

## Appartements de Coordination Thérapeutique



# SOMMAIRE

LE PÔLE DE SERVICES DE L'ASSOCIATION P.3

DES SERVICES PROCHES DE CHEZ SOI P.4

LES ENJEUX P.5

## 1 LE SERVICE, L'ÉQUIPE

Les Points de repères P.6  
Les professionnels P.7  
Nos principes d'intervention P.8

## 2 LES PERSONNES ACCOMPAGNÉES

Le Portrait départemental P.9 et P.10  
Les besoins P.11

## 3 L'ACCOMPAGNEMENT PAR LE SERVICE

Synthèse P.12  
L'autodétermination P.13  
La participation P.14  
Le Projet personnalisé d'accompagnement P.15  
L'éducation Thérapeutique de Patient P.16  
L'inclusion P.17

## 4 LE PARTENARIAT ET LES RESSOURCES

La structuration de notre partenariat P.18 et P.19  
La coordination partenariale P.20  
La place des aidants P.21

## 5 LE PLAN D'ACTION ET SA MISE EN OEUVRE

L'évolution de l'offre P.22  
La conduite du plan d'actions sur 5 ans P.23  
Le Plan d'Actions P.24 et P.25  
Le dispositif habitat, vie sociale et santé P.26  
Les ressources de l'établissement, du pôle et du siège P.27  
Organigramme du pôle de service P.28

**Faire grandir et développer  
le « pouvoir d'agir »**

### « Ecrire notre projet de service

C'est une belle occasion collective de partager le contenu de notre action en équipe, avec les personnes accompagnées, les familles, les aidants et nos partenaires.

C'est la possibilité pour nous de regarder et donner du sens aux évolutions à l'œuvre dans notre environnement, dans notre association et les prendre en compte dans nos accompagnements.

C'est imaginer et tracer les actions que nous voulons réaliser pour les années à venir au service des personnes et de leurs proches.

L'écriture nous donne des repères pour notre travail et dessine des perspectives.

**Aujourd'hui prenons le temps ensemble de  
faire vivre notre projet»**

**David Sénécal,**  
Directeur du Pôle de Services  
de l'Adapei-Nouvelles Côtes d'Armor

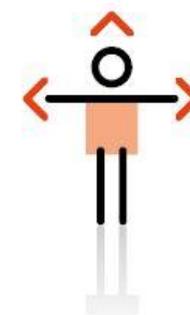
# Le PÔLE de SERVICES adultes de l'Adapei-Nouvelles

## Le Pôle de Services en chiffres



**734**

PERSONNES  
ACCOMPAGNEES



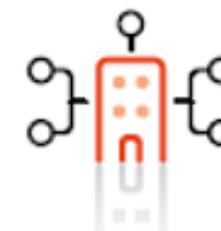
**9** services

SAVS SAMSAH  
ACT/ ACT hors les murs  
HHC /GEM /  
ASLL/ AESF  
POLE RESSOURCES



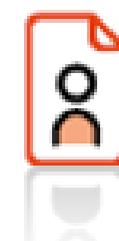
**70**

SALARIES



**111**

LOGEMENTS  
ACCOMPAGNES



**PROFESSIONNELS**

DE SANTE : 15  
EDUCATIF et SOCIAL : 24  
ADMINISTRATIF : 10  
ENCADREMENT : 11



**+ de 1200**

PROFESSIONNELS  
PARTENAIRES



# LES ENJEUX DU PÔLE SERVICES

Promouvoir **le pouvoir d'agir** des personnes dans nos accompagnements;

Renforcer **la participation des personnes** dans nos accompagnements, dans notre organisation;

**Enrichir nos accompagnements** par l'évolution de nos pratiques professionnelles grâce à la formation et l'expérimentation.

Intégrer notre pratique d'accompagnement dans et avec **le droit commun**;

**Agir sur l'environnement** de vie des personnes avec les personnes;

**Coopérer** pour ouvrir les perspectives **avec les 4 piliers** : personnes, professionnels, familles, partenaires;

Développer la **prévention en santé et santé mentale**



## LES ENJEUX DES ACT

Mettre en œuvre les principes de **l'Education Thérapeutique du Patient** dans l'ensemble des outils d'accompagnement : PPA, ateliers collectifs, entretiens individuels, outils d'évaluation...

Favoriser et développer la **participation des personnes accueillies**: organiser le recueil de la satisfaction des personnes, relancer les Conseil de vie Social.

Centraliser nos outils et informations au sein du nouveau **DUI: Dossier Unique Informatisé du Patient**.

**S'ouvrir** avec les personnes sur l'extérieur, agir sur l'environnement par des actions citoyennes, des temps forts, le développement d'actions d'appui...

Travailler notre **accessibilité** à travers la **traduction en langues étrangères** et **FALC** de nos outils, en associant les personnes et ayant systématiquement un interprète lorsque la personne ne parle pas la langue.

Mettre en place notre évaluation externe et s'y référer dans notre démarche qualité

UNE IDÉE NOUS GUIDE

Partager ces enjeux, c'est y contribuer concrètement individuellement et collectivement.



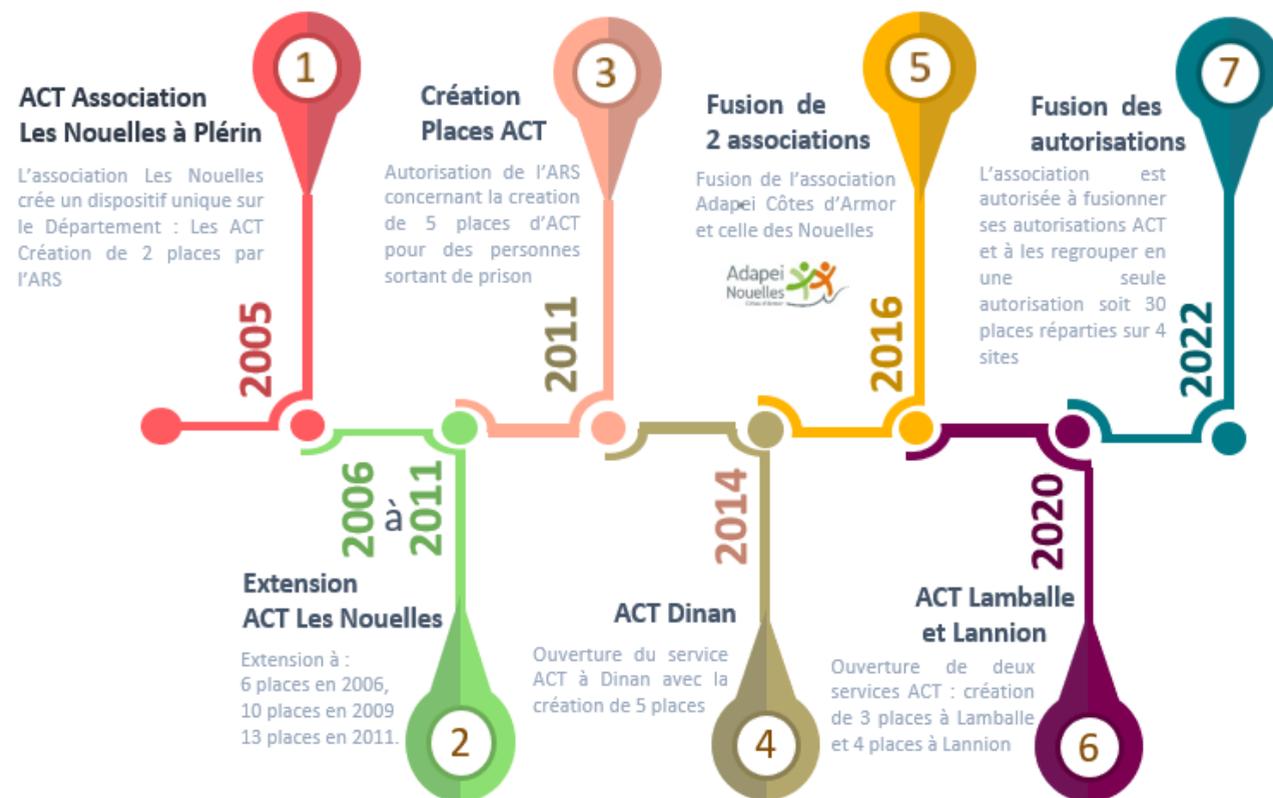
# 1 LE SERVICE, L'EQUIPE

## Les points de repères

APARTEMENT DE COORDINATION THERAPEUTIQUE  
STRUCTURE QUI HÉBERGE À TITRE TEMPORAIRE DES PERSONNES EN SITUATION DE FRAGILITÉ PSYCHOLOGIQUE ET SOCIALE NÉCESSITANT DES SOINS ET UN SUIVI MÉDICAL.

30 appartements

ST-BRIEUC (18) – DINAN (5) – LANNION (4) – LAMBALLE (3)



En 1994, une circulaire stipule la mise en place d'un programme expérimental de structures d'hébergement temporaire et d'accompagnement pour des malades du sida. Les premiers appartements sont ouverts pour permettre aux personnes de sortir de la rue et de leur assurer un suivi médical.

En 2002, les Appartements de Coordination Thérapeutiques disposent du statut d'établissements médico-sociaux et s'ouvrent à toutes les pathologies chroniques.

### Cadres et missions réglementaires :

- La Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale
- Le décret n°2002-1227 du 3 octobre 2002 qui définit les missions des ACT
- La Circulaire DGS/SD6/A/DGAS/DSS/2002/551 du 30 octobre 2002
- Le Décret n° 2020-1745 du 29 décembre 2020

### La maladie chronique somatique en ACT

Selon le plan 2007-2011, pour « l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladie chronique », élaboré par le ministère de la santé en avril 2007, une maladie chronique est **une maladie de longue durée, évolutive associée à une invalidité et à la menace de complications graves.**

L'OMS, quant à elle, définit la maladie chronique comme « tout problème qui nécessite une prise en charge sur une période de plusieurs années ou de plusieurs décennies »

### Précarité sociale et pauvreté

La précarité désigne la situation sociale d'une personne dont les conditions de vie ( revenus, logement, situation familiale.....) et emploi à venir sont marquées par une forte incertitude.

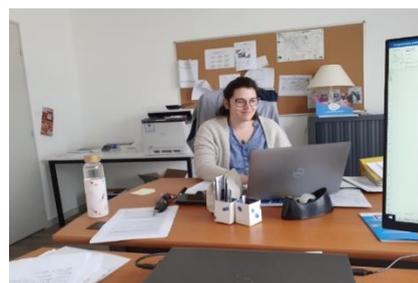
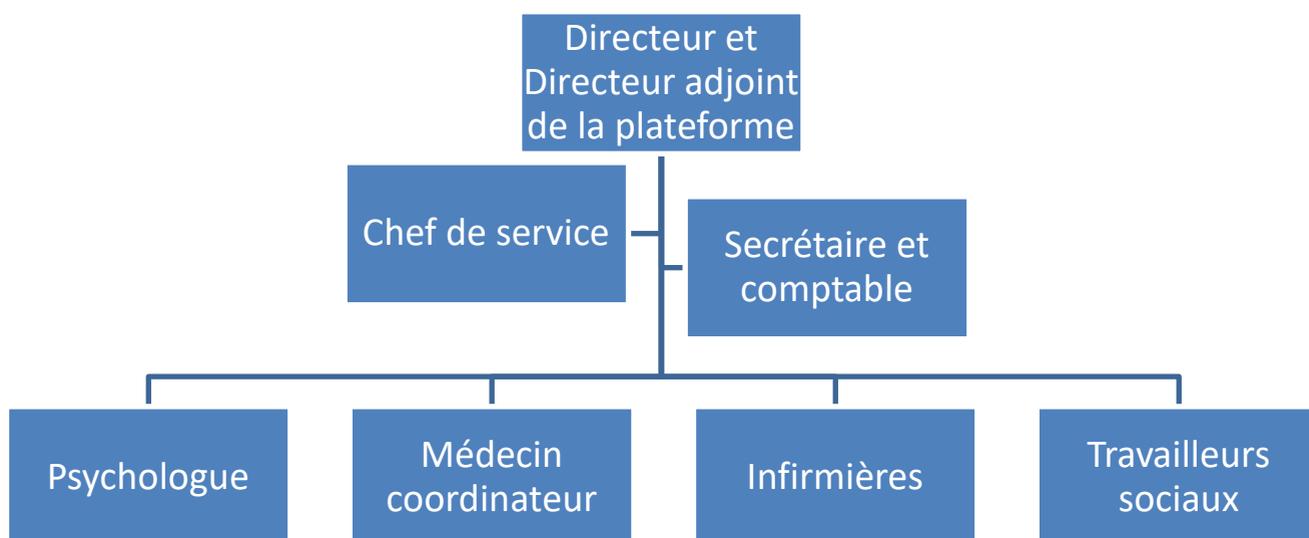
La pauvreté caractérise, quant à elle, la situation d'individus, de groupes, démunis de ressources jugées essentielles et se trouvant dans une grande précarité.

L'impact de l'environnement social et du milieu de vie n'est plus à démontrer dans l'accompagnement des personnes atteintes de maladie chronique, qu'elles soient somatiques ou non. La maladie se vit dans le rapport que le sujet entretient avec le monde et avec son corps en souffrance.

# 1 LE SERVICE, L'ÉQUIPE

## Les professionnels

Piloté par le directeur de la plateforme et le directeur adjoint, l'équipe pluridisciplinaire des Appartements de Coordinations Thérapeutiques est composée d'un chef de service, d'un médecin coordinateur, d'infirmières, de travailleurs sociaux, d'un psychologue, d'une secrétaire et d'un comptable.



**Une équipe pluridisciplinaire**  
Un binôme pour la référence médico-sociale :

### Les infirmières :

- S'assurent de la continuité et de la cohérence du plan de soin, c'est à dire la prise des rendez-vous et leur accompagnement. Ce plan est réajusté en fonction des problématiques de santé rencontrées et des objectifs fixés par l'occupant.
- Observent et surveillent les signes cliniques liés à la pathologie, ainsi que les effets secondaires des traitements. Si besoin, elles contactent le médecin généraliste référent ou le spécialiste concerné.
- Évaluent la satisfaction des besoins de la personne afin de proposer des objectifs permettant un accompagnement vers l'autonomie
- Proposent des conseils de prévention et d'éducation à la santé lors des entretiens infirmiers et d'ateliers collectifs

### Le travailleur social :

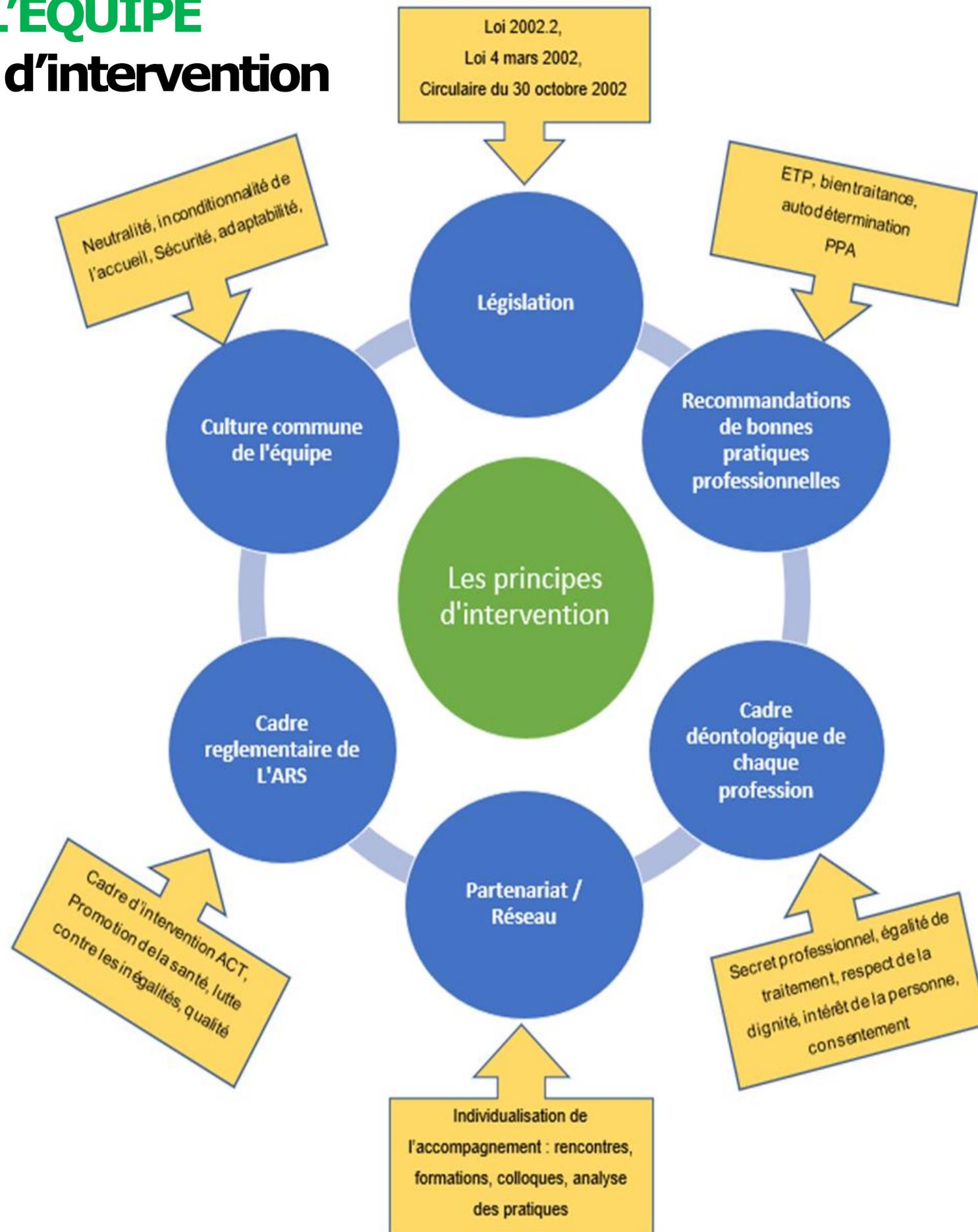
- évalue avec la personne et les partenaires les besoins sociaux
- rédige un projet social adapté à la personne et à ses souhaits. Ce projet peut être réécrit tout au long du parcours de la personne de l'entrée jusqu'à la sortie du dispositif.
- accompagne la personne dans ses démarches et ses droits ( titre de séjour, ressources, recherche de logement/hébergement adapté, aides juridictionnelles, dossier de surendettement, demande de mesure de protection, recherche d'aides à domicile...)
- Aide la personne à se mettre à jour et à avoir une organisation dans sa situation administrative et budgétaire
- Accompagne vers une réinsertion professionnelle lorsque cela est possible
- Aide la personne à renouer avec des activités culturelles et sportives

# 1 LE SERVICE, L'ÉQUIPE

## Nos principes d'intervention

### L'accompagnement pour un suivi médical

- assuré par le médecin et les infirmières :
- coordination du parcours de soin,
  - orientation vers les services médicaux ou paramédicaux,
  - observance des traitements, prévention et éducation à la santé.



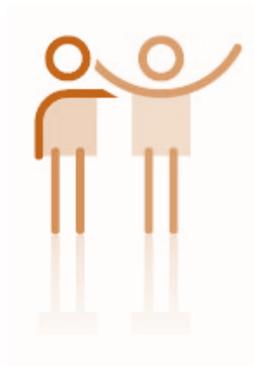
### L'accompagnement psycho-social

- assuré par les travailleurs sociaux et les psychologues :
- écoute et soutien,
  - accès aux droits,
  - soutien dans la gestion de la vie quotidienne,
  - lien social,
  - accompagnement administratif et budgétaire,
  - accompagnement psychologique,
  - orientation vers les partenaires,
  - aide à la réalisation du projet de sortie

## 2 LES PERSONNES ACCOMPAGNEES

# Ressources

### Portrait des personnes accompagnées



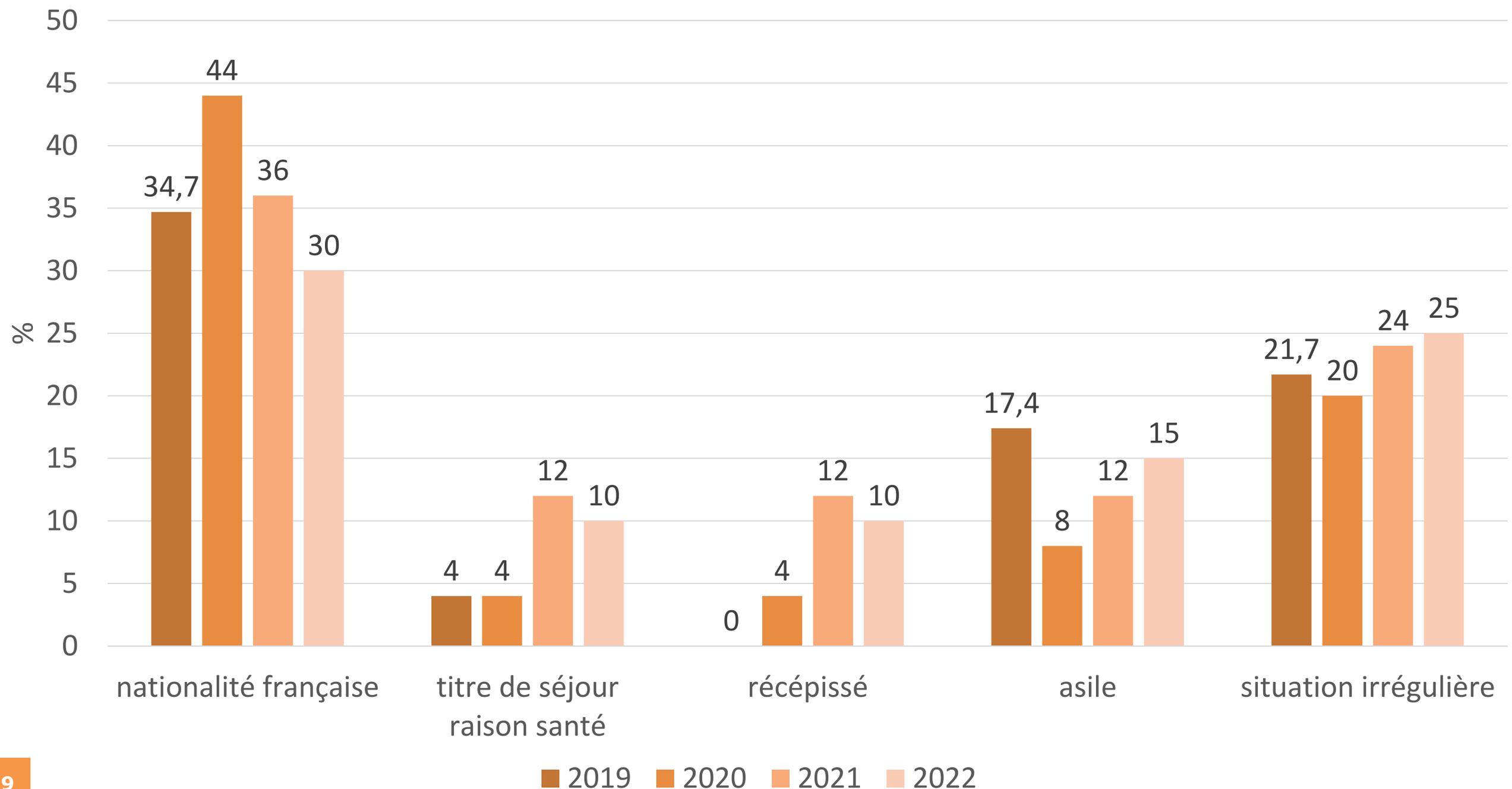
**38** personnes accompagnées (2022)



26 % des personnes sont sans ressources

34% des personnes perçoivent l'AAH

situation administrative des personnes



## 2 LES PERSONNES ACCOMPAGNEES

### Portrait des personnes accompagnées

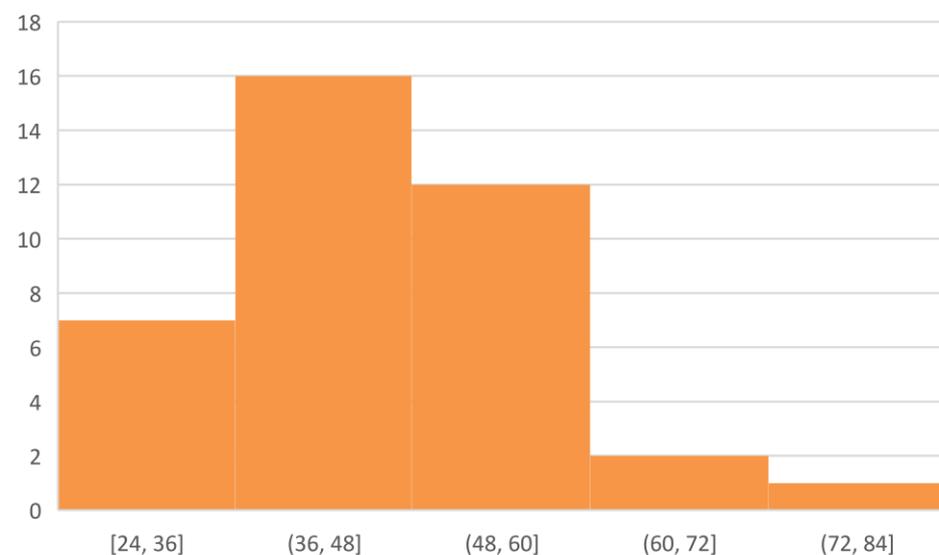


**38 personnes accompagnées** (2022)



homme : 66%  
femme : 44%

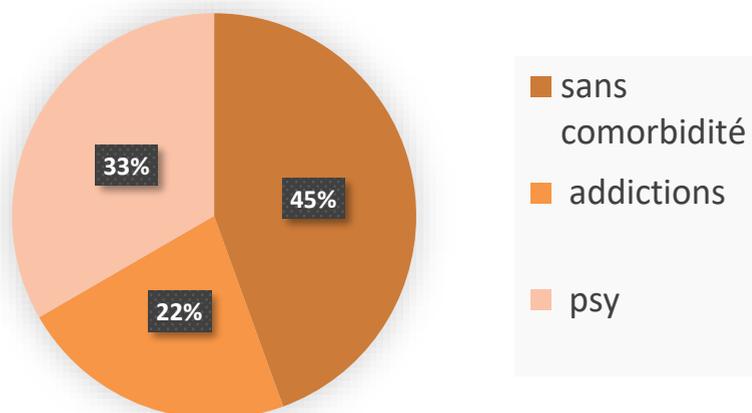
#### ÂGES



#### Santé

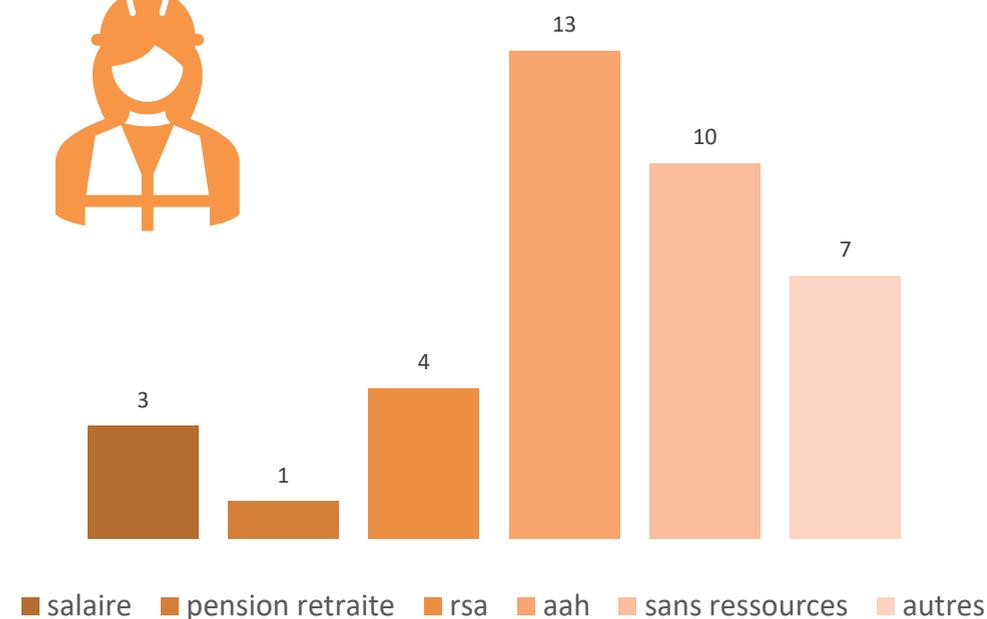
présence d'un médecin généraliste : 100%

#### Comorbidités

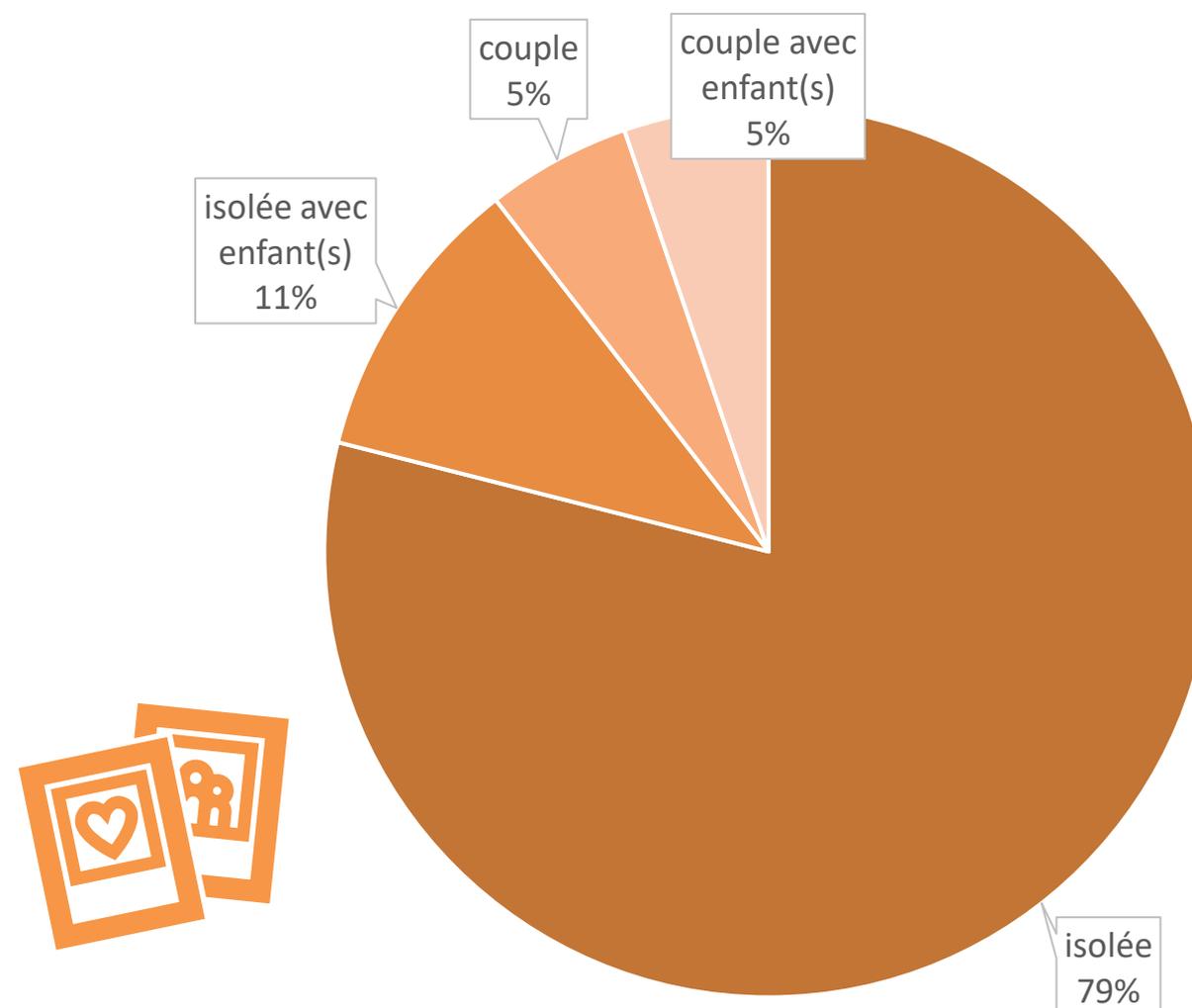


#### Emploi

En emploi : 5 personnes  
Sans activité : 30 personnes  
Retraité : 3 personnes



#### Composition Familiale :



## 2 LES PERSONNES ACCOMPAGNÉES

### Les Besoins



#### ► Les besoins en matière de santé somatique ou psychique:

Les personnes accompagnées ont besoin d'un toit, d'être à l'abri, de se sentir en sécurité pour **se soigner, entretenir et prendre soin de leur santé** dans les meilleures conditions. Il s'agit pour elles d'assurer leur **bien-être physique et mental**, notamment par la mise en place d'un suivi régulier et des consultations auprès de professionnels de santé (médecin, psychologue, infirmiers, kinésithérapeute, ophtalmologiste...). La **Réinstauration de son image et l'estime de soi** sont aussi des besoins exprimés par les personnes qui portent un regard négatif sur elles-mêmes, essentiellement en raison de parcours de vie chaotiques.

#### ► Les besoins en matière de participation sociale :

La maladie chronique et la précarité sociale entraînent un isolement important des personnes dans leur vie sociale et une perte de confiance totale en leurs capacités. Cela génère des besoins pour une reprise progressive à une vie « normale », une reconnaissance sociale :

- Besoins pour **accéder aux droits et à la citoyenneté** : avoir un logement (parc privé ou social), obtenir des droits (titre de séjour, aides spécifiques...), participer à la vie sociale (bénévolat...), pratiquer une religion...
- Besoins pour **vivre dans un logement** : savoir habiter, entretenir un logement...
- Besoins pour **accomplir les activités domestiques** : préparer un repas, faire son ménage, gérer l'entretien de son linge...
- Besoins pour **accéder à l'emploi** : gagner de l'argent, pouvoir financer notamment un futur logement à la sortie du service (les personnes sont souvent sans ressources).

#### ► Les besoins en matière d'autonomie :

Le service d'Appartements de Coordination Thérapeutique accompagne les personnes dans leur parcours de vie en leur donnant les « clés » pour qu'elles puissent faire leurs propres choix au regard de leurs besoins en mobilisant leurs compétences et les ressources de leur environnement :

- Besoins en lien avec **les relations et interactions avec autrui** : se sentir exister, renouer avec son histoire, sa famille, son entourage
- Besoins pour prendre des **décisions adaptées** : faire des choix dans les divers domaines de la vie quotidienne, faire face au stress...

« **ACT c'est comme ma maison, j'ai un toit sur la tête, je suis protégé par rapport à ma santé, à mes émotions. C'est calme et chaleureux. Je suis aussi protégé par rapport à toutes mes démarches...** »

# 3 L'ACCOMPAGNEMENT PAR LE SERVICE

## Synthèse

### ADMISSION ACT



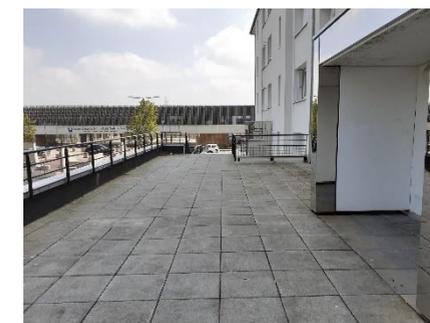
Service ACT St-Brieuc



Service ACT Dinan



Service ACT Lamballe



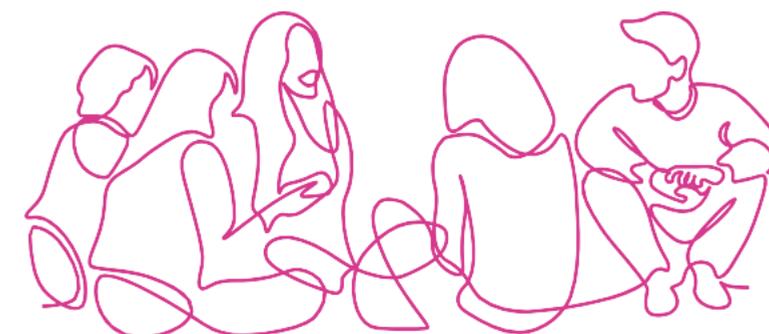
Service ACT Lannion

**Sortie**  
avec accompagnement ACT ou  
Orientation vers droit commun

## 3 L'ACCOMPAGNEMENT PAR LE SERVICE

### L'autodétermination

«J'ai besoin des ACT, j'ai réussi à faire confiance et à me mettre plus à l'aise... »



#### ► AUTODETERMINATION

L'auto-détermination est la **capacité d'agir** et de gouverner sa vie, de faire des choix et de prendre des décisions libres d'influences et d'interférences externes exagérées. Wehmeyer et Sand, 1996. L'auto-détermination est la capacité que possède une personne ou une communauté de **choisir librement** (ce qui requiert la présence d'une alternative), de transformer son choix en une décision (ce qui requiert la capacité d'analyser), d'agir en fonction de sa décision (ce qui veut dire être prêt à assumer les conséquences de l'action) en d'autres mots, la capacité de prendre un risque.

**" Faisons valoir nos droits.  
Revendiquons nos  
propres choix! "**

#### ► EXPRESSION DES DROITS

Pour développer l'accès aux droits, nous avons plusieurs objectifs à renforcer ou à mettre en œuvre :

- Informer, permettre la **connaissance et la compréhension** et leurs droits
- Accompagner à l'exercice de ces droits
- Garantir le **respect des droits** au sein du service et au cours de l'accompagnement.
- Veiller à la confidentialité des informations les concernant et à leur libre accès.
- Structurer et accompagner la participation des personnes au fonctionnement du service.



# 3 L'ACCOMPAGNEMENT PAR LE SERVICE

## La participation

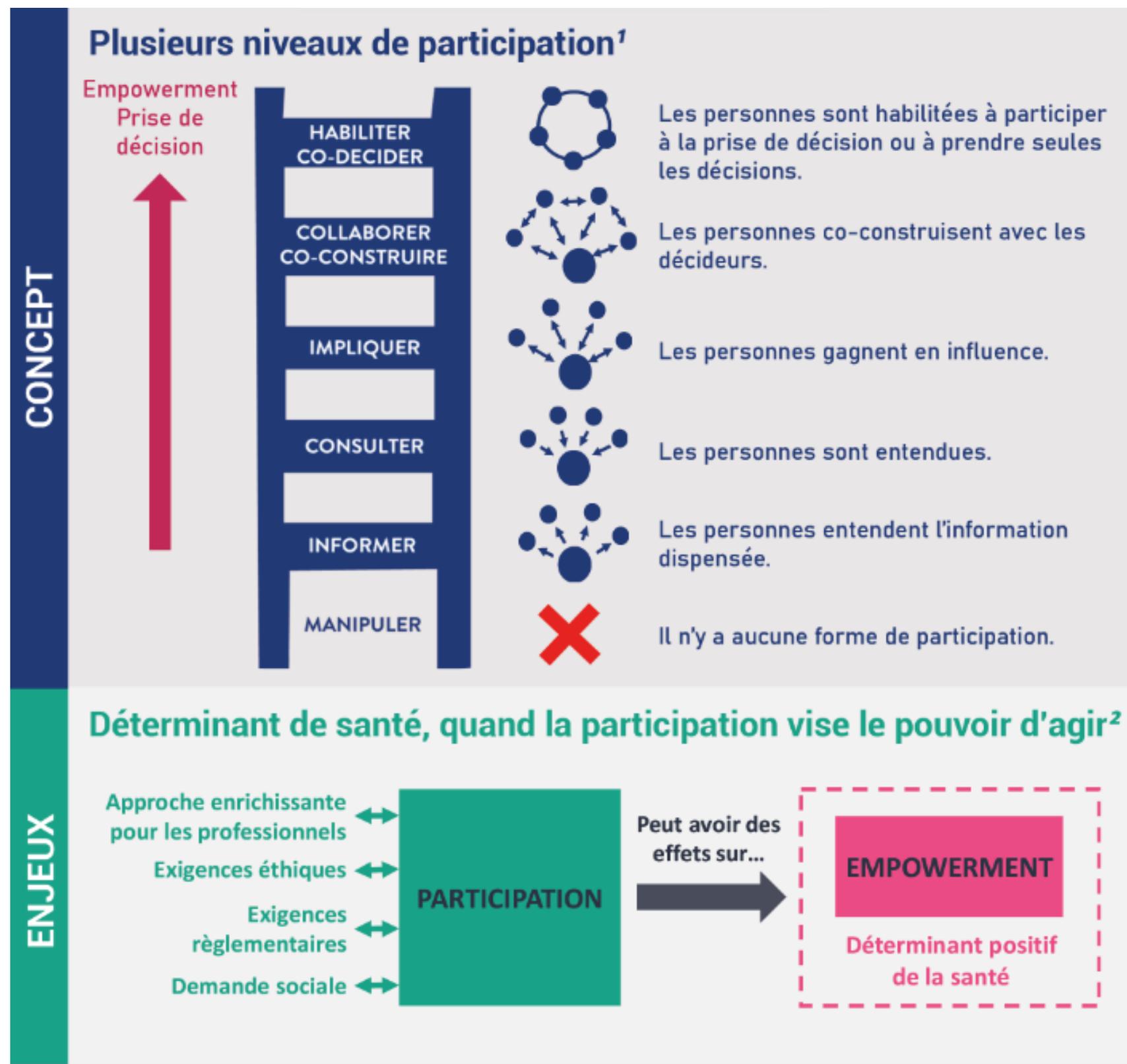
Je participe, un peu, beaucoup, pas du tout...

### ► PARTICIPATION SOCIALE

La loi du 04 Mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé est applicable dans notre service, elle définit le **droit au respect de la dignité** des personnes malades, l'absence de la discrimination dans l'accès à la prévention et aux soins et l'obligation de respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix.

Une habitude de vie est une activité courante ou un rôle social valorisé par la personne ou son contexte socioculturel selon ses caractéristiques (âge, sexe, l'identité socioculturelle, ...). Les habitudes de vie ou la performance de réalisation en situations de vie sociale assurent la survie et **l'épanouissement d'une personne** dans sa société tout au long de son existence. ».

La participation sociale est un **fil conducteur de l'accompagnement** proposé sur le service (projet personnalisé, groupe d'expression, activités collectives)

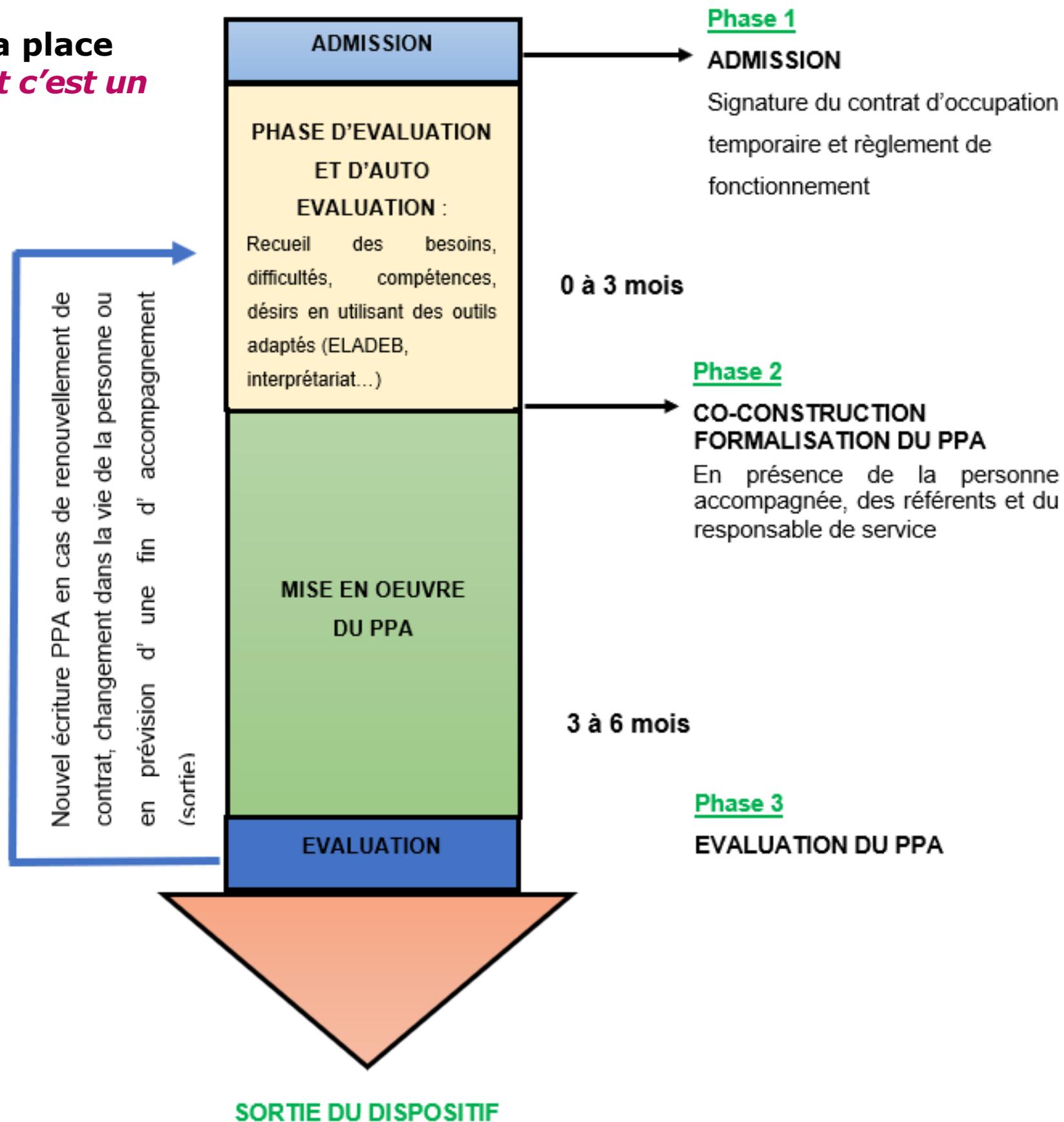


# 3 L'ACCOMPAGNEMENT PAR LE SERVICE

## Le Projet Personnalisé d'Accompagnement



«On ne peut plus parler à la place des personnes (...) *Le projet c'est un droit ...*»



**“ Faisons valoir nos droits. Revendiquons nos propres choix! ”**

Le parcours de la personne accompagnée est composé de plusieurs phases devant faire l'objet de rencontres. Des temps indispensables puisqu'ils permettent de recueillir l'expression de la personne et de coconstruire son projet d'accompagnement



# 3 L'ACCOMPAGNEMENT PAR LE SERVICE L'éducation Thérapeutique du Patient

NOUS EXPLORONS ET EXPÉRIMENTONS DE NOUVEAUX MODÈLES

► Comment l'ETP transforme nos pratiques

## L'Education Thérapeutique du Patient (ETP)

Définie par la Haute Autorité de santé (HAS), se référant à l'OMS dans ses recommandations : « l'Education thérapeutique vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique ».

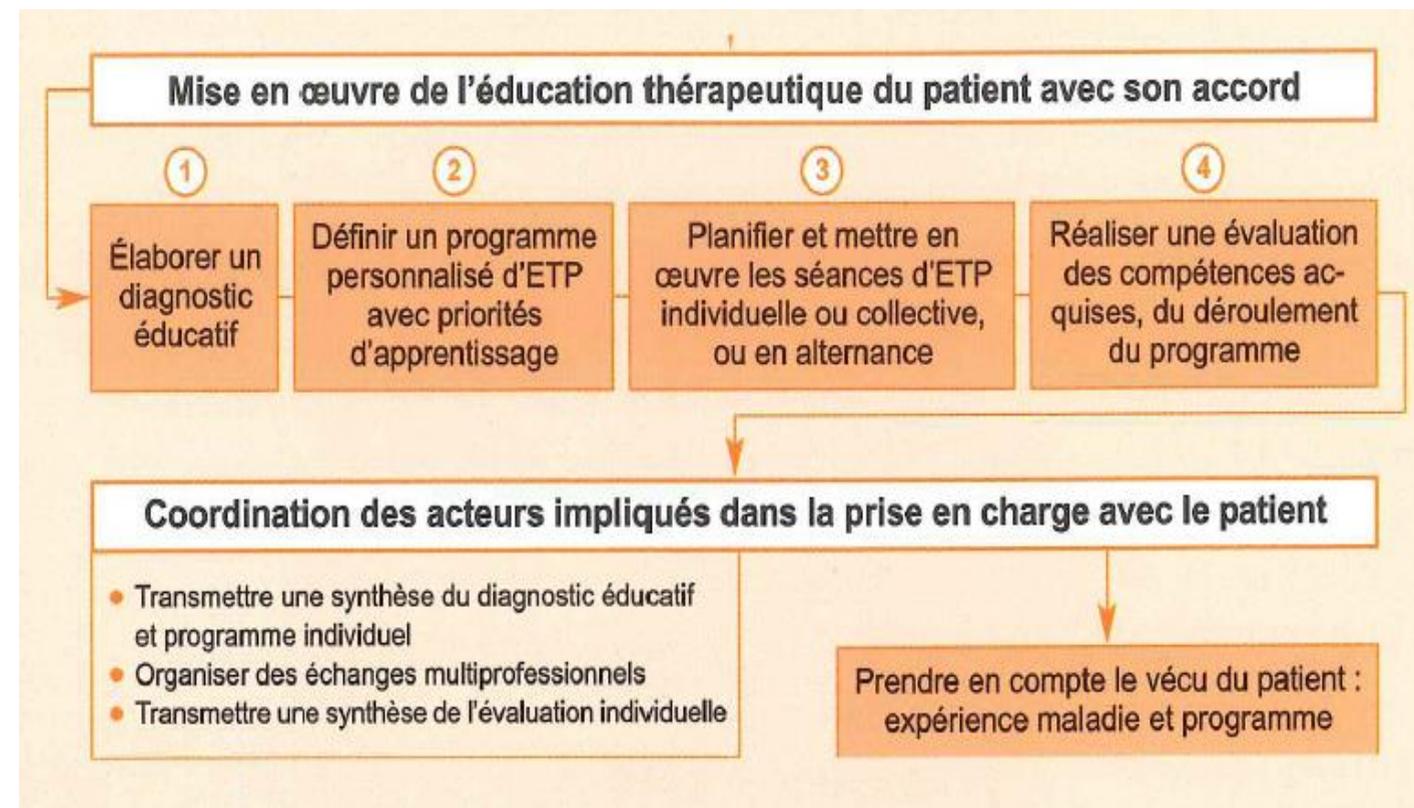
L'éducation thérapeutique est un enjeu majeur de notre accompagnement dans le sens, où elle implique l'ensemble de l'équipe dans sa mise en œuvre. A terme, elle tend à rendre la personne atteinte de maladie chronique plus autonome par l'appropriation de savoirs et de compétences afin qu'elle devienne actrice de son changement de comportement, à l'occasion d'évènements majeurs de la prise en charge (initiation du traitement, modification du traitement, événements intercurrents,) mais aussi plus généralement tout au long du projet de soins, avec l'objectif de disposer d'une qualité de vie acceptable.



De par ses spécificités, notre service est confronté à un ajustement permanent quant à la pertinence, au sens et aux perspectives de nos interventions.



Brise-glace (séance ETP)



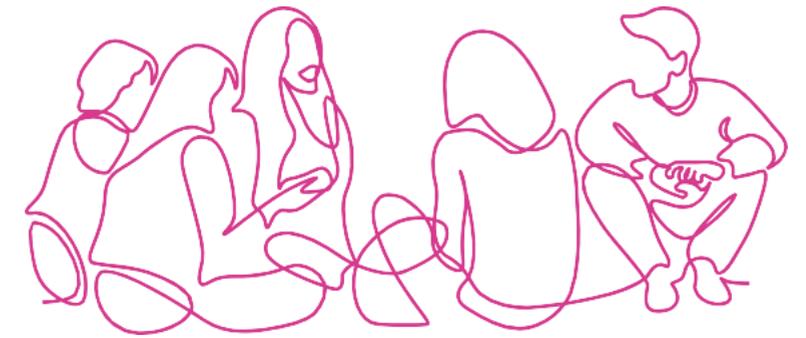
### UNE IDÉE NOUS GUIDE



« Aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin »

## 3 L'ACCOMPAGNEMENT PAR LE SERVICE

### L'inclusion



Après la phase d'installation dans le logement temporaire et la phase de stabilisation notamment concernant leur état de santé, les personnes peuvent alors commencer à évoquer leur projet de vie à la fin de l'accompagnement par le service d'appartements de coordination thérapeutique.

La personne, soutenue par les professionnels, peut alors se fixer des **objectifs et moyens à mettre en œuvre** (projet personnalisé d'accompagnement - PPA) pour **faire valoir ses droits** dans les divers domaines de la vie quotidienne.

Souvent en perte de confiance et confronté à l'isolement social, la question de l'inclusion des personnes accompagnées est un enjeu important. Diverses modalités d'accompagnement sont proposées pour favoriser cette reprise de lien social, le développement et le renforcement de compétences psychosociales pour leur **participation citoyenne** :

#### Au sein du service et réseau ACT :

- Organisation de groupes d'expression avec les personnes accompagnées sur chaque territoire
- Information sur le Collège Régional des Personnes Accompagnées (CRPA) au sein de la Fédération des Acteurs de la Solidarité (FAS)
- Sur la base de bilan éducatif partagé (BEP), création de séances d'Education Thérapeutique du Patient (ETP)

#### Au sein de la cité :

- Sensibilisation à la citoyenneté (participation bénévole dans des manifestations)
- Mise en lien avec des espaces associatifs et solidaires (centres sociaux, cafés, GEM...)
- Inscription dans des loisirs de proximité (associations sportives, culturelles)
- Mise en situation pour l'accès au numérique, à l'utilisation des moyens de transports



# 4 LE PARTENARIAT ET LES RESSOURCES

## Structuration de notre partenariat

L'identification d'une personne assurant la fonction de coordination au sein des ACT a pour but de ;

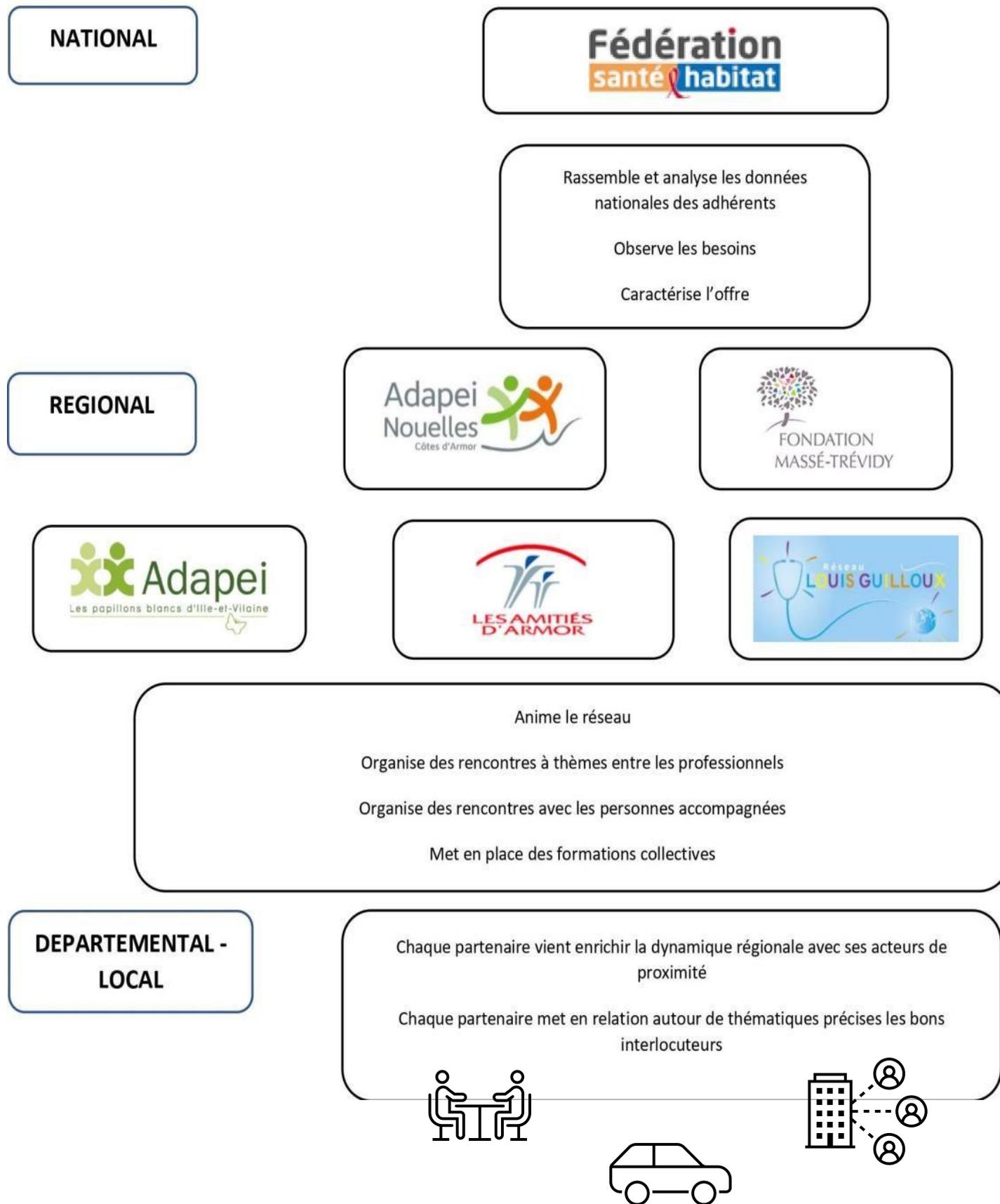
- **Garantir la complémentarité, la cohérence des interventions et leurs nécessaires ajustements.**
- **Coordonner les professionnels amenés à intervenir pour faciliter le parcours de la personne ;**

Les interventions auprès d'une même personne peuvent être réalisées dans des contextes variés, dans un service ou établissement, et par des intervenants de différents secteurs.



**Moyens à privilégier et mettre en oeuvre :**

**Journée Inter-ACT Bretagne, Conventions partenariales, Réunions de concertation, Réunions d'information, Adhésion à la Fédération Santé Habitat ...**



## 4 LE PARTENARIAT ET LES RESSOURCES

### La structuration de notre partenariat

#### Comment mieux collaborer pour mieux accompagner

En échangeant, en rencontrant nos partenaires, en participant à des temps d'échange et de rencontres au niveau territorial comme regional ou national

Inscription et coopération sur le territoire afin d'organiser la complémentarité et la continuité des prises en charge et des accompagnements

En favorisant l'alliance thérapeutique avec la personne accompagnée et les différents intervenants

“ Le partenariat avec les professionnels des ACT permet de travailler de concert afin de répondre de façon efficiente aux besoins et attentes des personnes vulnérables qui y trouve un accompagnement de qualité. ” *parole d'un mandataire*



Les services ACT adhère à la **Fédération Santé et Habitat** dont la mission est d'initier un réseau d'informations, de réflexions et de formations; d'être un interlocuteur des pouvoirs publics; de pérenniser les formes d'hébergements et leur donner les moyens de s'adapter à l'évolution des pathologies et des besoins médico-sociaux



#### Promouvoir

et soutenir la place et la participation des personnes au sein de la Fédération et des structures qui les accueillent et les accompagnent.

#### Expression et participation de tous

Nous mettons tout en œuvre pour faire de la participation et l'expression des personnes accompagnées, un objectif prioritaire des adhérents, des équipes et des instances de la Fédération.

#### Humanisme et Solidarité

Nous affirmons et revendiquons la primauté de l'humain sur l'économique, et la volonté de solidarité envers les personnes les plus vulnérables, du fait de la maladie et de la précarité, dans la recherche d'une gestion en synergie avec les politiques publiques.

## 4 LE PARTENARIAT ET LES RESSOURCES

### La Coordination partenariale

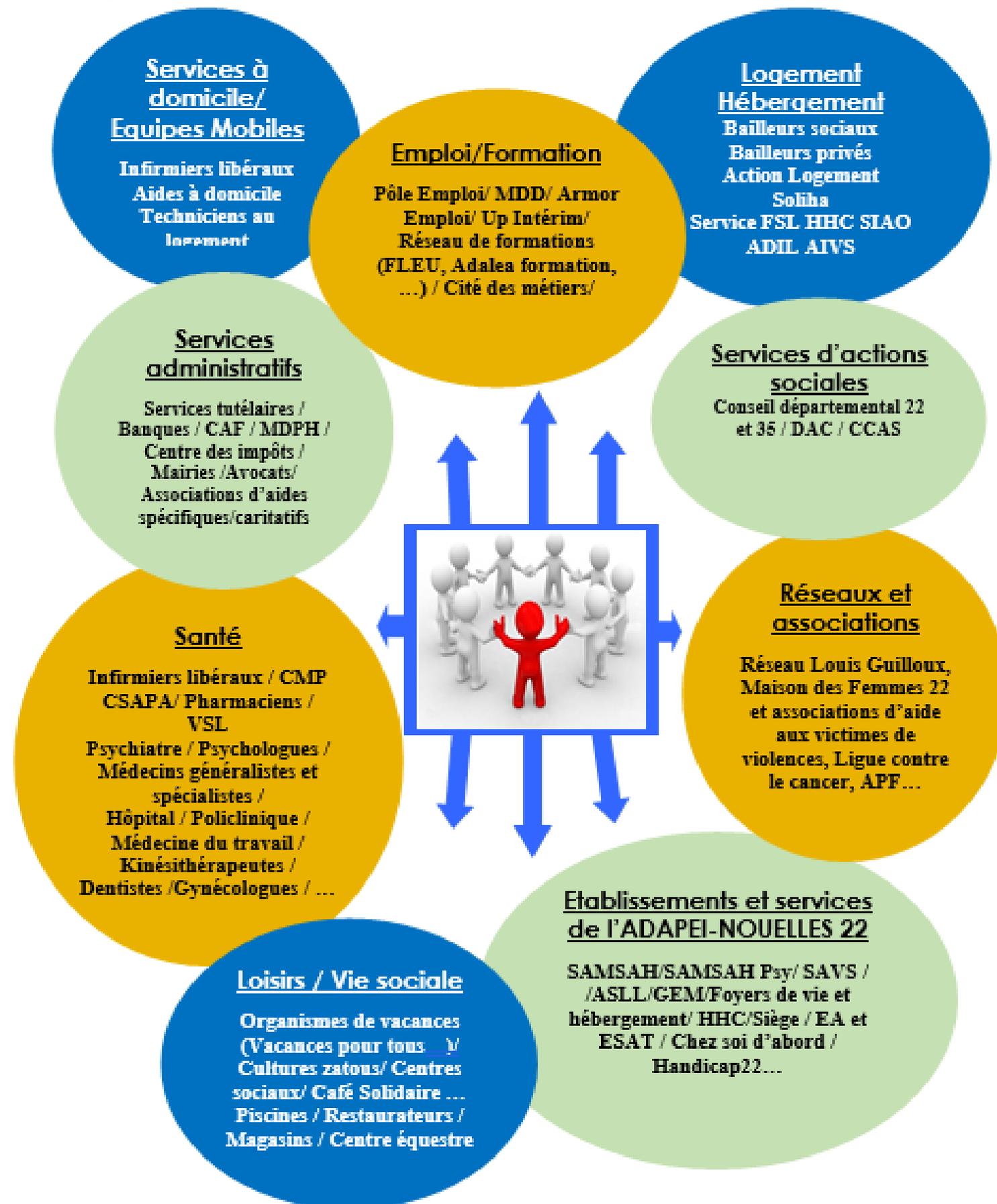
La **coordination** a pour finalité d'organiser la complémentarité et la continuité des prises en charge et des accompagnements. La coordination à mettre en place dépend de la situation de la personne.

Cette coordination doit être renforcée en cas d'identification de facteurs de risque, notamment lors de transitions (entrée, sorties du dispositif).

Si ces périodes de transition ne sont pas anticipées et préparées, elles peuvent entraîner des impacts négatifs sur la personne et son bien-être et provoquer des ruptures de parcours.

La coordination et un partenariat renforcé autour de la personne sont nécessaires pour améliorer les résultats concrets des **processus de transition**. L'objectif est d'assurer une **continuité et une cohérence des interventions** lors de ces transitions.

“La pharmacie aide à comprendre, le médecin aussi, maintenant : je n'ai pas de problème pour aller aux consultations entre St Briec et Rennes : j'ai appris. » « L'infirmière ACT aide beaucoup, j'ai besoin d'aide pour mes médicaments, les ordonnances, elle prend les rendez-vous médicaux... quand je suis tout seul j'ai du mal à gérer mes pensées. *«témoignage d'une personne accompagnée»* »



## 4 LE PARTENARIAT ET LES RESSOURCES

### La place des aidants

La place de la famille et de l'entourage dans l'accompagnement dépend toujours du choix de la personne pouvant entraîner et/ou pas une relation de coopération. Si la famille est identifiée comme une **ressource pour la personne**, elle peut avoir une place dans le projet de la personne. Cela ne peut se faire sans son **consentement**.

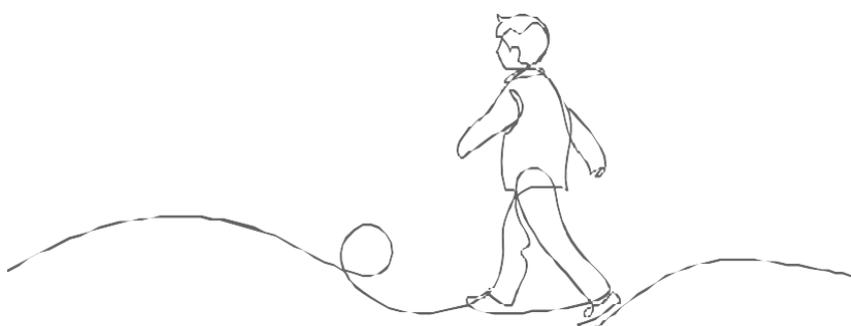
Il est important de tenir compte de la **singularité des situations** en prenant en compte le problème santé, sa capacité d'expression et d'autodétermination avec et/ou sans son entourage.

L'objectif du travail avec la famille et la personne accompagnée est de faciliter l'autonomie de la personne. Lorsqu'un partenariat est mis en place avec les parents, la famille et l'entourage nous le construisons en fonction des objectifs suivants :

- Maintenir le lien/Construire du lien/Respecter l'absence de lien,
- Permettre à chacun de retrouver sa place.
- Faire tiers dans la question du maintien/construction/absence du lien par le discours, la posture.
- Faciliter l'expression de la personne
- Permettre à chacun de se retrouver dans un nouvel équilibre familial suite à un changement de statut
- Mettre en avant nos pratiques et les conditions de participation de la famille.



*“Mon mari est respecté en tant que malade, moi aussi je suis respectée. J'ai ma place.” “Je veux accompagner mon mari, c'est normal.” témoignage de la compagne d'une personne accompagnée*



## 5 LE PLAN D'ACTION ET SA MISE EN ŒUVRE

### L'évolution de l'offre

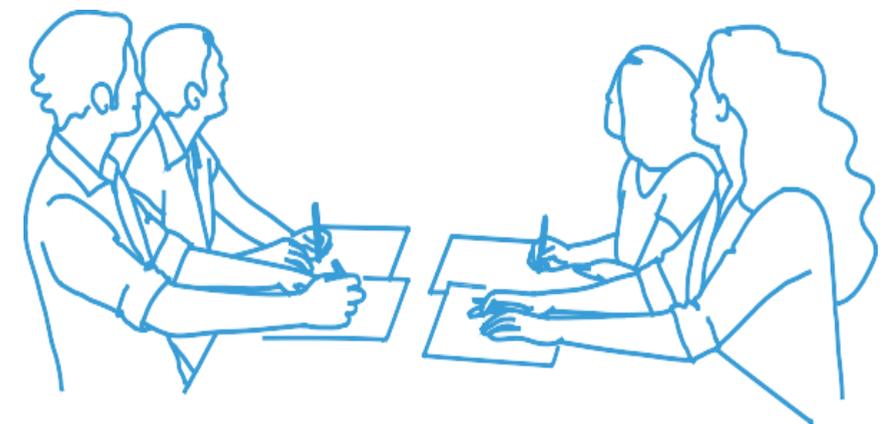
**"L'avenir sera  
collaboratif et partagé."**

Le dispositif des ACT s'inscrit dans champ du secteur médico-social aujourd'hui lui-même en cours de transformation. Cette transformation, idéologique d'un premier abord, se traduit derrière par une transformation de nos pratiques et de fait, de nos moyens pour y parvenir.

En 2017, l'ONU a en effet alerté sur l'urgence de faire évoluer nos établissements en France aujourd'hui. Elle rappelait notamment le point de vigilance à bien adapter nos services à la personne, ses souhaits et ses potentialités et non l'inverse. Elle nous a également rappelé l'importance d'essayer avec la personne, du droit à l'erreur de celle-ci dans leurs décisions ainsi que l'importance du décloisonnement des institutions et de leurs moyens pour amener la personne vers le droit commun. Et cela, même en période où l'offre de droit commun est perturbée (manque de praticiens sur le département, offre de logements très mince ou à tarifs élevés, délais administratifs plus longs, manque d'aide à domicile...).

En ce sens, les ACT d'Adapei-Nouvelles ont pour principaux **défis** sur les prochaines années :

- de pouvoir **harmoniser et coordonner nos propres pratiques et moyens dans cette évolution.**
- De pouvoir les mettre en place avec la personne
- De trouver avec **chacun**, réponse et moyens **adaptés et inclusifs dans la société**



#### UNE IDÉE NOUS GUIDE

« Accompagner la personne dans un contexte en changement »



# Conduire le plan d'action sur 5 ans

### ► PRINCIPES

Pour être mis en œuvre le projet de service est décliné en un plan d'actions prioritaires sur 5 années. **(PAP)** Il s'inscrit en cohérence avec le plan d'action stratégique de l'association et celui du pôle de services.

Ce plan d'action prioritaire repose sur plusieurs principes :

Une **planification** et une mise à jour annuelle;

La **délégation** du pilotage des actions;

La mobilisation de **nos instances** de pilotage : qualité, formation, réunion de direction

Le **dialogue** avec nos instances de représentation du personnel et représentants de proximité;

Le **soutien** des services du siège dans la conduite de l'action;



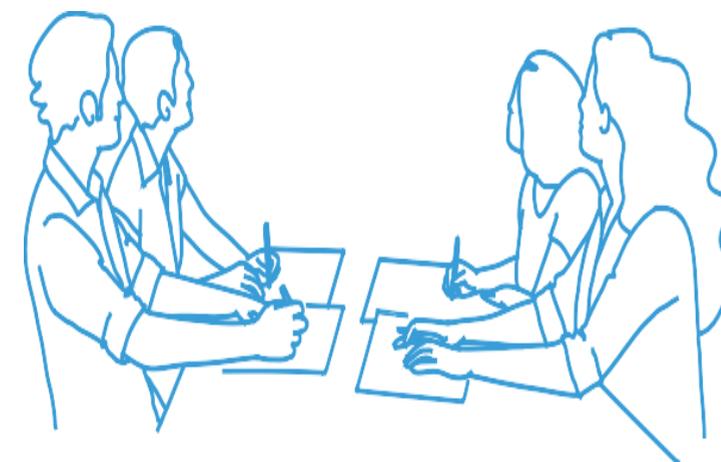
“

*Les outils du management socio-économiques sont utiles et nous aident à la conduite de notre projet”*



### UNE IDÉE NOUS GUIDE

Énoncer à l'avance ce qui devra être fait nous donne les directions pour agir.



# 5 LE PLAN D'ACTION ET SA MISE EN ŒUVRE

## Le plan d'actions

### Année 2023

Mettre en œuvre et s'approprier le nouveau Dossier Unique Informatisé (DUI)

Partager des temps de communication entre les 4 piliers autour des actions et projets développés par le service

Poursuivre la mise en œuvre de L'Education Thérapeutique du Patient (ETP)

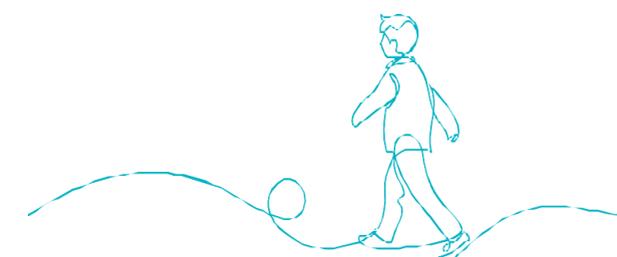
Poursuivre les réunions de travail Inter-ACT Bretagne (4 départements bretons) pour une interconnaissance, partage d'expérience et mise en œuvre d'actions spécifiques (formations, protocoles...)

Co-construire des actions citoyennes collectives avec les acteurs de la cité et projeter ces actions dans les lieux de vie sociale (centre social, GEM...)

Déployer la formation associative « Nouveaux modes d'accompagnement » à l'ensemble des professionnels

Elaborer le projet de service 2023-2027 des ACT Hébergement et celui des ACT Hors les murs

Réalisation de l'évaluation de la qualité à partir du nouveau référentiel national commun (HAS) visant à interroger les pratiques au travers d'une approche globale, incluant le regard de la personne accompagnée



Sensibiliser les professionnels et les personnes accompagnées autour d'actions permettant les économies d'énergie (éclairage, chauffage, conduite...)

# 5 LE PLAN D'ACTION ET SA MISE EN ŒUVRE

## Le plan d'actions

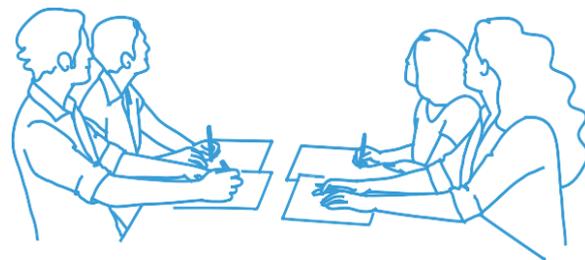
# Année 2024 ...

Développer les outils pour la compréhension des personnes. Franchir la barrière de la langue avec des moyens d'interprétariat, développer le FALC et la traduction des documents...

Développer la fonction de pair expert qui sera mobilisée comme ressource dans la conduite de nos accompagnements (formation, journée du pôle de coordination et d'accompagnement...)

Mettre en œuvre un Conseil à la Vie Sociale en lien avec les autres services du pôle

Faire participer les personnes accompagnées aux instances internes et extérieures de l'association (Temps de débats internes ou via notre Fédération Santé et Habitat)



Actualiser nos conventions de partenariat avec les associations ayant des liens avec la maladie chronique somatique ou le bien-être des personnes accompagnées, la précarité sociale (SPIP, CHU...)

Réadapter les locaux sur le site de St-Brieuc au regard des nouveaux besoins (développement des services)

Renouveler le parc automobile sur l'ensemble des sites par des véhicules moins polluants (hybride, électrique)

Faire des économies d'énergie en équipant nos locaux professionnels de plafonniers avec éclairage Leds

Diversifier la location de logements mis à disposition aux personnes sur les territoires en privilégiant les biens permettant l'accès aux personnes à mobilité réduite (PMR)

*Afin de coordonner cette mise en œuvre, l'association a opter pour un mode de **management socio-Economique (M.S.E)** permettant de solliciter l'ensemble des professionnels et d'y associer les personnes que nous accompagnons et leurs éventuels aidants. Ce modèle de management repose sur une méthode de management innovante qui vise à réduire des dysfonctionnements, à améliorer la performance sociale, la création de potentiels et l'harmonisation des pratiques.*

# 5 LE PLAN D'ACTION ET SA MISE EN OEUVRE

## Le dispositif habitat, vie sociale et santé

Comment ouvrir des perspectives et permettre des parcours singuliers ?



### ► LE DISPOSITIF HABITAT, VIE SOCIALE ET SANTE : c'est quoi ?

C'est la mobilisation de nos services et établissements pour ouvrir les perspectives et permettre des parcours singuliers aux personnes en matière d'habitat, de vie sociale et de santé

### ► DES PRINCIPES POUR AGIR :

Adapter nos réponses en proximité aux nouveaux besoins et aux nouvelles attentes des personnes et des familles.

Faciliter l'accès et l'ouverture sur l'environnement, selon les besoins et les choix de chaque personne accompagnée.

Reconnaître la place et la responsabilité de chaque acteur : personnes accompagnées, familles, bénévoles, professionnels et partenaires.

### ► LE COMITE STRATEGIQUE : est composé de cadres de l'association,

#### Son rôle:

- Impulser la co-construction de paniers de services et de cellules parcours;
- Proposer des formations adaptées à l'évolution des modalités d'accompagnements;
- Soutenir le développement de dynamiques partenariales locales.

### ► DEVELOPPER DES CELLULES PARCOURS constituées de professionnels de l'association de la santé, du logement, de l'emploi et de la vie sociale.

#### Leurs rôles sur chaque territoire :

- Centraliser les demandes d'admission des établissements du territoire;
- Evaluer les besoins et les attentes;
- Orienter et accompagner vers les prestations souhaitées.

### ► METTRE EN PLACE UN PANIER DE SERVICES en proximité qui proposent :

- Une offre de service mutualisée en dehors de la logique de place;
- Des parcours d'expérimentations d'habitat, de vie sociale, emploi...;
- Des actions de soutien aux familles et aidants;
- Un appui à l'action du droit commun;
- Des actions de prévention en santé.

## AU CŒUR DE de la cité

### Valeurs ajoutées:

► Ouvrir les perspectives et permettre des parcours toujours plus singuliers,

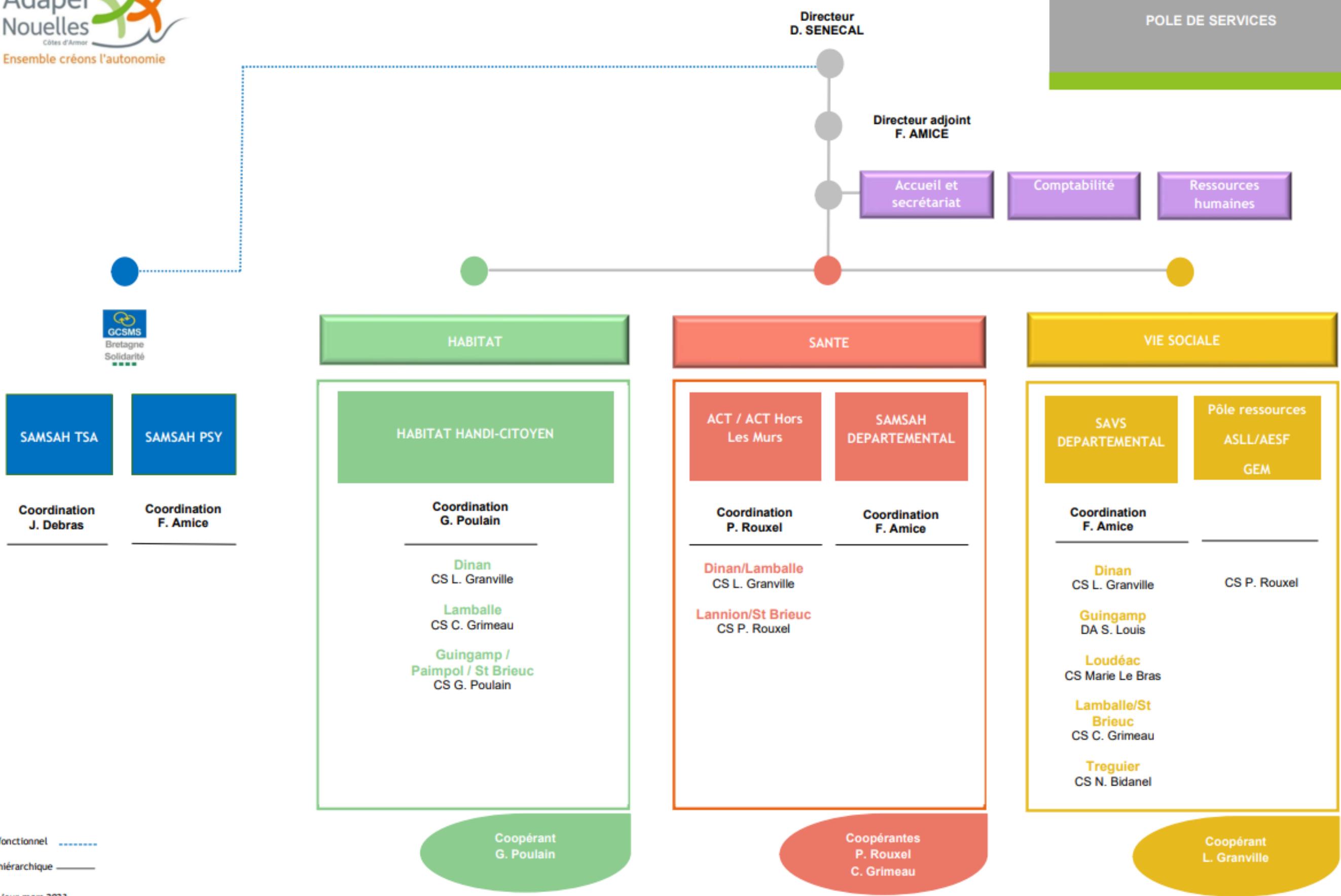
► Aider les personnes à avancer dans leur vie en dehors d'orientations toutes tracées,



UNE IDÉE NOUS GUIDE  
Le partenariat enrichit les parcours

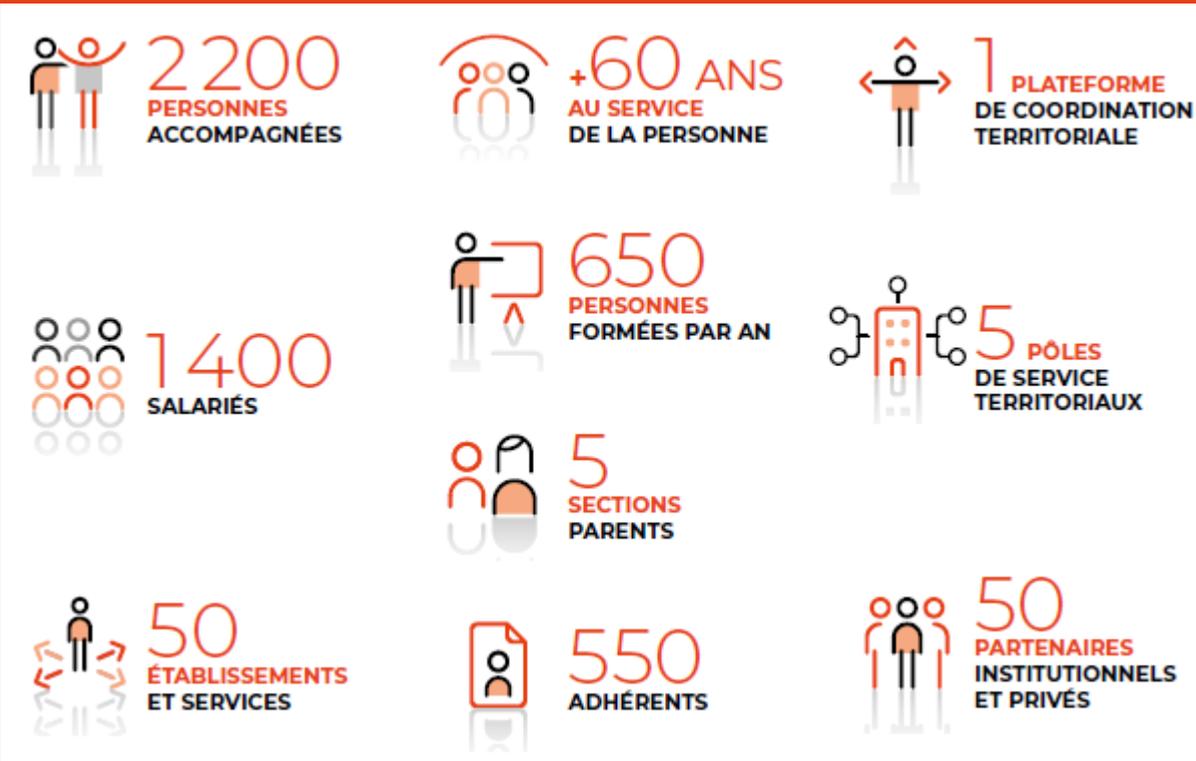


ORGANIGRAMME  
POLE DE SERVICES



Lien fonctionnel .....  
Lien hiérarchique \_\_\_\_\_

Une association de personnes en situation de handicap ou fragilisées, parents, bénévoles, professionnels et partenaires



*" Nous voulons ce projet associatif fédérateur, lisible et accessible à toutes et à tous ! À présent, il nous appartient de le porter ensemble. "*

**Christian Vincent,**  
Président de l'Adapei-Nouvelles Côtes d'Armor



*" Nous pouvons être fiers de notre modèle associatif qui a su évoluer et s'inscrire dans la modernité, toujours avec nos 4 piliers fondateurs : les personnes accompagnées, les familles, les professionnels et les partenaires. "*

**Frédéric Gloro,**  
Directeur général de l'Adapei-Nouvelles Côtes d'Armor

**Nous  
sommes  
le projet ! ”**

