant doit prendre le téléphone portable attaché au service.

Différents tableaux d'affichage :

- Tableaux d'affichage
- Tableaux des accompagnements médicaux extérieurs

VII- L'accompagnement et ses modalités

VII-1-La qualité de l'accompagnement

L'accompagnement s'inscrit dans une démarche éthique et déontologique qui a pour base les valeurs portées par l'ANEF Cantal.

Conformément à la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, les ACT doivent assurer aux personnes accompagnées qu'ils accueillent un respect des droits et libertés individuels tels que :

- Le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité et de sa sécurité,
- Le libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes,
- Une prise en charge et un accompagnement individualisés de qualité dans le respect du consentement éclairé,
- La confidentialité des données le concernant,
- L'accès à toute information le concernant,
- Une participation directe à la mise en œuvre de son projet d'accompagnement.

Afin de garantir pleinement l'exercice effectif de ces droits et libertés, les ACT se sont dotés d'outils d'information et de contractualisation :

- Le livret d'accueil : remis lors de l'admission,
- La Charte des droits et libertés de la personne accueillie : annexée au livret d'accueil,
- Le règlement de fonctionnement : remis lors de l'admission,
- La personne accueillie est également informée des voies de recours en cas de litige (personne qualifiée), mais aussi sur les instances de participation: groupe d'expression et questionnaire de satisfaction.

VII-2- L'information, le droit des usagers

La personne accueillie est avisée que les éléments portés au dossier ainsi que les réponses au questionnaire de satisfaction annuelle sont traités par informatique à l'usage exclusif de l'équipe des ACT et dans le strict respect du secret médical.

L'équipe répond de l'application du RGPD et notamment du pack conformité AU-048 de la CNIL.

VII-2-1- L'objectif de la collecte des données personnelles

L'ANEF s'engage à ce que les données collectées soient strictement nécessaires pour l'exercice de l'activité, à savoir:

- Gestion administrative des personnes concernées,
- Saisie des problématiques identifiées dans le cadre de l'évaluation sociale (individuelle et familiale) des personnes en vue de leur garantir un accompagnement adapté et, le cas échéant, les orienter vers les organismes ou partenaires sociaux appropriés en fonction de leur situation,
- Elaboration et suivi du projet personnalisé d'accompagnement des personnes, conformément aux dispositions du code de l'action sociale et des familles,
- Echange et partage d'informations entre les intervenants sociaux, médicaux et paramédicaux des informations strictement nécessaires permettant de garantir la coordination et la continuité de l'accompagnement et du suivi des personnes,
- Gestion des procédures d'aides sociales et suivi des trajectoires des personnes et des familles, plus particulièrement,
- Accompagnement et suivi des personnes dans l'accès aux droits (assistance dans les relations et les démarches à effectuer auprès des personnes ou services compétents, domiciliation des personnes sans domicile stable),
- Accompagnement et suivi éducatif et budgétaire des personnes et de prévention du surendettement,
- Pré-instruction et suivi des demandes d'aides sociales (aides financières ou en nature),
- Gestion des demandes d'hébergement et d'accès au logement,
- Gestion des impayés et prévention des expulsions locatives,
- Organisation et suivi des parcours d'insertion sociale et professionnelle,
- Suivi des personnes et des familles reçues dans le cadre de la médiation familiale, sociale ou pénale, à l'exclusion des mesures relevant de l'aide sociale à l'enfance,
- Suivi de l'exécution des décisions judiciaires pénales restrictives ou privatives de liberté par les organismes habilités,
- Gestion financière et comptable de l'établissement, du service ou de l'organisme,
- Etablissement de statistiques, d'études internes et d'enquêtes de satisfaction aux fins d'évaluation des activités, de la qualité des prestations et des besoins à couvrir.

VII-2-2-Les données personnelles concernées:

- Les données d'identification des bénéficiaires de l'accompagnement et du suivi social : nom, prénom, sexe, adresse, courriel, numéro de téléphone, date et lieu de naissance, photographie, numéro d'identification de rattachement à un organisme (numéro d'adhérent ou allocataire), numéro de sécurité sociale (uniquement dans le cadre d'échanges avec les professionnels de santé et les organismes de sécurité sociale),
- La nationalité du bénéficiaire (sous la forme « Français/UE/Hors UE ») et les documents prouvant la régularité de son séjour en France dès lors que le bénéficiaire de l'aide ou de la prestation sollicitée est soumis à une condition de régularité du séjour,
- Des informations relatives à la procédure de demande d'asile (dépôt d'une demande d'asile : oui/non) ainsi que les informations nécessaires à l'élaboration du récit de vie,
- Des informations relatives à la vie personnelle du bénéficiaire : situation et composition familiale du foyer, et, le cas échéant, l'identification d'enfants pris en charge dans le cadre de la protection de l'enfance, les centres d'intérêts, langue parlée dans la mesure où cette information est indispensable pour mentionner le besoin de traducteurs,
- La nature de la mesure de protection juridique, et le cas échéant les coordonnées du mandataire,
- Le parcours professionnel et de formation dans le cadre de l'aide à l'insertion professionnelle (scolarité, situation au regard de l'emploi, de la formation et de la qualification),
- Les conditions de vie matérielles :
 - Situation financière (ressources, charges, crédits, dettes),
 - Prestations et avantages sociaux perçus (nature, montant, quotient familial, numéro allocataire),
 - Situation face au logement et à l'hébergement (type et caractéristiques du logement ou modalités d'hébergement : domicile personnel, familial, sans abri, hébergement de fortune, hébergement mobile, hébergement d'urgence, hébergement d'insertion),
 - Moyens de mobilité,
- La couverture sociale : organismes de rattachement et régimes d'affiliation, droits ouverts,
- Les coordonnées bancaires dans la mesure où cette information est nécessaire au versement d'une prestation ou d'une rémunération,
- Des informations relatives à la santé à des fins d'administration de soins, comprenant les informations relatives au handicap. Ces données peuvent être collectées à d'autres fins, sous réserve du consentement exprès des personnes concernées ou de leurs représentants légaux, d'une part, et d'être strictement nécessaires au suivi social et médico-social, d'autre part,
- Des informations relatives à la vie sexuelle (orientation sexuelle et conduite sexuelle) sous réserve d'être directement collectées auprès des personnes concernées, après le recueil de leur consentement exprès ou celui de leurs représentants légaux, et d'être strictement nécessaires pour organiser des actions de prévention et, le cas échéant, pour faire intervenir un professionnel de santé si la personne concernée est confrontée à des risques particuliers au regard de sa sexualité,

- Les opinions religieuses sous réserve d'être collectées auprès des personnes concernées ou de leurs représentants légaux, après le recueil d'un consentement exprès, et d'être strictement nécessaires aux actions d'accompagnement des personnes victimes, ou susceptibles d'être victimes, de mouvements sectaires et extrémistes,
- Le type d'accompagnement et le suivi des personnes et aux actions mises en œuvre : domaines d'intervention, historique des mesures d'accompagnement et de suivi, objectifs, parcours, actions d'insertion prévues, entretien et suivi ;
- Les directives anticipées, et le cas échéant le nom et la qualité de la personne de confiance,
- Les données d'identification des personnes concourant à l'accompagnement et suivi social : nom, prénom, qualité, organisme d'appartenance, numéro de téléphone, adresse professionnelle, courriel, téléphone.

L'ANEF garantie que seules les personnels habilités ont accès aux données personnelles.

L'ANEF s'engage à ce que les personnes accueillies puissent accéder à leurs données, les rectifier, s'y opposer le cas échéant.

VII-2-3- Durée de conservation des données

Les données collectées et traitées pour les besoins du suivi social ou médico-social ne peuvent être conservées au-delà de cinq ans à compter du dernier contact avec la personne ayant fait l'objet de ce suivi, sauf dispositions législatives ou réglementaires contraires. Ces données doivent être supprimées sans délai en cas de décès de la personne concernée.

Lorsqu'il existe un recours contre un tiers ou un contentieux, les données peuvent être conservées jusqu'à l'intervention de la décision définitive.

À l'expiration de ces périodes, les données sont détruites de manière sécurisée.

Les justificatifs recueillis, y compris sous format papier, qui n'ont plus d'utilité, soit parce qu'ils sont trop anciens pour justifier de la situation de l'utilisateur, soit parce que le dossier pour lequel ils ont été demandés est constitué, doivent être détruits.

VII-2- 4 Secret professionnel

La collaboration entre professionnels de santé et du secteur médico- sociale, est encadrée par la loi du 26 janvier 2016. Cette loi fixe les conditions de l'échange et du partage entre des professionnels de santé et des non professionnels de santé relevant du champ médico- social et social en modifiant l'article L. 1110-4 du code de la santé publique. Le texte dispose que toute personne prise en charge par un professionnel du secteur médico- social ou social a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations le concernant. Il s'agit là d'une condition nécessaire mais suffisante pour que différents professionnels puissent partager et échanger entre eux des informations relatives à la personne qu'ils prennent en charge.

Le II de l'article L.1110-4 précise qu'un « *professionnel peut échanger avec un plusieurs professionnels identifiés des informations relatives à une même personne prise en charge, à condition qu'ils participent tous à sa prise en charge et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico- social ou social* ». Le principe du partage est ainsi légalisé par cette disposition. Pour autant, les conditions de ce partage dépendent de la question de savoir si les professionnels appartiennent ou non à la même équipe de soins.

Le III du même article dispose que « *lorsque ces professionnels appartiennent à la même équipe de soins (...) ils peuvent partager des informations concernant une même personne qui sont strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins ou à son suivi social ou médico- social* ». Ces informations sont réputées confiées par la personne à l'ensemble de l'équipe.

Dans l'hypothèse où les professionnels appartiennent à la même équipe de soins, il n'y a pas lieu de recueillir le consentement du patient ou de l'utilisateur.

En revanche, si les professionnels n'appartiennent pas à la même équipe de soins, alors le consentement du patient ou de l'utilisateur aux échanges d'informations est nécessaire.

Le législateur a ainsi défini le périmètre et la notion d'équipe de soins. Il s'agit d'un ensemble de professionnels qui participent directement au profit d'un même patient à la réalisation d'un acte diagnostique, thérapeutique, de compensation du handicap... ou aux actions nécessaires à la coordination de plusieurs de ces actes.

Les conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et non professionnels de santé sont définies par l'article R.1110-2 du code de santé publique introduit par un décret en Conseil d'Etat du 20 juillet 2016. Sont notamment considérés comme professionnels de santé, et ce quelque- soit le mode d'exercice (libéral, salarié), les médecins, infirmiers, aides – soignants, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotriciens. Est également référencé, un ensemble de de non professionnels de santé comme les assistants de service social, psychologues, aides médico- psychologiques, assistants familiaux, mandataires judiciaires à la protection des majeurs.

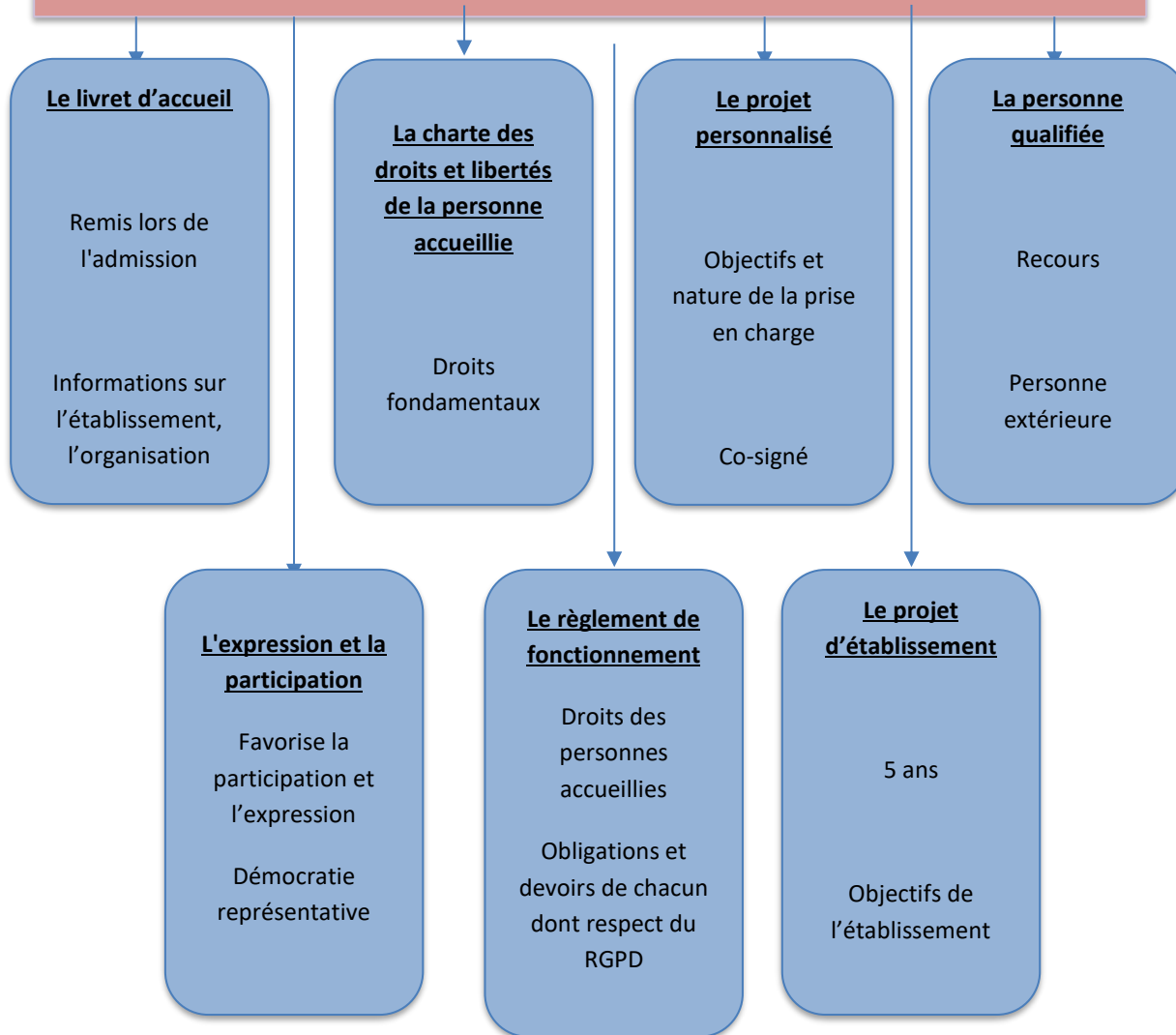
Pour être conforme aux conditions réglementaires, le partage ou l'échange d'informations doit porter sur les informations strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, de la prévention ou au suivi médico- social ou social de l'intéressé. Par ailleurs, il doit s'exercer dans le respect du périmètre des missions de chacun.

L'information préalable de la personne concernée est obligatoire. La loi donne une possibilité à l'utilisateur de s'opposer à tout échange et partage d'informations.

VII- 2-5 Schéma synthétique relatif à la mise en œuvre des droits des usagers

Droits des usagers :

Le respect de la dignité, de l'intégrité, de la vie privée, de l'intimité, de la sécurité, le libre choix, le droit à l'individualisation et à la qualité de la prise en charge et de l'accompagnement, la confidentialité, l'accès aux informations personnelles, l'information, la participation sont mis en oeuvre à travers différents documents.



VII-2- 5- Le dossier de l'utilisateur

Le dossier social

L'ANEF Cantal mène une réflexion relative à l'installation d'un logiciel métier qui permettra une gestion informatisée des dossiers. Ce dernier utilise la gestion des utilisateurs et des droits d'accès conforme aux directives du RGPD. La partie relative aux données personnelles est saisie par l'équipe et seule l'équipe dispose d'un droit d'accès à ces données. Dans le cadre de l'élaboration des documents ayant vocation à faire partie du dossier de l'utilisateur, les professionnels utilisent des ordinateurs portables ou fixes. Ces ordinateurs demeurent dans l'établissement et ne sont pas utilisés à l'extérieur de celui-ci.

Les informations concernant les personnes sont conservées durant la durée du suivi et sont effacées lors de l'archivage du dossier.

Les règles de partage et de consultation : Les fichiers informatiques sont protégés par un mot de passe, les droits d'accès sont établis en fonction de la mission de chacun. Chaque salarié dispose d'un accès restreint en fonction de son domaine de compétences. La partie informatisée est consultable sur place, aucune copie informatique des pièces du dossier n'est autorisée.

Un dossier papier est constitué. Il est rangé dans le bureau des travailleurs sociaux.

En première page figurent les éléments utiles à l'accompagnement : état civil, N° de sécurité sociale, téléphone.

Le dossier comporte :

- Les comptes rendus des visites à domicile par ordre chronologique
- Les copies des documents administratifs
- Le dossier constitué en amont de l'admission
- Le contrat de séjour et le projet personnalisé.

Le dossier médical et para- médical

Il est constitué par le médecin coordonnateur pour chaque résident. Il est stocké dans le bureau médical. Il est constitué du dossier médical d'admission, des comptes rendus médicaux transmis par les différents médecins intervenants et d'une fiche de suivi notifiant les rendez-vous entre le médecin coordonnateur et le résident, les résultats biologiques, les notes de suivi infirmier et médical, les prescriptions du médecin traitant et rendez-vous à venir.

Ce dossier est accessible au résident selon les conditions fixées au règlement de fonctionnement des ACT.

Ces éléments sont rangés dans une armoire fermée à clef dans le bureau médical pour le dossier médical et sous la responsabilité de la chef de service éducatif.

L'archivage : A la sortie du dispositif des ACT le dossier patient (dossier social, médical,) est archivé dans une armoire fermée à clef dans une salle prévue à cet effet et sous la responsabilité de la directrice.

Modalités d'évaluation des dossiers de l'utilisateur : l'évaluation de la tenue des dossiers fait partie de l'évaluation interne et s'inscrit dans l'amélioration continue de la qualité des services.

La destruction du dossier de l'utilisateur : la partie papier est détruite à l'aide d'un destructeur de documents. Les dossiers détruits sont répertoriés sur un bordereau de destruction.

VIII- Indicateurs de suivi de l'activité et éléments d'évaluation

Le rapport d'activité annuel qui sera adressé à l'ARS, au Préfet et à la CRAM recensera les indicateurs suivants :

L'évaluation sexuée déclinera:

- Taux d'occupation mensuel
- Nombre de demandes d'admission et refus éventuels
- Partenaires orienteurs
- Délai de réponse moyen entre la demande et l'entrée sur le dispositif
- Nombre d'entrées à l'année/Nombre de sorties
- Durée moyenne de séjour
- L'âge moyen des personnes accueillies
- Type de pathologies les plus régulièrement observées
- Situation familiale des personnes accueillies
- Situation professionnelle à l'entrée et en sortie de dispositif
- Ressources principales à l'entrée et en sortie
- Situation au regard du logement à l'entrée et en sortie
- Situation au regard de la couverture santé à l'entrée et en sortie
- Nombre d'actions menées en termes d'ouverture de droits à l'assurance maladie de base et complémentaire
- Nombre d'actions menées en termes de régularisation de la situation administrative : renouvellement de titre de séjour, de pièces d'identité, transfert de dossiers CAF, Sécurité sociale, régularisation de situation au regard de l'ancien logement avant l'entrée sur le dispositif, régularisation de situation au regard des impôts
- Demande de reconnaissance auprès de la MDPH
- Demande d'invalidité
- Accompagnement à la recherche d'emploi
- Actions en direction du maintien dans l'emploi
- Travail sur la gestion du budget : dossier de surendettement, mesures de protection,
- Accès aux loisirs
- Actions menées en direction de l'éducation thérapeutique du patient
- Activités physiques adaptées
- Recherche de logement, demande d'accompagnement dans le logement
- Attentes et besoins exprimés par les personnes accompagnées

IX- La démarche qualité et l'évaluation

L'ANEF Cantal a fait sienne la définition de la recommandation de bonne pratique professionnelle de l'ANESM: "*La bientraitance est une culture inspirant les actions individuelles et les relations collectives au sein d'un établissement ou d'un service. Elle vise à promouvoir le bien-être de l'utilisateur en gardant à l'esprit le risque de maltraitance*". La circulaire DGCS (Direction générale de la cohésion sociale) du 20 février 2014 est également l'un des outils utilisés au titre de la sensibilisation des équipes. Les équipes sont sensibilisées à travers des actions de formation régulièrement organisées (formation bientraitance et éthique en 2017, la démarche qualité en 2019).

L'établissement au travers du cycle d'évaluation interne et d'évaluation externe, s'inscrit dans une dynamique d'amélioration de la qualité, et questionne de manière continue le respect de ces principes. Les dispositifs LHSS et ACT devront souscrire à 3 évaluations internes et à deux évaluations externes dans une période de 15 ans à compter d'octobre 2017 pour les LHSS et octobre 2018 pour les ACT.

Dans le cadre de la création de dispositifs relevant du champ médico-social (LHSS et ACT), l'ANEF Cantal engagera début 2019 une réflexion afin d'identifier le référentiel le plus à même de satisfaire aux critères d'évaluation de ces activités (à défaut d'élaboration d'un référentiel par l'HAS).

La première évaluation externe du cycle 2017-2032 interviendra en 2023, la seconde en 2030 pour les LHSS et les ACT.

IX- 1- Une démarche qualité structurée à partir d'un COPIL qualité, un accès à la formation ciblé et la mise en place d'espace dédiés à l'analyse des pratiques

La démarche qualité est structurée au niveau associatif par un comité de pilotage qualité qui se réunit une fois par mois.

Chaque établissement et service dispose d'un référent qualité membre de droit du COPIL tout comme les cadres de l'association.

Les Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles (RBPP) constituent un socle de repères réglementaires sur lesquelles les ACT se doivent de s'appuyer.

Un registre de réclamations et d'incidents est mis en place. La procédure prévoit une analyse de l'incident en comité de pilotage Qualité.

L'ANEF Cantal envisage d'adhérer à la Fédération Nationale d'Hébergement VIH et autres pathologies afin de profiter des actions y compris de formation qu'elle met en œuvre à destination des professionnels et des résidents qui seront à même de répondre aux besoins de formations spécifiques: pratiques addictives, troubles neuro- cognitifs et/ou psychiatriques, accompagnement de fin de vie...

Les entretiens professionnels sont réalisés tous les deux ans et permettent aux professionnels d'exprimer leurs besoins de formation. Dans la mesure du possible, des mutualisations sont recherchées avec les autres ANEF ARA dans le but de promouvoir une analyse des pratiques.

Dans une dynamique de gestion de situations complexes, et notamment pour préserver le respect des principes d'une logique de bientraitance, l'équipe des ACT a accès à des temps d'analyse de la pratique professionnelle.

La circulaire du 30 octobre 2002 consacre le principe d'un temps de supervision. Les équipes de l'ANEF se voient proposer des temps d'analyse des pratiques professionnelles (APP) à hauteur de 6 séances par an d'une durée de deux heures minimum par séance. Ce temps sera mutualisé entre les dispositifs LHSS, ACT, Accueil de jour et Maison Relais. Les professionnels sont en effet régulièrement confrontés à des questionnements éthiques. Le temps d'analyse de la pratique permet de réaliser les ajustements qui sont à trouver pour articuler au mieux les impératifs juridiques et déontologiques auxquels les professionnels sont soumis. Pour les professionnels qui interviennent sur les LHSS et les ACT, les temps d'analyse de la pratique permettent par exemple et ce, entre autres sujets, d'aborder les tensions et enjeux éthiques que représentent par exemple : le respect de la volonté de la personne et l'impératif d'intervention ou encore le principe de la nécessité du partage de l'information et le devoir de confidentialité.

IX-2-Une démarche qualité qui intègre la dimension de la gestion des risques

La structure a élaboré un plan bleu qui a vocation à rassembler les différents protocoles relatifs à la gestion des risques, il contient notamment :

A actualiser

- Procédure relative aux précautions standards/ mesures barrières,
 - Procédures relatives aux précautions complémentaires,
 - Procédure relative à l'entretien des locaux et à l'environnement des LHSS,
 - Procédure relative aux mesures barrières spécifiques: grippe, gale,
 - Procédure relative à la conduite à tenir en cas de légionnelle nosocomiale,
 - Procédure relative aux TIAC,
 - Procédure d'alerte des services d'urgence,
 - Procédure relative au signalement des événements indésirables en lien avec la prise en charge et la sécurité des usagers, le fonctionnement et l'organisation de l'établissement,
- La procédure d'aide à la prise des traitements médicamenteux en cas d'absence de l'infirmière élaboré dans le cadre de l'activité des LHSS ainsi que le dossier de liaison d'urgence seront utilisés dans le cadre de l'activité des ACT.

X- Droits et expression des personnes accompagnées

Du fait de l'effectif réduit du dispositif, qui ne permet pas la mise en œuvre du Conseil de la Vie Sociale, un groupe d'expression est organisé une fois par trimestre. Les résidents sont amenés à s'exprimer sur l'organisation intérieure et la vie quotidienne, les activités proposées, l'animation socio- culturelle, les prestations, la vie institutionnelle. Il est animé par le-a- chef de service.

Les résidents sont informés une semaine en amont de l'ordre du jour de la réunion. Il fait l'objet d'un compte rendu écrit.

Une fois par an les personnes se voient remettre un questionnaire de satisfaction. Ce questionnaire est dépouillé et fait l'objet d'une analyse communiquée aux personnes accueillies. Le cas échéant un plan d'action peut être arrêté.

XI- Objectifs d'évolution, de progrès et de développement

➤ Améliorer le système d'information

Objectifs opérationnels	<ul style="list-style-type: none">• Améliorer le rendu compte de l'action à travers l'exploitation d'un système d'information permettant des requêtes multiples• Sécuriser les données en réponse en cela au RGPD
Groupe projet	Direction, directrice adjointe, chef de service, services administratifs et équipe LHSS / ACT
Sous la responsabilité de	Directrice
Moyens à mettre en œuvre	Etude et déploiement d'un logiciel Ad- hoc
Echéance	Fin 2022
Résultats effets attendus	Rendre visible la plus-value de l'accompagnement mis en œuvre
Indicateurs	Qualité des rapport d'activité

➤ **Diagnostiquer les risques psycho-sociaux,**

Objectifs opérationnels	<ul style="list-style-type: none"> • Répondre à l'obligation de mise en place du Document unique d'évaluation des risques professionnels au sein de l'ANEF (DUERP) • Y intégrer l'identification des risques psycho -sociaux • Définir le plan d'action • Maintenir une politique RH qui favorise les évolutions de postes
Groupe projet	COFIL qualité, groupe constitué en lien avec la dimension DUERP, accompagnement de la médecine du travail, futur Conseil Social et Economique dans sa dimension santé au travail
Sous la responsabilité de	Directrice
Moyens à mettre en œuvre	Elaboration du DUERP avec l'accompagnement technique de la médecine du travail
Echéance	Fin 2019 pour toutes les unités de travail de l'ANEF Cantal dont les LHSS et les ACT
Résultats effets attendus	Implication de tous les acteurs dans la promotion de la qualité de vie au travail. Participation active des différents acteurs à l'identification des solutions
Indicateurs	Etude de la variation du nombre d'arrêt maladie et de la sinistralité

GLOSSAIRE

ACT : Appartement de coordination thérapeutique

AED : Aide éducative à domicile

AEMO : Aide éducative en milieu ouvert

AHI : Accueil hébergement insertion

ANESM : Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux

ANPAA : Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie

APL : Aide personnalisée au logement

ARA : Auvergne-Rhône-Alpes

ARS : Agence régionale de santé

AS : Assistant de service social

AVDL : Accompagnement vers et dans le logement

CESF : Conseiller en économie sociale et familiale

CHRS : Centre d'hébergement et de réinsertion sociale

CSAPA : Centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie

DAHLIR : Dispositif d'accompagnement du handicap vers les loisirs intégrés et réguliers

DASRI : Déchets d'activité de soins à risques infectieux

DDCSPP : Direction départementale de la cohésion sociale et protection des populations

DIHAL: Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement

ES : Educateur spécialisé

ESMS : Établissements sociaux et médico-sociaux

HAD : Hospitalisation à domicile

HIV/ VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

IDE : Infirmier diplômé d'Etat

INSEE : Institut nationale de la statistique et des études économiques

LHSS : Lits halte soins santé

MDPH : Maison Départementale des personnes handicapées

MECS : Maison d'enfants à caractère social

PASS : Permanence d'accès aux soins de santé

RBPP: Recommandation de bonne pratique professionnelle

RESAPAC : Réseau départemental d'accompagnement et de soins palliatifs

RGPD: Règlement général de protection des données

SAVS : Service d'accompagnement à la vie sociale

SIAO : Service intégré d'accueil et d'orientation

SPIP : Service pénitentiaire d'insertion et de probation

SSIAD : Service de soin infirmier à domicile

UDAF : Union départementale des associations familiales

VHC : Virus de l'hépatite C