

# PROJET DE SERVICE

## Période 2009 - 2013

Version 8 ; Finalisation au 06/05/09  
Présentée pour consultation des usagers les 23/04/09 et 06/05/09  
Validée par Comité d'Etablissement de la Clinique du Grésivaudan du 28/09/09  
Validé par l'instance de direction de la Clinique du Grésivaudan

*CRLC ; 11 rue Emile Zola ; 38100 GRENOBLE      Tél : 04 76 43 44 44 – Fax : 04 76 43 44 45  
E-mail : [crlc@crlc-fsef.org](mailto:crlc@crlc-fsef.org)      Site Web : [www.crlc-fsef.org](http://www.crlc-fsef.org)*

*● ● ●  
Action à l'initiative de la Clinique du Grésivaudan  
Fondation Santé des Etudiants de France*

*Reconnue d'utilité publique par décret du 23 mars 1925 (santé, études et formation des jeunes)*

# SOMMAIRE

<b>CHAPITRE 1 : La situation actuelle du CRLC</b> .....	4
<b>1 Présentation générale</b> .....	4
1.1 L'organisme gestionnaire.....	4
1.2 Historique du CRLC.....	8
1.2.1 Le CMUDD, établissement de santé, à l'origine de la création du CRLC.....	8
1.2.2 La recherche de réponses aux besoins identifiés des patients puis des usagers...	8
1.2.3 La superposition des dispositifs au fur et à mesure des opportunités financières et du développement des cadres administratifs et juridiques .....	8
1.3 La culture du service Centre Ressources pour lésés cérébraux.....	10
1.3.1 Affirmation de la reconnaissance de la spécificité de la prise en charge des personnes cérébrolésées .....	10
1.3.2 Un rôle durable d'interface et de lien.....	11
1.3.3 La globalité des besoins .....	12
1.3.4 Un fonctionnement fondé sur la pluridisciplinarité .....	13
1.3.5 L'indispensable fonctionnement en réseau .....	13
1.4 Valeurs .....	14
1.4.1 Le respect des personnes, de leurs droits et de leur rythme .....	14
1.4.2 Le libre choix de la personne .....	15
1.4.3 L'individu en tant que sujet acteur .....	15
1.4.4 L'intégration de l'individu dans la société .....	16
1.5 Le public.....	16
1.5.1 Les enfants et adolescents accompagnés par le CRLC.....	17
1.5.2 Les adultes accompagnés par le CRLC.....	18
<b>2 Service rendu à l'utilisateur</b> .....	18
2.1 Missions – actions .....	19
2.2 Organisation – fonctionnement .....	21
2.2.1 Un fonctionnement par modules .....	21
2.2.2 Fonctionnement du module SPASE.....	22
2.2.2.1 Modalités d'accueil et d'admission.....	23
2.2.2.2 Modalités et pratiques d'évaluation .....	23
2.2.2.3 Modalités et pratiques d'accompagnement .....	23
2.2.3 Fonctionnement du module EMA.....	24
2.2.3.1 Modalités d'accueil et d'admission.....	24
2.2.3.2 Modalités et pratiques d'évaluation .....	24
2.2.3.3 Modalités et pratiques d'accompagnement .....	24
2.2.4 Fonctionnement du module EMEA .....	25
2.2.4.1 Modalités d'accueil et d'admission.....	25
2.2.4.2 Modalités et pratiques d'évaluation .....	25
2.2.4.3 Modalités et pratiques d'accompagnement .....	25
2.2.5 Fonctionnement du module UEROS .....	26
2.2.5.1 Modalités d'accueil et d'admission.....	26
2.2.5.2 Modalités et pratiques d'évaluation .....	26
2.2.5.3 Modalités et pratiques d'accompagnement .....	26
2.2.6 Le suivi post-accompagnement.....	27

2.3 L'activité et les moyens attachés au service .....	27
2.3.1 Quantification de l'activité à destination des usagers .....	27
2.3.2 Récapitulatif des moyens financiers et humains attribués au CRLC en 2007 .....	29
<b>3 Diagnostic des pratiques et du fonctionnement du CRLC issu de l'état des lieux .....</b>	<b>30</b>
3.1 Pratiques partagées au CRLC.....	30
3.1.1 La phase d'accueil et d'orientation au CRLC .....	30
3.1.2 La continuité de l'accompagnement .....	30
3.2 Pluralité de structuration du dispositif actuel .....	31
3.2.1 Intérêt d'un fonctionnement par module .....	31
3.2.2 Faiblesse du fonctionnement par module.....	31
3.3. Les missions manquantes.....	32
3.3.1 Information, sensibilisation, communication.....	32
3.3.2 Missions d'un centre ressources.....	33
<b><u>CHAPITRE 2 : Le projet de service dans sa dimension de réaménagement et d'amélioration du fonctionnement</u> .....</b>	<b>34</b>
<b>1 Affirmation des positionnements du CRLC pour l'avenir .....</b>	<b>34</b>
<b>2 Grandes orientations et axes de réaménagement pour satisfaire aux positionnements du CRLC .....</b>	<b>35</b>
2.1 Nécessité de définir et organiser un "parcours de l'utilisateur" .....	35
2.2 Articuler et aménager les pratiques d'accompagnement.....	35
2.3 Améliorer la communication et la transmission des informations .....	36
2.4 Garantir la responsabilité des intervenants et les droits des usagers .....	37
2.5 Développer de nouvelles missions .....	38
2.6 Evaluation continue du dispositif CRLC .....	39
<b>3 Programme d'amélioration .....</b>	<b>40</b>
<b><u>CHAPITRE 3 : Stratégie de mise en œuvre de développement du service</u>.....</b>	<b>41</b>
<b>1 Méthode de travail.....</b>	<b>41</b>
<b>2 Association des partenaires .....</b>	<b>42</b>
<b>3 Evaluation de la mise en œuvre du projet.....</b>	<b>42</b>
<b>4 Evaluation de la mise en œuvre du plan d'amélioration .....</b>	<b>42</b>
<b>ANNEXE 1 : Organigramme Actualisé à novembre 2008 .....</b>	<b>43</b>
<b>ANNEXE 2 : Synthèse de l'état des lieux/ Diagnostic du CRLC (novembre 2007) .....</b>	<b>44</b>
<b>ANNEXE 3 : Plan d'amélioration inscrit au projet de service CRLC – mars 2008 .....</b>	<b>56</b>
<b>ANNEXE 4 : Procès Verbaux consultation des usagers des usagers – séances des 23.04.09 et 06.05.09.....</b>	<b>64</b>
<b>Glossaire .....</b>	<b>71</b>

# CHAPITRE 1

## LA SITUATION ACTUELLE DU CRLC

### 1 Présentation générale

#### 1.1 L'organisme gestionnaire

La Fondation Santé des Etudiants de France trouve son origine dans une décision prise par le Congrès de l'Union Nationale des Etudiants de France en 1923 pour faire face au problème aigu que représentait la tuberculose, qui, exigeant un traitement de longue durée, rendait la poursuite des études extrêmement difficile. Reconnue d'utilité publique en 1925, la Fondation ouvre en 1933, le premier sanatorium des étudiants à Saint-Hilaire-du-Touvet (jusqu'en 2007 : Centre Médico-Universitaire Daniel Douady ; Aujourd'hui Clinique du Grésivaudan ; Isère), bientôt suivi d'un réseau d'établissements associant tous soins et études et répartis sur le territoire national.

Les progrès accomplis dans le dépistage précoce et le traitement de la tuberculose ont conduit les établissements de la Fondation à engager leur reconversion vers la prise en charge de nouvelles pathologies, faisant ainsi face à l'émergence de nouvelles demandes de soins. Actuellement, la Fondation gère 11 établissements sanitaires dans le cadre d'une vocation très spécifique, la double prise en charge "soins et études". Elle gère aussi 6 structures médicosociales. L'ensemble de ces établissements représente 1400 lits et places agréés. Près de 2500 salariés y travaillent, dont 160 médecins et 300 personnels de l'Éducation nationale. Ses établissements sanitaires dispensent des soins de psychiatrie, soins de suite médicalisés et médecine physique et réadaptation.

La Fondation Santé des Etudiants de France défend le principe d'une prise en charge globale qui au-delà de la dimension du soin physique ou psychique prend en compte la prévention, les suites des maladies, l'intégration familiale, l'insertion sociale et professionnelle et l'apprentissage de l'autonomie.

Le projet éducatif tient donc une place particulière dans la prise en charge de la personne : il fait le lien entre la prise en charge sanitaire immédiate pour traiter la maladie, et les préoccupations pédagogique et sociale pour l'avenir du jeune. Ce concept de soin global constitue la spécificité de la Fondation santé des étudiants de France et a pour but de permettre à chaque patient de se reconstruire un avenir.

L'offre médico-sociale de la Fondation Santé des Etudiants de France est destinée à garantir la prise en charge sociale et l'autonomie des patients. Ainsi, différentes structures d'accompagnement et de soutien ont été créées, notamment :

- Un accueil en logements individuels pour des étudiants handicapés physiques, qui leur permet de poursuivre des études et facilite leur insertion sociale, le foyer Prélude. Ce foyer logement pour étudiants handicapés dépendants dispose de 20 places et est situé sur le campus de Grenoble.
- Un service d'accompagnement et de soutien en résidence universitaire, le SAS de Rennes.
- Un centre de reclassement professionnel pour les personnes handicapées rattaché au centre médical et pédagogique Jacques Arnaud de Bouffémont.

- Un **Centre Ressources pour Lésés Cérébraux** chargé de l'évaluation et de l'aide au retour à une vie ordinaire sur les plans familiaux, sociaux et professionnels des personnes cérébrolésées. La gestion du **CRLC** est déléguée à la **Clinique du Grésivaudan** (La Tronche ; Isère).

### La Clinique du Grésivaudan et le Centre Ressources pour Lésés Cérébraux

La Clinique du Grésivaudan est l'établissement gestionnaire du Centre Ressources pour Lésés Cérébraux. Elle est issue de la fusion de la Clinique Georges Dumas et du CMUDD en 2007, tous deux établissements de la Fondation Santé des Etudiants de France.

Elle existe statutairement depuis octobre 2007.

La Clinique du Grésivaudan reprend les activités principales du CMUDD et tout particulièrement sa spécialisation en matière de soins, de rééducation et de réadaptation des personnes cérébrolésées.

L'établissement sanitaire dispose pour les personnes cérébrolésées :

- D'un service de rééducation post réanimation
- De rééducation en phase initiale
- De bilans d'évaluation
- De réentraînement en phase secondaire

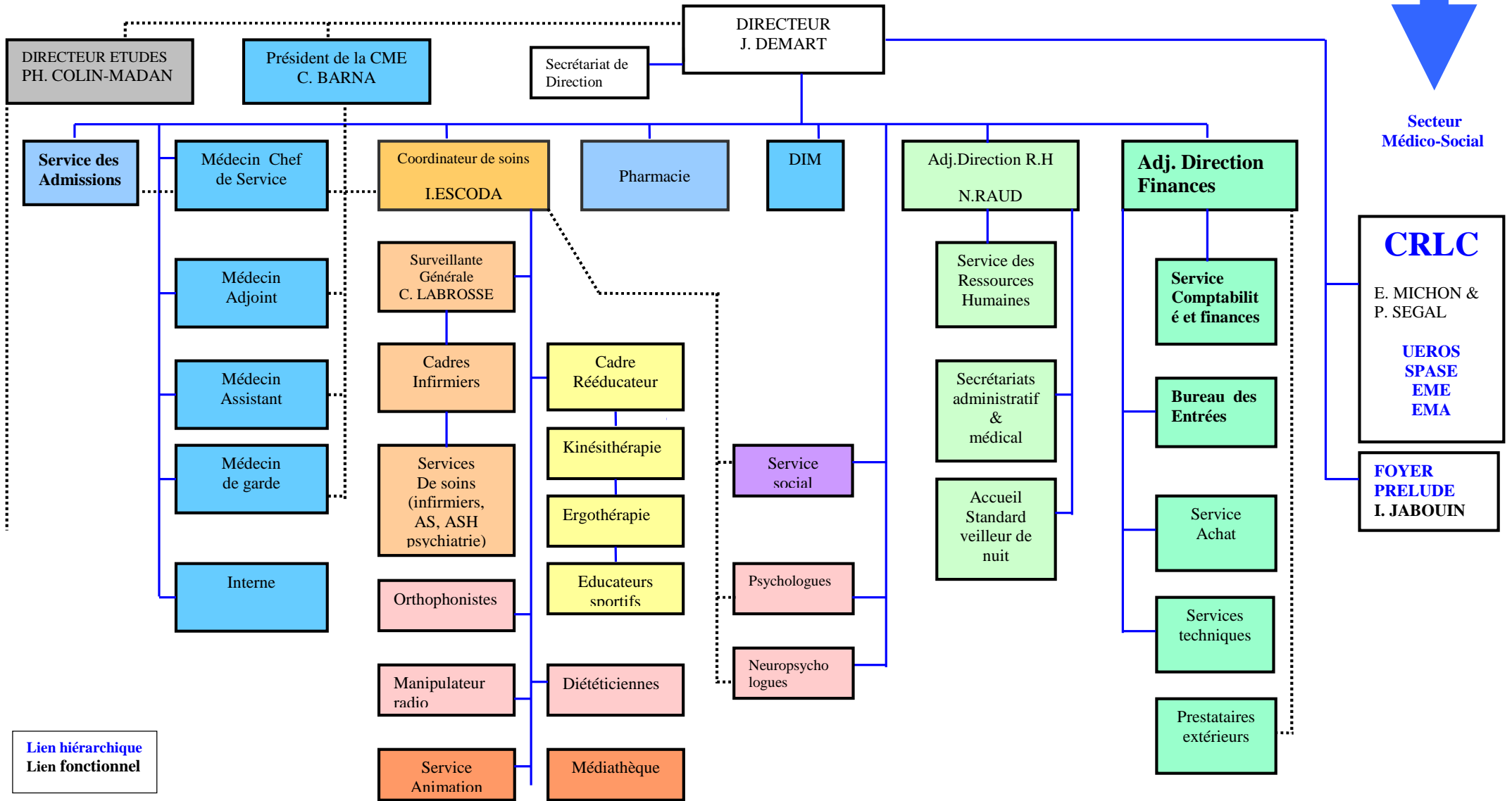
C'est dans une logique de filière et pour favoriser la réintégration familiale et l'insertion sociale et professionnelle de ses patients, au delà de leur hospitalisation, qu'elle porte et développe les activités du **Centre Ressources pour Lésés Cérébraux**.

La Clinique du Grésivaudan s'inscrit pleinement dans le projet sanitaire et médicosocial de la Fondation Santé des Etudiants de France. A ce titre, elle vise d'une manière générale, à favoriser l'insertion sociale et professionnelle des personnes handicapées.

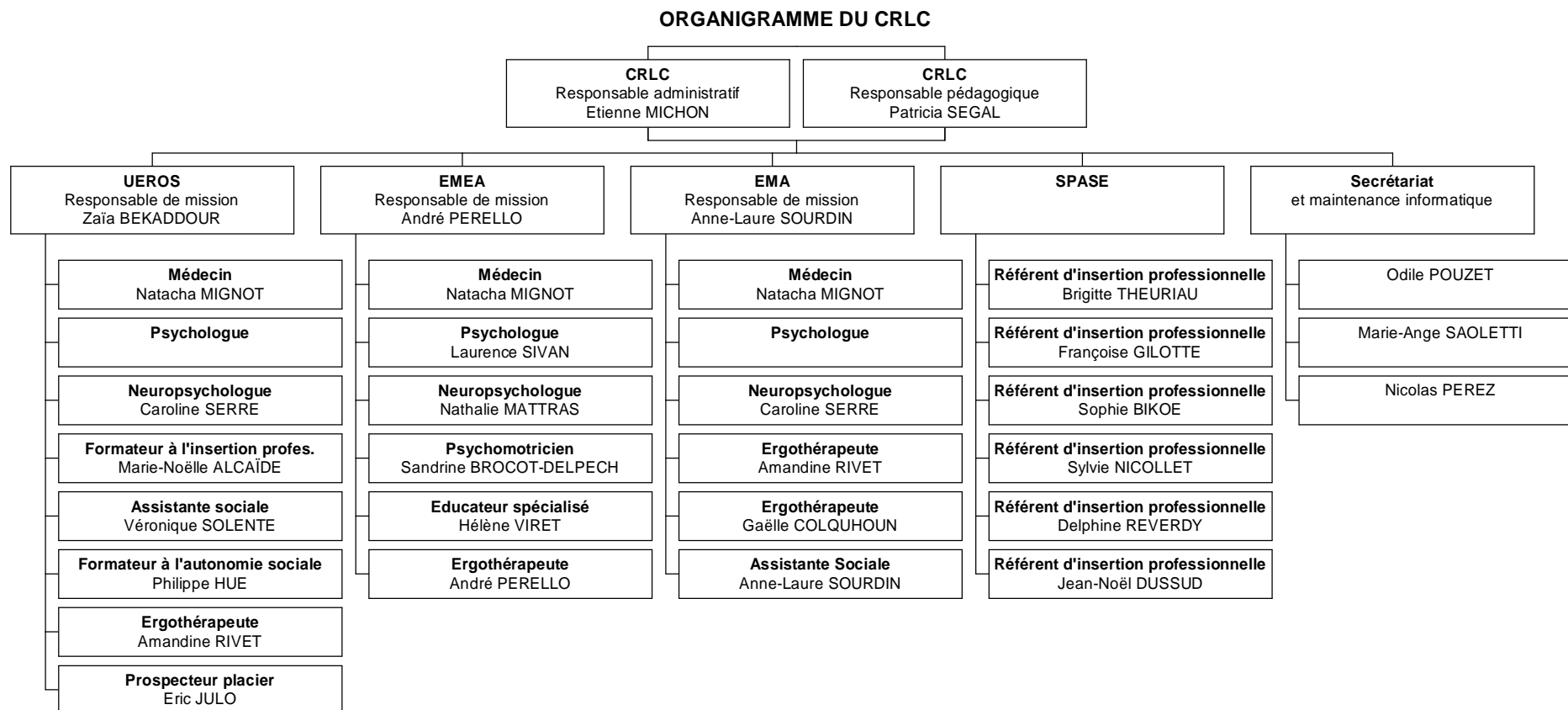
### Organigrammes (pages suivantes) :

- De la Clinique du Grésivaudan
- Du Centre Ressources pour Lésés Cérébraux (CRLC)

# Organigramme de la clinique du Grésivaudan au 01/12/2007



## Organigramme du CRLC au 01/12/07.



L'organigramme du CRLC met en évidence une des spécificités de ce service : celle d'une coordination duale.

Les responsabilités sont réparties entre la fonction administrative et la fonction pédagogique.

L'organigramme identifie aussi les responsabilités par mission. On remarquera que la mission SPASE ne dispose pas d'un responsable unique identifié.

## 1.2 Historique du CRLC

### 1.2.1 Le CMUDD, établissement de santé, à l'origine de la création du CRLC

Le Centre Médico-Universitaire Daniel DOUADY a ouvert en 1933.

Dès les années 1970, les progrès de la réanimation, l'amélioration des soins initiaux aux blessés ont entraîné une diminution de la mortalité et un accroissement du nombre de victimes de traumatismes crâniens graves survivant à leurs blessures. Il en est de même pour les atteintes cérébrales acquises d'origine médicale (Accidents vasculaires, tumeurs cérébrales...).

Le CMUDD a ainsi adapté depuis 1974 ses services pour répondre aux besoins croissants des personnes cérébrolésées.

### 1.2.2 La recherche de réponses aux besoins identifiés des patients puis des usagers

Si les soins initiaux étaient en général bien pris en charge, rares étaient ceux avant les années 1990 qui bénéficiaient d'une aide appropriée au-delà de la sortie des centres de rééducation. Ils étaient pour la plupart confiés à leurs familles souvent désemparées et démunies face à l'étrangeté de cet être pourtant familier.

La majorité des blessés sont des personnes jeunes en cours de formation ou en pleine activité professionnelle. Les séquelles de l'accident ou de la maladie vont entraîner un bouleversement profond et durable de leur vie, avec une désadaptation sociale et professionnelle.

Les difficultés inhérentes à cette population, la complexité des problèmes rencontrés, entraînent une sollicitation croissante des équipes spécialisées pour des interventions, des conseils, des accompagnements, tant sur le plan personnel, que social et professionnel. Sur le terrain ces domaines sont en fait indissociables.

Globalement, ces demandes témoignent d'une difficulté pour les personnes cérébrolésées, lors de leur sortie des centres de rééducation, à se réinsérer dans le tissu social, scolaire ou professionnel et à retrouver un projet de vie cohérent.

### 1.2.3 La superposition des dispositifs au fur et à mesure des opportunités financières et du développement des cadres administratifs et juridiques

Au cours des années 1990, s'est structuré progressivement un ensemble de dispositifs répondant aux besoins post-sanitaires, réuni désormais dans un ensemble, **le Centre Ressources pour Lésés Cérébraux**.

**L'action SPASE répond dès 1990** aux besoins de la population cérébrolésée lors de la phase de réinsertion. Ces besoins sont ceux de personnes en situation d'exclusion rencontrant lors de la réinsertion sociale et professionnelle des difficultés en lien avec la nature des déficiences : problèmes cognitifs, comportementaux, sensori-moteurs, sensoriels.

Co-financé par l'AGEFIPH, la D.D.T.E. et des entreprises, le programme SPASE est validé par une évaluation AFPA dès 1994.

En 1996-1997, le Programme Horizon du Fonds Social Européen nous permet d'expérimenter la création d'un service innovant d'accompagnement des personnes

cérébrolésées sur le modèle du «Case Manager» de Brooks et Truelle<sup>1, 2</sup>), projet transnational nommé TORNEO.

Objectifs : identifier des modèles de bonne pratique ; constituer un outil d'information et de sensibilisation ; intervenir en complémentarité avec des programmes de ré-entraînement et de réadaptation pour assurer une continuité de la filière d'accompagnement. TORNEO Grenoble fonctionne pendant 2 années avec des référents de parcours pour l'insertion professionnelle des bénéficiaires, des actions de sensibilisation de l'environnement de la personne, et de la formation destinée aux professionnels.

A l'issue de cette expérimentation, l'Agefiph valide ce concept et reprend son financement en partenariat avec le FSE.

**En 1996, la circulaire 96.428 dite « BAUDURET »** recompose le paysage médico-social de prise en charge des personnes ayant un traumatisme crânien, affirmant pour la première fois, dans un texte réglementaire, les besoins spécifiques pour cette population. Il permet la mise en place des UEROS sur l'ensemble du territoire national. Trois porteurs sont identifiés dans la région Rhône-Alpes : CMUDD Grenoble, CREPSE Saint-Etienne, L'ADAPT Lyon. **L'UEROS de Grenoble ouvre en 1998** avec sa mission d'évaluation de re-dynamisation et d'orientation.

**En 1998 le Centre Ressources pour Lésés Cérébraux** intègre la toute nouvelle activité d'évaluation et d'orientation UEROS, et restructure le module SPASE qui consacre dorénavant ses moyens à l'insertion professionnelle en milieu ordinaire, avec un volet spécifique dédié à l'information, la documentation et la sensibilisation (création de site web, chargé d'information, centre documentaire). Malgré leur pertinence, ces moyens dédiés à l'information, documentation, communication sont supprimés fin 2004 à la suite d'une réduction des financements.

Les services du CRLC s'adressent aux personnes ayant des atteintes cérébrales acquises : traumatisme crânien, et/ou pathologies médicales (AVC, tumeurs,...).

Au fil de la capitalisation de savoir-faire et d'expérience, l'UEROS (financée par l'Assurance Maladie) gagne sa légitimité et renforce son expertise.

Pour sa part le module SPASE Isère, financé par l'AGEFIPH et le Conseil Régional Rhône-Alpes essaime son action sur l'ensemble des départements de la région Rhône-Alpes dès 2001. Le CMUDD par l'intermédiaire de son Centre Ressources pour Lésés Cérébraux porte en plus le module **SPASE SAVOIE** dès fin 2000.

Les SPASE participent en 2002 et 2003 à une évaluation qui entraînera une réflexion en vue de **l'harmonisation des pratiques** de ces services. Un **cahier des charges régional** sera produit en 2004.

Progressivement l'accompagnement des personnes cérébrolésées se structure à l'échelle régionale et les dispositifs se développent. Au niveau régional, comme au niveau départemental, une dynamique active de réseau se construit entre les différents opérateurs qui placent la spécificité des troubles des personnes cérébrolésées au cœur de leur problématique de prise en charge avec comme nécessité :

- **le besoin d'une expertise d'évaluation et d'accompagnement,**
- **de construire un parcours personnalisé,**

---

<sup>1</sup> TRUELLE, JOSEPH, BROOKS et McKINLAY (1990) : « European Initiative to develop services for Rehabilitation of Brain injured Patients » (Brain Injury 1990, 4, no. 3, 305-6)

<sup>2</sup> TRUELLE, MATHE et al : « Coordination de la prise en charge du traumatisé crânien, référent ou case manager ? » Comm. Aux Journées de l'APF, Nantes 1990.

- **de proposer un suivi dans la durée,**
- **d'intervenir en lien avec les partenaires du réseau.**

**La circulaire conjointe (DHS et DHOS), du 18 Juin 2004** réaffirme cette logique de filière et établit les principes organisationnels et des préconisations précises pour une meilleure prise en charge sanitaire, médico-sociale et sociale des Traumatisés Crâniens, ainsi qu'un accompagnement durable psychologique, voire psychiatrique des familles et personnes proches.

Parallèlement à la maturation de ces différents services, le CRLC continue à participer activement **au groupe de travail « Cérébrolésés » de l'ODPHI**, chargé d'identifier les besoins non satisfaits de ce public. Ce groupe de travail impulsera, dès 2003 pour L'Hôpital de Tullins et en 2004 pour le CRLC, la création de nouvelles équipes venant compléter son offre de service.

Les **Equipes Mobiles de suivi médico-social pour Adultes et pour Enfants/Adolescents** du CRLC voient le jour en juin 2004 avec pour mission le conseil, soutien et appui auprès des usagers, des familles et des professionnels. Ces équipes assurent le lien entre la sortie du secteur sanitaire et de rééducation, les équipes spécialisées et les acteurs de la vie ordinaire. Déjà clairement identifié pour la population adultes, le CRLC engage alors avec son Equipe Mobile Enfants et Adolescents, au-delà de l'accompagnement d'une nouvelle population (âge 2 ans-20 ans), la construction d'un nouveau réseau de partenariat incluant les dispositifs de scolarisation.

**En 2006, le Centre Ressources** remplit un certain nombre de missions en répondant à des besoins de la population cérébrolésée. Ceux-ci apparaissent variés et compte tenu de l'hétérogénéité des séquelles et de la population, les réponses impliquent **souplesse, multiplicité et proximité**. Le Centre Ressources, s'il a en outre pour vocation d'identifier des besoins et de tenter d'y répondre, pointe également les limites de sa propre construction « par superposition », et les manques dans le dispositif plus large.

### **1.3 La culture du service Centre Ressources pour Lésés Cérébraux**

Le CRLC bien qu'issu d'un établissement sanitaire a su trouver son identité et développer une véritable culture médico-sociale. Le modèle culturel proposé repose sur cinq notions fondamentales : la reconnaissance affirmée de la spécificité de la prise en charge des personnes cérébrolésées, le rôle durable d'interface et de lien, la globalité des besoins, un fonctionnement fondé sur la pluridisciplinarité et l'indispensable fonctionnement en réseau. Au-delà de son rôle de cohésion, la culture développée au sein du CRLC, sert de catalyseur et donne du sens à la prise en charge des personnes cérébrolésées.

#### **1.3.1 Affirmation de la reconnaissance de la spécificité de la prise en charge des personnes cérébrolésées**

En 1995, dans le rapport de la Direction Générale de l'Action Sociale sur le traumatisme crânien, H. LEBEAU<sup>3</sup> parlait d'« épidémie silencieuse ». Il a fallu attendre cette date pour qu'il y ait en France une réelle prise de conscience du fait que les personnes qui vivent avec un traumatisme crânien sont très nombreuses et qu'il fallait développer une

<sup>3</sup> Lebeau H. (1995). Rapport d'enquête sur les traumatisés crâniens. Inspection Générale des Affaires Sociales.

politique publique spécifique et à la hauteur de cet enjeu de société. Le CRLC s'est inscrit dès 1998 pour participer activement à la définition d'une prise en charge médico-sociale adéquate de cette population.

La construction de l'identité du Centre Ressources pour Lésés Cérébraux résulte des problèmes posés et souvent peu repérables de prime abord par les blessés et leurs familles. Les difficultés que rencontrent ces personnes, leur histoire (celle qui précède l'accident, celle de l'accident et surtout celle du temps de la réinsertion) sont souvent mal connues et mal comprises par notre société. Le CRLC à travers ses actions pour favoriser le maintien ou l'amélioration de la qualité de vie des personnes traumatisées cranio-cérébrales et de leurs familles ; pour défendre et promouvoir les droits et les intérêts de ces personnes s'est affirmé comme une entité référente dans « le monde du handicap ». Ce positionnement vaut pour toutes les atteintes cérébrales acquises, traumatismes crâniens ou traumatismes d'origine médicale.

La loi pour l'égalité des droits et des chances des personnes handicapées de 2005 pouvait venir interroger le CRLC sur la spécialisation dont elle se fait l'écho. Passé le temps des soins aigus et de la réadaptation motrice et neuropsychologique, les problèmes qui vont se poser à la personne et à sa famille ne sont pas en eux-mêmes d'une nature différente de ceux que rencontrent les autres catégories de personnes en situation de handicap : évaluation des séquelles, orientation et suivi, intégration sociale, insertion professionnelle. La singularité des déficiences consécutives à des lésions cérébrales (cf. chapitre 1.5 Le public) rendra, cependant, les solutions à ces divers problèmes plus complexes et moins adaptées que dans d'autres cas. Le manque de moyens et de solutions encore récurrents en 2008, l'insuffisance de relais pour les professionnels de la santé ne font que confirmer l'importance de poursuivre les efforts entrepris.

Pris sous cet angle, le discours sur la spécificité joue alors un rôle essentiel, celui de révélateur d'un problème jusqu'alors sous évalué et pour lequel il convient de mobiliser des acteurs et des moyens. C'est dans cette finalité qu'œuvre le CRLC. Une structure repérée et dans sa terminologie et dans ses actions, qui sensibilise les décideurs ainsi que l'opinion publique relativement à la problématique du traumatisme cranio-cérébral.

La question des spécificités du traumatisé crânien s'exprime notamment à travers le fait qu'aucune réponse standardisée et uniforme ne peut être apportée à la problématique de réinsertion sociale et professionnelle et renvoie à une prise en charge sur le long terme, globale, pluridisciplinaire et coordonnée<sup>4</sup>.

### 1.3.2 Un rôle durable d'interface et de lien

La personne traumatisée crânienne et sa famille, passée la période d'hospitalisation et de rééducation, vont partir à la recherche d'un partenaire avec lequel elles puissent établir une relation personnalisée à la fois lien et espace pour assurer la continuité de la prise en charge. Dans certaines situations, la prise de conscience de la situation de handicap peut s'avérer longue, douloureuse et la demande d'aide peut se trouver de ce fait différée. La prise en charge s'inscrit, en conséquence, dans la durée et permet d'objectiver une opération d'insertion socio-professionnelle.

Sur les versants de l'interface, et du lien, l'accompagnement d'une personne cérébrolésée en raison des séquelles neuropsychologiques et comportementales est conçu comme un accompagnement prolongé tout au long d'un parcours de vie, dans un souci de continuité au travers de changements successifs. Face aux échecs et aux ruptures de prises en charge, l'équilibre de la personne reste souvent précaire et sa réinsertion fragile : un évènement

---

<sup>4</sup> François C (1993). Le Case Management ou la coordination à long terme dans la prise en charge des traumatisés crâniens » Glossa, Les cahiers de l'Unadrio, no.37 (1993)

inattendu peut tout remettre en question ; un emploi retrouvé ne peut être considéré comme définitivement acquis, la difficulté étant de s'y adapter et de s'y maintenir. De nombreux ajustements s'avèrent nécessaires tout au long de la prise en charge.

Par ailleurs, les difficultés à établir une relation sociale stable, la rupture des liens expliquent l'importance de mettre en place la pratique dite du « case management ». Jouant le rôle de référent pour le traumatisé crânien, le « case manager » s'adapte en fonction des différences pathologiques, culturelles et familiales. L'objectif étant de parvenir à constituer une étape dans la reconquête d'une activité ou de relations interpersonnelles. Les interventions du "case manager" touchent le domicile, les services médicaux et paramédicaux, les services sociaux, le voisinage, les associations de soutien, les centres de jour, les équipements sportifs, scolaires, de loisir et le milieu de travail.

Il ne s'agit pas de mobiliser une personne pour "faire à la place" du traumatisé crânien mais pour l'aider à reconstruire les éléments de sa vie relationnelle et sociale et, en quelque sorte, de l'aider à vouloir. Par ailleurs, par les séquelles laissées, visibles physiquement ou non, la personne lésée cérébrale s'éloigne de la norme sociale et elle devient par conséquent sujette à la marginalisation. L'augmentation des demandes d'aide et la différenciation des besoins de prise en charge en fonction de l'éloignement de l'accident et de l'autonomie sociale de la personne, ont conduit le Centre Ressources à envisager plusieurs modalités de réponses aux sollicitations qui lui sont faites.

### 1.3.3 La globalité des besoins

Au sein des projets de prise en charge des personnes lésées cérébrales, le CRLC a une forte volonté d'approche globale de la personne dans son environnement.

La prise en charge globale ne peut se limiter au seul dispositif d'accompagnement centré sur la personne. Elle associe, dans une approche systémique, tout son entourage, qu'il s'agisse de la famille, des professionnels ou des amis, pour aboutir à une réelle évaluation concentrée de ses besoins. La prise en charge globale associe pleinement l'usager et reste individuelle.

La prise en charge de la personne cérébrolésée consiste à traiter minutieusement et simultanément l'ensemble des problèmes en constituant un bilan global tenant compte des aspects physiques, psychologiques, sociaux... de la situation, permettant de mieux appréhender les conséquences de l'évènement traumatique. Ce bilan effectué, la personne peut bénéficier d'une prise en charge dans tous les domaines nécessaires.

La prise en charge globale est conditionnée par les spécificités du handicap :

- un événement source d'un traumatisme physique qui s'associe à un traumatisme psychique par l'absence de préparation et la violence de l'évènement, l'angoisse de mort, et les lésions cérébrales.
- une rupture dans le parcours de vie, à un moment où les personnes sont en plein élan affectif, socio-professionnel ; facteurs qui participent à la construction de l'identité.
- une longue réadaptation et la remise en question du projet de vie. La rééducation est physique mais doit aussi concerner les troubles intellectuels, émotionnels et du comportement.
- le fait démontré, chez les traumatisés crâniens, que les troubles intellectuels et, plus encore, les troubles de l'humeur et du comportement constituent le facteur principal de handicap par l'exclusion sociale qu'ils entraînent.

Le développement de programmes multidisciplinaires spécifiques favorise la resocialisation, à travers un contrat avec la personne et sa famille. Les réponses des professionnels permettent de dégager quelques grands items importants et transversaux relatifs à l'apport des différentes structures, tant sanitaires que médico-sociales ou sociales, dans la prise en charge des personnes cérébrolésées.

Créer du lien, faire face à l'isolement, au repli, informer et orienter, conseiller, aider à la construction (reconstruction) d'un projet, personnel ou professionnel, aider à retrouver une place dans la société, donner si possible des perspectives de vie à domicile et de plus grande autonomie, accompagner dans la réalité quotidienne, accompagner les proches, ré-entraîner, évaluer, écouter, toutes ces actions s'inscrivent en complémentarité.

#### 1.3.4 Un fonctionnement fondé sur la pluridisciplinarité

La prise en charge des personnes cérébrolésées est complexe, elle nécessite de la pluridisciplinarité, impliquant de nombreux secteurs tant sanitaires, médico-sociaux, ambulatoires, éducatifs, professionnels et un accompagnement dans le temps, pour une prise en charge globale. Si ces dimensions ne sont pas prises en compte alors les besoins de ces personnes sont mal satisfaits.

Compte tenu des spécificités des personnes cérébrolésées, le CRLC dispose d'un plateau technique pluridisciplinaire qui s'inscrit dans la continuité des prestations de soin et de rééducation pour favoriser la réadaptation-réinsertion de la personne en répondant à ses besoins de manière adaptée. Cette équipe pluridisciplinaire spécialisée se compose de médecin, neuropsychologue, psychologue, ergothérapeute, chargé d'insertion professionnelle, etc. Ainsi est concrétisée en interne la volonté de prise en charge globale des usagers à travers un projet personnalisé.

Le CRLC met en place une prise en charge par une équipe pluridisciplinaire, coordonnée et structurée. L'équipe pluridisciplinaire peut alors adapter la prise en charge en agissant sur l'environnement ou à distance dans le temps pour favoriser une progression graduelle dans l'autonomisation et la réinsertion. Ainsi, l'utilisation des structures relais prend sa pleine mesure, car il existe toujours un projet évolutif adapté.

Il résulte des valeurs du CRLC que cette multiplicité d'intervenants pluridisciplinaires doit être cohérente dans la mesure où l'intervention de chaque professionnel doit contribuer à l'unité de la démarche. C'est cette volonté qui démontre la complémentarité des modalités d'exercice d'une seule et même prise en charge individuelle, personnalisée, et adaptée à l'évolution de l'état de la personne ou de son handicap.

Cette volonté de cohérence appelle celle des outils et des moyens mis en œuvre pour y parvenir. La pluridisciplinarité fait émerger l'intérêt de la personne prise en charge, de nouveaux besoins émergents, auxquels il faut tenter de répondre.

#### 1.3.5 L'indispensable fonctionnement en réseau

Les besoins des personnes cérébrolésées sont multiples et variés et nécessitent souvent la mobilisation de nombreux acteurs issus de disciplines diverses et de champs d'intervention complémentaires (emploi, logement, hébergement, loisir, santé...). Le CRLC n'ambitionne pas de répondre à tous les besoins de cette population. Il reconnaît l'action des autres opérateurs spécialisés ou non. De par ses missions et pratiques il se positionne et défend l'intérêt et la nécessité d'un travail en réseau. De fait, il anime et coordonne l'intervention de ses partenaires pour le compte de, et autour de la situation de l'utilisateur. La position du CRLC au sein du réseau Espoir et le travail de partenariat réalisé par son module SPASE en Savoie témoigne de ce positionnement.

Le travail en réseau local autour des situations des personnes ne suffit cependant pas toujours à bien appréhender dans leur ensemble les besoins des personnes cérébrolésées. La culture de travail en réseau au sein du CRLC s'étend par conséquent au-delà des actions

menées au quotidien pour ses usagers. Un investissement particulier est réalisé pour travailler à une échelle régionale, voire nationale.

Le CRLC s'inscrit ainsi à travers son souci de partenariat dans l'esprit de la circulaire DHOS/DGS du 18 juin 2004<sup>5</sup> relative à la filière de prise en charge sanitaire, médico-sociale et sociale des traumatisés crânio-cérébraux. Ce texte insiste sur la durabilité et l'articulation des soutiens apportés aux blessés et aussi à leur environnement proche.

## **1.4 Valeurs**

La loi du 11 février 2005 réaffirme le droit à compensation de la personne handicapée, apparu pour la première fois avec la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002. Ainsi, aux termes du nouvel article L114-1-1 du code de l'action sociale et des familles,

**« La personne handicapée a droit à la compensation des conséquences de son handicap quels que soient l'origine et la nature de sa déficience, son âge ou son mode de vie ».**

Cette compensation consiste à répondre à ses besoins.

### 1.4.1 Le respect des personnes, de leurs droits et de leur rythme

**Le Centre Ressources pour Lésés Cérébraux est une structure qui, dans le respect des principes fondamentaux d'égalité, de liberté et de probité, contribue aux missions qui lui sont assignées.**

**Le Centre reconnaît et entend respecter les droits des usagers établis, notamment, en vertu des chartes des droits et libertés de la personne accueillie.**

Le CRLC s'approprie les valeurs de :

- Respect de l'intégrité physique et morale ainsi que de protection des usagers.
- Respect des valeurs humaines et spirituelles.
- Respect de la liberté d'exprimer leur opinion et d'échanger des idées.
- Respect de la confidentialité des informations personnelles, médicales et sociales les concernant.
- Respect de la vie privée.
- D'information les concernant.

**Les personnes accueillies bénéficient de ces droits et sont soumises à des obligations. La vie collective s'inscrit dans une réglementation démocratique et fondée sur le respect mutuel. Elle suppose des limites nécessaires pour éviter tout désordre, toute dégradation ou tout laisser-aller néfaste à une vie commune.**

Afin de répondre au mieux aux besoins des usagers, les processus de prise en charge sont centrés sur le bénéficiaire. Ces processus de prise en charge reposent sur les principes directeurs suivants :

- Les priorités du service se font en fonction des besoins exprimés par les usagers et leur famille.
- Une participation active de l'utilisateur à toute décision le concernant, maximisant ainsi son autonomie.
- Une évaluation systématique de la satisfaction des usagers quant à la prise en charge, afin d'apporter les ajustements requis.

L'environnement familial et social est une ressource qui, dans la mesure de ses capacités, peut aider la personne à mieux vivre sa situation :

---

<sup>5</sup> Circulaire DHOS/SDO/01/DGS/SD5D/DGAS/PHAN/3B/280 du 18 juin 2004 relative à la filière de prise en charge sanitaire, médico-sociale et sociale des traumatisés crânio-cérébraux et des traumatisés médullaires

- Il est un partenaire informationnel pour les équipes de professionnels.
- Il peut participer à la mise en oeuvre des projets individualisés.
- Il peut participer aux rencontres familles/professionnels planifiées tout au long de l'année.
- Il peut être reçu par les responsables du CRLC ou par l'un des professionnels, sur rendez-vous.

**Rappelons que l'intégration de la famille au projet d'accompagnement peut être limitée par l'utilisateur (s'il est majeur et responsable), notamment en regard de ses besoins et des droits qui lui sont conférés par la loi.**

Les dispositions relatives aux mineurs et aux représentants légaux :

**Les parents d'enfants mineurs ou les responsables légaux ont des droits et des devoirs relatifs à l'autorité qui leur est conférée.**

**Les mineurs, de moins de 16 ans, devront être inscrits par les parents qui signeront tous les documents administratifs nécessaires.**

L'utilisateur ne pouvant prendre de décisions graves le concernant (risque de mise en danger de sa personne, de son devenir et de celui d'autrui), il revient aux détenteurs de l'autorité légale d'exprimer leur consentement.

#### 1.4.2 Le libre choix de la personne

Le CRLC s'approprie les valeurs de libre choix de la personne dans le respect des dispositions légales, des décisions de justice ou des mesures de protection judiciaire ainsi que des décisions d'orientation. La personne dispose du libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes soit dans le cadre d'un service à son domicile, soit dans le cadre de son admission dans un établissement ou service, soit dans le cadre de tout mode d'accompagnement ou de prise en charge. Le consentement éclairé de la personne est recherché en l'informant, par tous les moyens adaptés à sa situation, des conditions et conséquences de la prise en charge et de l'accompagnement et en veillant à sa compréhension. Le droit à la participation directe, ou avec l'aide de son représentant légal, à la conception et à la mise en œuvre du projet de vie et d'accompagnement qui la concerne lui est garanti.

Lorsque l'expression par la personne d'un choix ou d'un consentement éclairé n'est pas possible en raison de son jeune âge, ce choix ou ce consentement est exercé par la famille ou le représentant légal auprès de l'établissement, du service ou dans le cadre des autres formes de prise en charge et d'accompagnement. Ce choix ou ce consentement est également effectué par le représentant légal lorsque l'état de la personne ne lui permet pas de l'exercer directement. Pour ce qui concerne les prestations de soins délivrées par les établissements ou services médico-sociaux, la personne bénéficie des conditions d'expression et de représentation qui figurent au code de la santé publique.

La personne peut être accompagnée de la personne de son choix lors des démarches nécessitées par la prise en charge ou l'accompagnement.

#### 1.4.3 L'individu en tant que sujet acteur

La place de l'utilisateur et sa prise en compte en tant qu'individu est une priorité dans nos services.

La personne en situation de handicap est accompagnée dans le cadre d'un contrat de prise en charge par le biais duquel chacun s'engage. Ce contrat permet de définir des objectifs d'accompagnement négociés et ré-ajustables régulièrement.

A travers les missions spécifiques de chacun des professionnels du Centre Ressources, l'utilisateur et son entourage sont accompagnés dans l'objectif de les aider à trouver eux-mêmes des solutions adaptées à leurs besoins en lien avec leur situation de handicap. Les

compétences spécifiques des différents modules et de leurs professionnels doivent permettre aux bénéficiaires de construire un nouveau projet de vie adapté à sa situation de handicap et à ses envies.

#### 1.4.4 L'intégration de l'individu dans la société

Parmi les missions confiées aux différents professionnels, la recherche d'une intégration dans la vie sociale est importante. Elle vise à permettre à toute personne en situation de handicap, quel que soit le niveau de celui-ci, d'accéder, en fonction de ses désirs, à une vie sociale et citoyenne satisfaisante.

Pour écrire selon la formule consacré par l'ADAPT « *avec et comme les autres* ».

### **1.5 Le public**

Le Centre Ressources pour Lésés Cérébraux accueille en ambulatoire des enfants, adolescents et adultes de 2 à 60 ans. Tous les usagers du CRLC présentent une lésion cérébrale acquise (traumatisme crânien, accident vasculaire cérébral, tumeurs cérébrales, pathologies médicales autres que dégénératives).

L'état de santé des personnes accueillies est stabilisé ou en cours de stabilisation. Ce critère exclu les personnes dont la pathologie est dégénérative.

La lésion cérébrale acquise peut parfois se combiner avec une pathologie psychiatrique grave. Le caractère dominant de cette seconde pathologie est incompatible avec les compétences d'accompagnement du CRLC. Pour ces personnes, le CRLC vient en soutien d'autres équipes spécialisées.

Le caractère acquis des lésions, souvent de manière brutale, et la survenue soudaine du handicap complexifie et accentue la rupture d'un parcours de vie jusque là ordinaire. Il s'agit de réapprendre à vivre et à faire des projets dans un contexte bouleversé par les nouvelles perceptions de la personne.

La lésion cérébrale peut entraîner des déficiences motrices mais aussi cognitives, comportementales, sensorielles ou psychoaffectives. A la suite d'une atteinte cérébrale, ces déficiences peuvent se combiner et s'exprimer sur une large gamme qui peut laisser des séquelles légères (par exemple quelques troubles de mémoire) à très graves (état végétatif chronique). Ces combinaisons variables de séquelles confèrent chaque fois une grande complexité d'approche et une singularité de handicap de la personne. En l'absence de trouble moteur, le handicap induit par ces déficiences est qualifié d'invisible. Ce handicap, bien qu'invisible, peut avoir de lourdes répercussions sur la vie de la personne et conduire à des formes d'exclusion. Il nécessite donc la reconnaissance des besoins spécifiques des personnes et une véritable prise en charge adaptée.

L'atteinte cérébrale a aussi des conséquences importantes sur l'entourage familial. Les familles sont sollicitées au quotidien et tout au long de la vie pour accompagner leurs proches. Elles sont souvent insuffisamment informées des troubles et de leur expression ce qui peut conduire à des manifestations incomprises pouvant devenir source de conflit voire de rupture. Le soutien et l'information des proches constituent donc des facteurs de lutte contre la rupture des liens familiaux et sociaux.

Le niveau de handicap des personnes cérébrolésées est exprimé par une échelle d'autonomie variant de 1 à 4 : le GOS (Glasgow Outcome Scale),

- ✓ **GOS 1 : bonne récupération**, la personne retrouve une vie autonome sur les plans personnel, social et professionnel (à situation le plus souvent déclassée).
- ✓ **GOS 2 : Handicap modéré**, la personne retrouve une certaine autonomie bien qu'une surveillance soit nécessaire. Elle peut par exemple travailler en ESAT.
- ✓ **GOS 3 : Handicap sévère**, la personne présente une dépendance pour les actes de la vie quotidienne. Elle souffre de séquelles motrices et/ou intellectuelles importantes.
- ✓ **GOS 4 : La personne est totalement dépendante de soins adaptés. Il s'agit d'états séquellaires majeurs (état végétatif chronique, état pauci relationnel).**

Le CRLC accueille et a la capacité d'accompagner majoritairement des personnes de GOS de niveaux 1, 2 et 3 et plus exceptionnellement des personnes relevant d'un GOS de niveau 4.

Les personnes accueillies au CRLC sont dénommées des usagers.

Certains de ces usagers, dans le cadre de l'UEROS, peuvent être stagiaires de la Formation Professionnelle.

### 1.5.1 Les enfants et adolescents accompagnés par le CRLC

Le CRLC est habilité pour accompagner des enfants et adolescents de 2 à 20 ans.

La population accueillie se répartit autour d'une médiane d'âge de 13 ans.

Toutes les classes d'âge sont représentées (petite enfance, enfance, pré-adolescence, adolescence) avec néanmoins une forte représentation des 14-16 ans.

Cette catégorie d'usagers est au deux tiers constituée de garçons.

Le CRLC accueille et accompagne des jeunes issus des départements de la Savoie et de l'Isère. La part des enfants isérois est de l'ordre des trois quarts des jeunes accueillis.

L'accompagnement peut intervenir très rapidement après l'accident, dès la sortie d'un établissement sanitaire, ou bien plus tard dans le parcours, jusqu'à une dizaine d'années après l'évènement traumatique.

Le flux des demandes d'accompagnement est de l'ordre d'une vingtaine de jeunes par an.

On constate d'importantes variations de la typologie des jeunes accueillis (âge, sexe, pathologie, distance de l'accident, origine géographique). Cette variabilité engage l'équipe d'accompagnement à une importante adaptabilité de ses pratiques d'accompagnement. Le nombre d'usagers par typologie et groupes générationnels est assez faible.

Les enfants accompagnés par l'équipe mobile enfants et adolescents présentent des niveaux de handicap multiples. Ces handicaps sont liés en grande majorité à des déficiences cognitives et ou psychiques pour plus de 75 % des jeunes. Un tiers des jeunes accompagnés est concerné par des troubles moteurs. On relève peu de déficiences sensorielles parmi le public accueilli au CRLC. Par contre, on relève pour la moitié des enfants accompagnés une situation sociale de leur famille qui peut être pénalisante. Enfin, il est à noter que plus de la moitié des jeunes présente plus de 2 déficiences.

### 1.5.2 Les adultes accompagnés par le CRLC

Le CRLC est habilité pour accompagner des adultes de 18 à 60 ans.

Il accompagne sur l'ensemble de ses modules pour adultes (UEROS, SPASE 38 et 73, EMA) une population de l'ordre de 230 personnes cérébrolésées chaque année, dont l'origine traumatique est la plus représentée (62 %). Cette population est masculine à 75% et sa moyenne d'âge est de l'ordre de 35 ans. C'est une population jeune.

Les caractéristiques de la population accompagnée au sein des modules du CRLC se situent en tous points dans les moyennes relevées au plan national par les services spécialisés cérébrolésés. Ces caractéristiques restent globalement très stables au fil des années. On peut néanmoins remarquer une légère tendance à l'augmentation de l'âge moyen des usagers du CRLC.

Les usagers adultes du CRLC sont principalement originaires du département de l'Isère (72 %). Le CRLC accompagne aussi des personnes domiciliées en Savoie (25 %), d'autres départements de Rhône-Alpes (2 %) et marginalement de départements au delà de cette région.

Les usagers du CRLC se situent majoritairement à un niveau d'autonomie modéré qui nécessite une surveillance et une aide au développement de leur vie sociale. Cette relative autonomie se traduit par une cotation de l'échelle de GOS pour les personnes les plus éloignées de l'emploi majoritairement à 2 et, pour les usagers avec un projet professionnel, par des RQTH<sup>6</sup> donnant accès tant au milieu ordinaire qu'au milieu protégé.

Les personnes accueillies en situation de grande dépendance pour les actes de la vie quotidienne (GOS 3 et 4) représentent une part de l'ordre de 10 % des usagers du CRLC.

Le flux des nouvelles demandes d'accompagnement pour les adultes est annuellement de l'ordre de 130 à 180 personnes.

Les usagers adultes du CRLC peuvent être accueillis à tout moment dans leur parcours de vie. Un quart d'entre eux sollicite une aide précoce dans les 2 ans qui suivent leur traumatisme, c'est à dire quasiment en relais de la prise en charge sanitaire. Environ un tiers des accompagnements concerne des personnes se trouvant à plus de 10 ans de leur accident. Pour les autres accompagnements, ils s'échelonnent entre la 3<sup>ème</sup> et la 9<sup>ème</sup> année qui suit leur accident.

## **2 Service rendu à l'utilisateur**

Au CRLC, le service rendu à l'utilisateur consiste pour l'essentiel en des prestations d'accompagnement médico-social.

Le CRLC défend une politique d'intervention centrée sur les besoins de l'utilisateur dans son milieu de vie. Ce positionnement le conduit à avoir un rôle d'interface entre les usagers et leur environnement social, familial ou professionnel. Les missions médico-sociales confiées aux différentes équipes du service sont axées sur l'aide au retour ou au maintien à domicile, l'aide à l'orientation et à l'élaboration d'un projet de vie et l'aide à l'insertion sociale, scolaire ou professionnelle.

---

<sup>6</sup> RQTH : Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé

Ainsi, le service rendu à l'utilisateur se développe dans une logique de parcours des usagers et intègre une notion de chaîne d'accompagnement. Ceci explique que les modules ont été progressivement mis en place pour répondre aux besoins des usagers au fur et à mesure de leur mise en évidence et de la disponibilité de moyens de financement. Les missions de chaque module sont donc ciblées de façon précises sur des besoins bien identifiés et suivent cette logique de parcours accompagné allant de la sortie du dispositif sanitaire (hôpitaux et/ou centres de rééducation) à l'autonomie sociale et à l'emploi en milieu ordinaire dans le meilleur des cas.

Tout au long de ce parcours, chaque module doit remplir une mission d'information, de guidance, de soutien et de coordination des intervenants auprès de l'utilisateur et de son entourage socioprofessionnel (ou scolaire pour les plus jeunes).

## 2.1 Missions / actions

Le CRLC est missionné sur les champs de l'orientation, de l'insertion sociale, de l'intégration familiale, de l'insertion professionnelle en milieu ordinaire ou protégé et de l'intégration scolaire. Les missions sont confiées au CRLC par les autorités d'agrément et de tarification et par les financeurs. Chacune des missions est portée par un module spécifique pluridisciplinaire. Quatre modules couvrent les missions actuellement confiées au CRLC : UEROS, EMA, EMEA, SPASE, et d'autres sont en 2007 à l'état du projet (ESAT Hors murs).

La couverture territoriale d'intervention est différente pour chacun des modules et varie d'un demi département pour l'EMA à un recrutement régional élargi pour l'UEROS. Les choix d'intervention géographiques ont été dictés par un souci de complémentarité avec d'autres équipes couvrant les autres secteurs territoriaux.

### **UEROS (Unité d'Evaluation de Réentraînement et d'Orientation Socio-professionnelle)**

Les missions de l'UEROS sont encadrées par la circulaire du 04 juillet 1996 dite "circulaire Bauduret". Elles visent à :

- **Evaluer** très précisément les diverses séquelles physiques et psychiques présentées par la personne ainsi que les potentialités qu'elle présente, en vue de son insertion sociale, scolaire ou professionnelle ultérieure.
- **Ré entraîner** la personne à la vie active (consolider et accroître ses capacités précédemment restaurées en réadaptation fonctionnelle), notamment en matière d'effort intellectuel, de mémoire et de capacité cognitive.
- Construire avec l'intéressé et son entourage un projet d'insertion sociale et/ou formatif ou professionnel et **l'orienter** dans ses choix socio-professionnels.

L'UEROS est missionnée par la CDAPH<sup>7</sup>, à qui elle fournit tout élément utile contribuant à déterminer ou réévaluer le niveau de handicap constaté et l'orientation éventuelle de la personne.

---

<sup>7</sup> CDAPH : Commission Départementale d'Autonomie des Personnes Handicapées

### **EMA (Equipe Mobile pour Adultes cérébrólésés)**

Les missions de l'Equipe Mobile pour Adultes ont été fixées par le CROSMS<sup>8</sup> et sont centrées sur la personne cérébrólésée :

- **L'évaluation de la situation de la personne dans son environnement**, qui pourra mettre en évidence les difficultés, les besoins de l'utilisateur et recueillir ses attentes afin d'élaborer ou de redéfinir avec lui son projet de vie.
- **Le maintien et le soutien dans le lieu de vie** par le biais d'adaptations et/ou de mises en situation, ceci en accompagnant et en soutenant la personne ainsi que son entourage familial. L'EMA peut également informer, expliquer concrètement et conseiller l'utilisateur et l'entourage sur les difficultés et les moyens de compensation à mettre en œuvre.
- **Aider la personne dans ses choix et ses orientations**. Selon le projet de vie envisagé dans la situation post-traumatique, l'équipe mobilise différentes structures ou associations, dans les domaines de la vie sociale ou d'une activité professionnelle protégée.
- **La coordination** entre les structures, les différents intervenants (médecins, professionnels paramédicaux, personnel médico-social de proximité, MDPH entre autres) et la famille afin de créer un réseau cohérent autour de la personne cérébrólésée.
- La mise en place et le passage de **relais** de proximité.

### **EMEA (Equipe Mobile pour Enfants et Adolescents cérébrólésés)**

Les missions de l'Equipe Mobile pour Enfants et Adolescents ont été fixées par le CROSMS et sont centrées sur le jeune cérébrólésé et sa famille :

- **L'évaluation de la situation du jeune dans son environnement familial**, qui pourra mettre en évidence ses difficultés et ses besoins, et recueillir ses attentes afin d'élaborer ou de redéfinir avec lui un projet de vie et de scolarité.
- **Le maintien et le soutien dans le lieu de vie** par le biais d'adaptations et/ou de mises en situation, ceci en accompagnant et en soutenant le jeune ainsi que son entourage familial. L'EMEA doit également informer, expliquer concrètement et conseiller le jeune et son entourage sur les difficultés et les moyens de compensation à mettre en œuvre.
- **Aider le jeune dans ses choix et ses orientations**. Selon le projet de vie envisagé dans la situation post-traumatique, l'équipe mobilise différentes structures ou associations, dans les domaines de la vie sociale ou d'une activité scolaire aménagée ou non.
- **La coordination** entre les structures, les différents intervenants (médecins, professionnels de l'éducation nationale, MDPH, paramédicaux, personnel médico-social de proximité entre autres) et la famille afin de créer un réseau cohérent autour du jeune cérébrólésé.
- La mise en place et le passage de **relais** de proximité.

---

<sup>8</sup> CROSMS : Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale

## **SPASE (Service Personnalisé d'Accompagnement et de Suivi vers et dans l'Emploi)**

Les missions de SPASE portent sur l'aide à l'insertion professionnelle en milieu ordinaire de personnes cérébrolésées. Ces missions font l'objet d'un cahier des charges et lui sont confiées par ses financeurs : l'Agefiph, avec (jusqu'en 2007) la participation du Conseil Régional et de l'ESRF<sup>9</sup>. Elles peuvent être résumées comme suit :

- Aider la personne à s'**orienter** dans ses choix professionnels ; l'aider à **construire un projet réaliste**.
- Améliorer les potentialités d'insertion professionnelle et **ré entraîner** aux contraintes de l'emploi.
- Aider à la **recherche d'emploi**.
- **Accompagner et/ou maintenir dans l'emploi** à l'aide de contacts répétés avec la personne et le milieu professionnel.
- Accompagner en **formation**.

## **2.2 Organisation - fonctionnement**

### 2.2.1 Un fonctionnement par modules

L'organisation du CRLC résulte de ses différentes phases de développement. Sa structuration est issue des missions successives que ce service s'est vu confié par les autorités de contrôle et de tarification. Le CRLC est donc subdivisé en modules. Chacun de ces modules répond à des missions spécifiques. L'organigramme du CRLC (Cf. paragraphe 1.1), reflète cette structuration.

On retrouve des fonctionnalités identiques pour l'ensemble des missions (fonction accueil, fonction évaluation, fonction accompagnement, passage de relais, sortie, fonction évaluation des actions menées, suivi post-accompagnement).

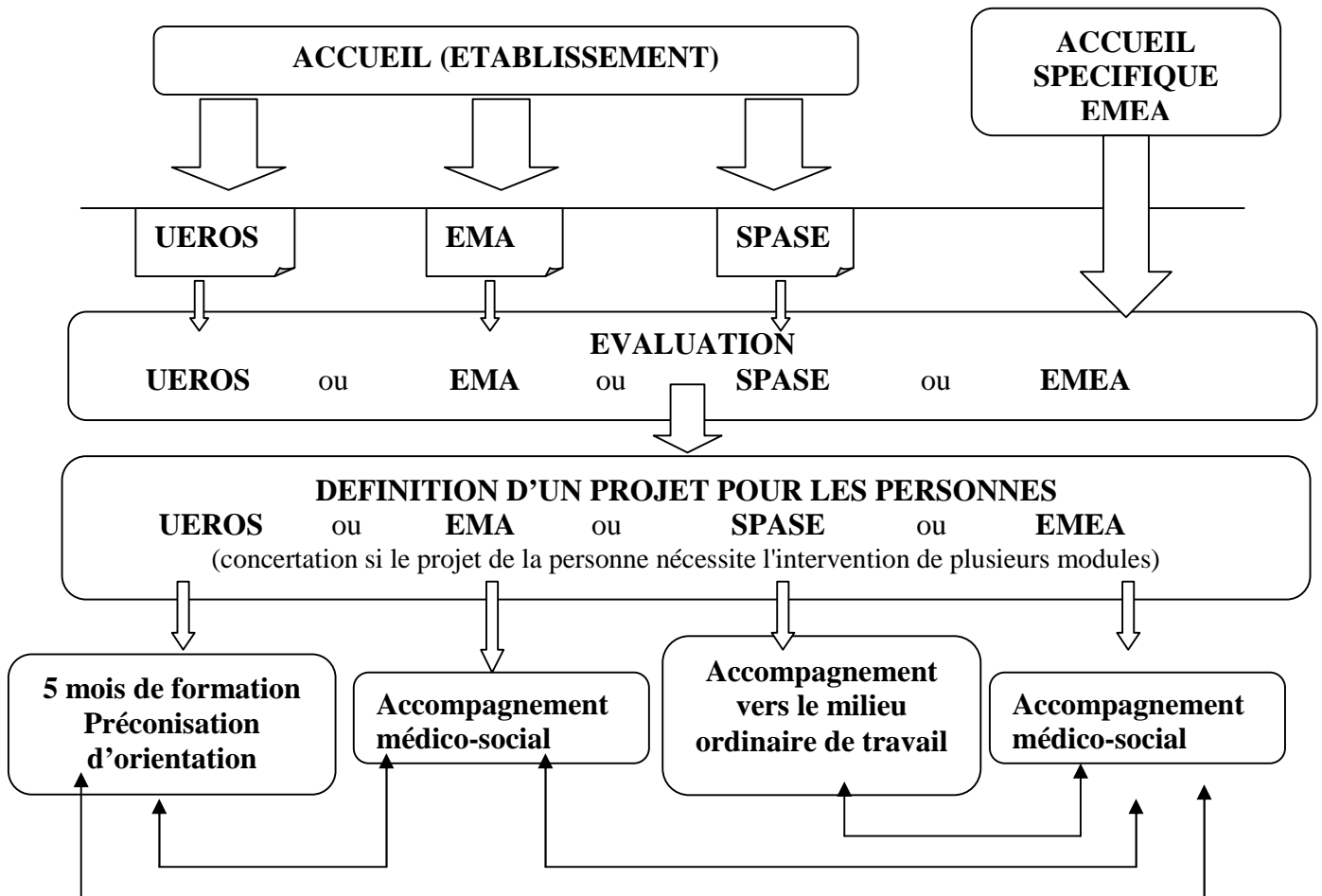
Certaines fonctions sont mises en commun et traitées au sein de l'entité CRLC (cellule d'accueil) ; avec toutefois des spécificités liées à la population ou à la mission concernée. Les autres fonctionnalités sont proposées spécifiquement au sein d'un module donné.

Schéma page suivante.

---

<sup>9</sup> ESRF : European Synchrotron Research Facility

Représentation schématique de l'organisation du CRLC au 31/12/08 :



Trois modules ont pour vocation principale l'évaluation et l'accompagnement : EMEA, EMA, SPASE.

Un module a pour vocation essentielle l'évaluation et l'orientation : UEROS.

Une différenciation de fait existe entre le public enfant/adolescent et le public adulte. Cette spécificité accordée aux enfants est moins justifiée par une différenciation des modalités d'accompagnement que par les nécessités d'identification et de communication autour d'un service spécialisé pour les enfants et par la spécialisation des professionnels sur les problématiques de l'enfance.

### 2.2.2 Fonctionnement du module SPASE

SPASE est un dispositif d'aide à l'insertion professionnelle en milieu ordinaire. Il se caractérise par un accompagnement individualisé et l'attribution pour chaque usager d'un référent d'insertion professionnelle.

L'accompagnement est ambulatoire ; les rendez-vous individuels sont fixés à la demande et en fonction des besoins de la personne.

Le module SPASE est territorialisé. Une équipe accompagne les résidents isérois et une autre les résidents de Savoie. Les principes de fonctionnement de ces deux équipes sont identiques.

La durée d'accompagnement est fondée sur un crédit d'heures. 40 heures d'accompagnement par an sont mis à la disposition de l'utilisateur. Ce nombre d'heures est renouvelable une fois au cours de l'année en fonction des besoins de l'utilisateur.

Il n'y a pas de nombre limite d'années d'accompagnement. L'accompagnement est durable selon l'évolution du parcours professionnel ; un utilisateur peut être accompagné tant que sa situation le nécessite.

#### *2.2.2.1 Modalités d'accueil et d'admission dans SPASE*

Tous les utilisateurs admis dans SPASE ont préalablement été accueillis par la cellule d'accueil du CRLC. La coordinatrice pédagogique et responsable de module répartit et attribue un référent d'insertion professionnelle à l'utilisateur ; le référent est chargé de la mise en œuvre de l'accompagnement personnalisé proposé à l'utilisateur.

L'admission d'un utilisateur dans SPASE fait l'objet d'une co-validation d'accompagnement par Cap Emploi ou la Cellule Départementale de Maintien dans l'Emploi.

#### *2.2.2.2 Modalités et pratiques d'évaluation dans SPASE*

L'évaluation dans SPASE consiste d'une part au recueil d'informations techniques relatives aux compétences et au métier de l'utilisateur (médecin du travail – contre-indications....) et d'éléments paramédicaux (bilans neuropsychologique, psychologique, ergothérapeutique...) lorsqu'ils existent. Quand ces informations n'existent pas, le référent s'appuiera sur des partenaires pour la réalisation de ces bilans.

Il s'agit d'autre part, de mettre la personne en situation d'activité professionnelle afin de repérer ses difficultés et délimiter ses capacités de travail. Une part importante de l'évaluation se fait à travers cette mise en situation. De fait, l'analyse des facteurs d'insertion professionnelle de la personne se fait en continu tout au long du suivi par des points réguliers avec l'utilisateur et/ou son environnement (employeurs, partenaires d'insertion, etc...).

La production d'un bilan finalisé d'évaluation n'est pas systématique. Le travail d'évaluation procède de la méthode essai / erreur / ajustement tout au long de l'accompagnement.

#### *2.2.2.3 Modalités et pratiques d'accompagnement dans SPASE*

Le but de l'accompagnement dans SPASE est d'aider la personne cérébrolésée à la construction et à l'accompagnement d'un projet professionnel d'insertion ou de maintien dans l'emploi dans le milieu ordinaire de travail.

Les pratiques d'accompagnement consistent essentiellement en : des entretiens individuels avec l'utilisateur, des mises en situation professionnelle, la médiation entre l'utilisateur et son environnement humain, avec l'adaptation de cet environnement au handicap de la personne.

Certaines situations nécessitant de re-mobiliser des connaissances ou compétences peuvent donner lieu à l'organisation d'ateliers de préparation et de réentraînement en groupe.

Les rythmes d'accompagnement sont calés sur le rythme de la personne.

Les référents d'insertion professionnelle veillent à ce que la personne soit porteuse de son projet.

Les passages de relais sont opérants tout au long de l'accompagnement : « relais sociaux » (AS, curateur...), relais « médico-psychologique » (psychologues, médecins généralistes ou spécialistes...) et « relais techniques » (mesures ANPE, ASI .....

L'accompagnement prend fin quand les conditions d'un emploi adapté de manière durable ont été mises en place et/ou quand l'utilisateur n'en ressent plus le besoin. Le plus souvent l'accompagnement prend fin de manière progressive.

### 2.2.3 Fonctionnement du module EMA

L'EMA est un dispositif de soutien et de maintien des personnes cérébrolésées dans leur lieu de vie et/ou d'orientation vers un lieu de vie adapté à leur besoin.

Elle se caractérise par un accompagnement individualisé. L'accompagnement est effectué par une équipe pluridisciplinaire. Le responsable de la mission EMA est le garant de l'accompagnement de l'usager. Il est de fait le référent des usagers.

L'accompagnement est ambulatoire ; les rendez-vous individuels sont fixés à la demande et en fonction des besoins de la personne.

Le module EMA est territorialisé. L'équipe EMA du CRLC accompagne les résidents de la moitié sud du département de l'Isère.

La durée d'accompagnement est d'une année renouvelable une fois.

L'accompagnement n'a pas vocation à être durable. Toutefois, si la situation le nécessite l'accompagnement peut être prolongé au delà des 2 ans.

#### *2.2.3.1 Modalités d'accueil et d'admission dans l'EMA*

La majorité des usagers admis dans l'EMA a préalablement été accueillie par la cellule d'accueil du CRLC. La coordinatrice pédagogique confie ensuite la situation à la responsable de mission EMA.

Pour certains usagers issus de la Clinique du Grésivaudan (Ex-CMUDD), qui nécessitent un relais rapide lors de la sortie de l'établissement de rééducation en vue de leur retour à domicile, la cellule d'accueil n'est pas sollicitée.

L'admission d'un usager dans l'EMA nécessite sa pleine adhésion. Avant de prononcer l'admission de la personne, celle-ci est rencontrée dans le cadre d'un accueil collectif pluridisciplinaire.

#### *2.2.3.2 Modalités et pratiques d'évaluation dans l'EMA*

L'évaluation dans l'EMA est réalisée au cours d'une période de 3 mois après l'accueil et l'admission de l'usager. Cette phase d'évaluation permet le recueil des bilans et informations existantes en fonction du parcours de la personne (hôpitaux, centres de rééducation, prises en charges par des libéraux, etc...) et la réalisation des bilans complémentaires nécessaires à l'établissement du tableau des capacités et performances de la personne.

A l'issue de cette évaluation une synthèse pluridisciplinaire associant l'usager est faite. Cette synthèse pose le diagnostic de la problématique de la personne et permet de fixer les objectifs à mettre en œuvre pour permettre la mise en route du projet de vie de la personne.

L'évaluation de la personne est faite aussi bien à l'aide de tests et bilans que de manière écologique.

De nouveaux bilans pourront être réalisés au delà de cette première phase en fonction des besoins et de l'évolution de la situation.

#### *2.2.3.3 Modalités et pratiques d'accompagnement dans l'EMA*

L'accompagnement dans l'EMA est pluridisciplinaire et "à géométrie variable". Il peut mobiliser un ou plusieurs professionnels de l'équipe en fonction des besoins identifiés lors de la phase de bilan et en accord avec la demande formulée par l'usager et sa famille.

Chaque personne est prise en charge individuellement en fonction de la demande initiale identifiée à l'accueil et réinterrogée régulièrement lors de synthèses.

L'accompagnement est effectué sur les lieux de vie de la personne. Il vise à aménager et adapter l'environnement matériel et humain pour permettre la plus grande autonomie possible de l'usager.

L'accompagnement est fait au rythme de la personne, selon l'évolution de ses besoins, de sa demande et de son environnement. Les objectifs sont réinterrogés à intervalles réguliers (tous

les 3 à 6 mois). En fonction du projet de la personne, l'accompagnement s'arrête lorsque le projet de vie se concrétise ou lorsque celui-ci est orienté vers une autre structure adaptée. Un relais est alors passé à la nouvelle structure.

L'accompagnement peut aussi s'interrompre à la demande de l'utilisateur ou sa famille.

#### 2.2.4 Fonctionnement du module EMEA

L'EMEA est un dispositif de soutien et de maintien des enfants et adolescents cérébrolésés dans leurs lieux de vie (au sens le plus étendu) et/ou d'orientation vers un lieu de vie adapté à leur besoin. L'accompagnement est individualisé, mis en œuvre par une équipe pluridisciplinaire. Le responsable de la mission EMEA est le garant de l'accompagnement de l'utilisateur. Il est de fait le référent du jeune et de sa famille.

L'accompagnement est ambulatoire ; les rendez-vous individuels sont fixés à la demande et en fonction des besoins du jeune et de son entourage socio-familial.

Le module EMEA est territorialisé. L'équipe EMEA du CRLC accompagne les résidents des départements de l'Isère et de la Savoie.

La durée d'accompagnement est d'une année, renouvelable une fois. L'accompagnement n'a pas vocation à être durable. Toutefois, si sa situation le nécessite l'accompagnement peut être prolongé au delà des 2 ans.

##### *2.2.4.1 Modalités d'accueil et d'admission dans l'EMEA*

L'accueil pour les enfants/adolescents n'utilise pas la cellule d'accueil du CRLC ; il est géré directement par le module EMEA.

Les usagers de l'EMEA font préalablement à toute admission l'objet d'un recueil de leur demande et d'une collecte d'informations. Ensuite, le jeune et sa famille sont rencontrés dans le cadre d'un accueil collectif pluridisciplinaire par l'ensemble de l'équipe.

L'admission d'un usager dans l'EMEA nécessite la pleine adhésion de sa famille (peu d'utilisateurs sont majeurs).

##### *2.2.4.2 Modalités et pratiques d'évaluation dans l'EMEA*

Après l'accueil, une phase d'évaluation est engagée. Selon les besoins (bilans à réaliser entièrement ou seulement à récupérer), les RV sont répartis sur six à dix semaines.

A l'issue de cette période, une synthèse est proposée au jeune et à sa famille.

Chaque évaluation est restituée individuellement par le professionnel concerné, puis la synthèse est faite collectivement avec l'enfant et sa famille. Cette instance définit, à partir des souhaits de la famille, du jeune et des besoins identifiés par les évaluations, les objectifs et les modalités d'intervention et d'accompagnement de l'équipe pour une première période.

Ces objectifs nécessitent, outre celle de la famille, l'adhésion du jeune. Ils font l'objet d'un document écrit qui sera réactualisé en cours d'accompagnement si besoin.

L'évolution de la situation pourra nécessiter de nouvelles évaluations au cours de l'accompagnement.

##### *2.2.4.3 Modalités et pratiques d'accompagnement dans l'EMEA*

L'accompagnement est entièrement personnalisé. Les professionnels de l'EMEA vont proposer des modalités d'intervention adaptées aux besoins et à leur évolution (directement auprès de l'enfant/jeune, de sa famille et/ou des partenaires extérieurs).

Les interventions s'ajusteront en cours d'accompagnement. Les priorités seront hiérarchisées pour ne pas surcharger l'emploi du temps de l'enfant, prenant en compte les éléments extérieurs (Projets Personnalisés de Scolarisation, rythme scolaire, rééducations, loisirs...).

Pour les jeunes adultes (16 à 20 ans) du bassin grenoblois, l'accès à des ateliers collectifs au CRLC est possible. Des référents d'insertion de l'équipe SPASE peuvent être associés pour initier un accompagnement individualisé vers la formation et/ou vers l'emploi.

L'accompagnement prend fin lorsque les objectifs définis en commun accord ont été atteints, et/ou si un relais est passé avec une structure adaptée. Il peut aussi prendre fin à la demande de la famille, par absence de demande, ou lorsque la famille refuse la proposition d'intervention de l'équipe. L'intervention de l'équipe EMEA peut être réactivée si la situation l'exige.

### 2.2.5 Fonctionnement du module UEROS

L'UEROS (Unité d'Evaluation de Réentraînement et d'Orientation Sociale et/ou Professionnelle) est un dispositif entièrement dédié aux personnes cérébrolésées. Ce dispositif se traduit concrètement par un stage de 21 semaines à temps plein.

Il répond aux missions identifiées par la circulaire dite « Bauduret » 96-428 fondatrice du dispositif.

#### *2.2.5.1 Modalités d'accueil et d'admission dans l'UEROS*

Tous les usagers admis dans l'UEROS ont préalablement été accueillis par la cellule d'accueil du CRLC. Ils possèdent un avis d'orientation de la CDAPH.

Des rencontres préparatoires et une visite de l'UEROS sont proposées aux futurs stagiaires avant l'entrée en période de stage.

Un accueil collectif et individualisé de présentation du déroulement de la session est réalisé dès le démarrage du stage.

#### *2.2.5.2 Modalités et pratiques d'évaluation dans l'UEROS*

Une évaluation est réalisée pour chaque stagiaire sur une période d'un mois et demi en début de stage. Cette évaluation porte sur les champs sociaux, de la vie quotidienne, du niveau scolaire, de la situation professionnelle, médicale, psychologique, neuropsychologique, et ergothérapeutique de la personne. Elle est établie à partir de batteries de tests et de mises en situation écologique. Cette évaluation permet de faire le point sur l'ensemble des savoir-faire et les potentiels physiques, intellectuels, cognitifs et relationnels de la personne. Elle a pour but de déclencher le processus d'élaboration d'un projet de vie concret et réaliste, de mettre en évidence les aspects sur lesquels le stagiaire peut progresser.

Au terme de cette période d'évaluation, un premier point individuel est fait entre l'équipe et le stagiaire pour préciser les objectifs prioritaires pour la suite, proposés et retenus avec l'accord du stagiaire.

#### *2.2.5.3 Modalités et pratiques d'accompagnement dans l'UEROS*

L'accompagnement des stagiaires de l'UEROS se décline suivant des modalités collectives et individuelles.

Le volet collectif vise à favoriser une dynamique de groupe. Les stagiaires participent à des ateliers portant sur les domaines suivants : social, professionnel, réentraînement cognitif, connaissance de soi, scolaire, informatique, capacités exécutives, expression et créativité. Certains ateliers présentent un caractère de participation obligatoire, d'autres sont facultatifs. Le programme de participation est établi en fonction des capacités, souhaits et du rythme de la personne.

Le volet individuel se traduit par un accompagnement personnalisé, axé sur le projet individuel de la personne. Chaque professionnel de l'équipe accompagne dans son domaine de compétence le stagiaire.

L'accent est en particulier mis sur des mises en situation sociale ou professionnelle. Un stage en entreprise ou en milieu social extérieur à l'UEROS est proposé à chaque stagiaire.

Un référent de projet du stagiaire assure le lien et coordonne l'accompagnement par les différents professionnels. Il s'assure de la cohérence d'élaboration du projet de la personne.

A l'issue de l'accompagnement, des préconisations d'orientation sont faites au stagiaire.

Le bilan de son stage lui est transmis ainsi qu'à la CDAPH.

### 2.2.6 Le suivi post accompagnement

Au-delà des cœurs de mission d'accompagnement propres à chaque « module », le souci de cohérence et de continuité de parcours de l'utilisateur est constant. Ainsi, le CRLC assure sous différentes formes une fonction de veille pour les usagers.

Il s'agit le plus souvent soit de veiller à une bonne articulation avec un service relais en aval d'une prise en charge, soit de maintenir avec l'utilisateur un contact ponctuel après la fin d'une prise en charge. Le plus souvent avec un coordinateur ou autre professionnel désigné, ce contact ponctuel à distance permet de rassurer et d'éviter les ruptures.

La réouverture du dossier en cas de nouveau besoin peut également être envisagée à distance si cela est pertinent pour l'utilisateur.

Les procédures de suivi (dit « fil rouge ») ne sont pas actuellement homogènes, ni clairement formalisées.

## 2.3 L'activité et les moyens attachés au service

### 2.3.1 Quantification de l'activité à destination des usagers

Pour donner un aperçu de l'activité du service, les données 2007 sont citées à titre indicatif :

**Le C.R.L.C. a accompagné en 2007 262 personnes cérébrolésées** sur l'ensemble de ses modules pour adultes (UEROS, SPASE 38 et 73, EMA) ainsi qu'une quarantaine d'enfants.

L'activité du service est globalement en augmentation, + 13% par rapport à 2006 (232 pers.).

L'origine traumatique est la plus représentée (67 %).

Cette population est masculine à 70% et sa moyenne d'âge est d'environ 33 ans.

157 Personnes nouvelles ont été signalées et/ou orientées vers le CRLC en 2007 (Isère et Savoie).

135 d'entre elles ont bénéficié d'un accueil physique en premier entretien dont 24 enfants/adolescents.

Les personnes accueillies sont domiciliées en Isère pour 77% et en Savoie pour 22%.

- **L'UEROS**

Nombre de places: 12 permanentes par session de 5 mois.

No. SIRET : 775 683 006 00289

Ouverture le : 1er avril 1998.

Moyens humains (2007) : 6.16 ETP (Equivalent Temps Plein)

En 2007, l'UEROS de Grenoble a pris en charge 29 stagiaires chacun sur une période de 5 mois.

Pour ces 29 personnes, le délai moyen entre la date de première rencontre avec le CRLC et l'entrée en UEROS a été de 20 mois avec une amplitude comprise entre 1 mois et 126 mois.

Une image fiable de l'activité est donnée par l'indicateur du nombre de journées de prise en charge. En effet, celui-ci est calculé sur un même nombre de jours pour une année civile.

En 2007 le taux d'occupation était de 74.9%, pour 2383 journées/ stagiaires.

- **Le SPASE 38** est missionné pour accompagner 99 bénéficiaires.

Il bénéficiait en 2007 d'une convention d'action annuelle avec l'Agefiph, le Conseil Régional de la Région Rhône-Alpes et l'ESRF.

Moyens humains : 4,42 ETP (en 2007).

<b>SPASE 38 activité 2007 :</b>	
Nombres de bénéficiaires en accompagnement	102
Nombre de bénéficiaires en conseil	33
<b>Nombre total de bénéficiaires dans l'année</b>	<b>135</b>
Nombre de nouveaux bénéficiaires dans l'année	81
Nombre de bénéficiaires sortis dans l'année	29
<b>Total heures d'accompagnement SPASE 38</b>	<b>3325,3h</b>

- **Le SPASE 73** est missionné pour accompagner 46 bénéficiaires.

Il bénéficiait en 2007 d'une convention d'action annuelle avec l'Agefiph et le Conseil Régional Moyens humains : 1.75 ETP (en 2007).

<b>SPASE 73 activité 2007 :</b>	
Nombres de bénéficiaires en accompagnement	54
Nombre de bénéficiaires en conseil	18
<b>Nombre total de bénéficiaires dans l'année</b>	<b>72</b>
Nombre de nouveaux bénéficiaires dans l'année	54
Nombre de bénéficiaires sortis dans l'année	21
<b>Total heures d'accompagnement SPASE 73</b>	<b>1353,8h</b>

- **L'Equipe Mobile Adultes** dispose de 16 places pour le territoire du Sud Isère avec une file active de 32 personnes.

Autorisation CROSMS, Arrêté préfectoral 02-393 du 18.10.02

No. SIRET : 775 683 006 00271

Moyens humains : 3.9 ETP (en 2007)

Activité 2007	Nombre d'utilisateurs concernés	Heures
<b>Ensembles des utilisateurs ayant sollicité l'EMA en 2007</b>	<b>52</b>	
Temps d'activité de l'équipe consacré à l'ensemble des utilisateurs:		<b>2846</b>
Utilisateurs accompagnés par l'EMA en 2007	40	
Temps d'activité de l'équipe consacré aux utilisateurs accompagnés en 2007		2302
Temps moyen consacré par utilisateur accompagné :		57,55
Valeur médiane des temps consacrés aux utilisateurs accompagnés :		44,6

- **L'Equipe Mobile Enfants et Adolescents** dispose de 21 places réparties sur les départements de l'Isère et de la Savoie (file active 42 personnes).

Autorisation CROSMS, Arrêté préfectoral 02-487 du 31.12.02

No. SIRET : 775 683 006 00263

Moyens humains : 4.1 ETP (en 2007)

Activité 2007	Nombre utilisateurs concernés	Heures
<b>Ensembles des utilisateurs ayant sollicité l'EMEA en 2007</b>	<b>53</b>	
Temps d'activité de l'équipe consacré à l'ensemble des utilisateurs:		<b>3062</b>
Utilisateurs accompagnés par l'EMEA en 2007	37	
Temps d'activité de l'équipe consacré aux utilisateurs accompagnés en 2007		2840
Temps moyen consacré par utilisateur accompagné :		77
Valeur médiane des temps consacrés aux utilisateurs accompagnés :		65

### 2.3.2 Récapitulatif des Moyens financiers et humains attribués au CRLC en 2007

	Budget 2007	ETP 2007	Financement 2007
<b>E.M.E.A.</b>	294 878 €	4,1	100% DDASS
<b>E.M.A.</b>	246 343 €	3,9	100% DDASS
<b>U.E.R.O.S.</b>	457 837 €	6	100% DDASS
<b>S.P.A.S.E. 38</b>	292 776 €	4,42	62 % Agefiph 32 % Conseil Régional 6 % ESRF
<b>S.P.A.S.E. 73</b>	125 418 €	1,75	84 % Agefiph 16 % Conseil Régional
<b>TOTAL</b>	<b>1 417 252</b>	<b>20,17</b>	

### **3 Diagnostic des pratiques et du fonctionnement du CRLC issu de l'état des lieux**

Comme nous l'avons décrit dans les parties précédentes, le CRLC s'est construit à partir des besoins identifiés, dans une chronologie calquée sur l'évolution des circulaires, des textes de lois et des financements qui en découlaient. La structure rassemble donc aujourd'hui quatre dispositifs aux financements, aux autorités de contrôle, aux territoires, aux champs d'interventions et aux cultures hétérogènes : UEROS, EMA, EMEA, SPASE.

Au travers de ses modules, le CRLC a jusqu'à présent développé des pratiques et des modèles d'intervention similaires : un temps d'accueil, une phase d'évaluation des situations et une période d'accompagnement.

Ce fonctionnement par module se traduit également par une pluralité et une complexité des pratiques, à la fois force et source de faiblesse.

#### **3.1 Pratiques partagées au CRLC**

##### **3.1.1 La phase d'accueil et d'orientation au CRLC**

La cellule d'accueil est le dispositif de recueil de la demande de l'utilisateur qui arrive pour la première fois au CRLC, une première analyse des besoins de la personne, et l'orientation vers un module du CRLC ou vers un service extérieur.

La pluralité des regards (disciplinaires et de mission) est souhaitée mais pas toujours possible, par manque de procédure, de moyens et de disponibilités. La prise d'informations complémentaires si nécessaire, la concertation, le temps de réponse à l'utilisateur et au prescripteur sont traités de façon parfois incomplète.

Les décisions d'orientation sont traitées sommairement, de manière insatisfaisante dans la cellule d'accueil et confiées à l'équipe pressentie.

Il paraît important **de penser l'organisation, les objectifs, les moyens de l'accueil et son articulation avec la dimension de l'évaluation pluridisciplinaire.**

##### **3.1.2 La continuité de l'accompagnement**

Globalement, il y a **une continuité de l'accompagnement** reposant sur l'échange informel d'information et sur l'engagement des personnes. Les équipes se situent plus dans l'oral que dans l'écrit.

Les forces de cet accompagnement se trouvent :

- dans la dimension humaine de la relation à l'utilisateur
- dans la capacité de souplesse et d'adaptation des professionnels dans leurs pratiques
- dans l'existence et l'attachement à des pratiques de travail pluridisciplinaire

On relève une faiblesse des marqueurs de l'accompagnement :

- un certain manque de formalisme (dossier utilisateur, procédures)
- l'architecture et les modalités d'utilisation du dossier unique de l'utilisateur
- une difficulté à marquer la fin d'un accompagnement

- la continuité de l'accompagnement est perturbée par un manque de clarification des limites d'interventions inter-modules, dans le cadre global du CRLC.

### **3.2 Pluralité de structuration du dispositif actuel**

Sont représentés au travers des modules du CRLC les champs du médico-social et de l'insertion professionnelle en milieu ordinaire. L'établissement gestionnaire du CRLC, la clinique du Grésivaudan, appartient quant à lui, au secteur du sanitaire.

Cet état de fait, cette **hétérogénéité** des enjeux, des missions, des cultures, des modalités d'intervention, rend la conduite de ces différents modules complexe.

Mais il est crucial de noter que la pluralité des champs mobilisés autour de la prise en charge des lésés cérébraux est dictée par les besoins de cette pathologie. En effet, du sanitaire au milieu ordinaire de travail, on balaye toutes les étapes chronologiques d'une reconstruction après une lésion cérébrale, mais également, on touche aux principaux domaines impactés par ce type d'atteinte dont les séquelles ont la particularité d'être multiples et de concerner toutes les dimensions de la vie

Cette hétérogénéité conduit à s'interroger sur la structuration par module.

#### **3.2.1 Intérêt d'un fonctionnement par module**

Un Module est un groupe de professionnels organisés autour de missions communes. Les modules du CRLC sont les équipes mobiles, l'UEROS et les SPASE Isère et Savoie. L'intérêt d'une telle organisation est de mobiliser et coordonner toutes les ressources ou le plus possible, autour d'un même usager.

Chaque module s'inscrit dans un réseau ou un paysage partenarial et/ou institutionnel avec lequel il travaille, et qu'il peut solliciter sur des besoins non couverts au CRLC (en complémentarité). Sur un temps donné (temporalité de l'usager), cette organisation est logique, cohérente et productive.

L'équipe est également un lieu ressources pour chaque professionnel, qui peut y puiser des analyses complémentaires aux siennes ; de même qu'il porte sa lecture à la disposition de ses collègues pour un meilleur éclairage de la situation de l'usager.

Cette structuration offre des espaces contenant et donne des repères dans le processus de réadaptation en jalonnant les étapes de par leur appartenance à tel ou tel champ.

Concernant la complémentarité des modules et la notion de parcours : ils sont de par leurs différences complémentaires les uns par rapport aux autres. Ils jalonnent le parcours de l'usager, en se relayant ou se complétant, en étant ressources les uns par rapport aux autres.

#### **3.2.2 Faiblesse du fonctionnement par module**

La faiblesse de cette organisation en module est constituée par le fait qu'elle suppose pour être efficiente une très bonne articulation entre eux.

Or, malgré les complémentarités qui existent entre les modules, leur fonctionnement n'est pas suffisamment articulé. Les connexions qui permettent les passages de relais entre modules sont imparfaites et peuvent pénaliser la continuité de l'accompagnement.

De ce fait certains usagers font l'objet de rupture (ou d'incohérence) dans leur parcours d'accompagnement. D'autres se trouvent dans une problématique dont le champ n'est pas couvert par les missions dévolues aux différents modules.

Les **différences** de champs disciplinaires concernés, de statut, de mission, de principe et de modalités de fonctionnement, de différences de culture et d'approche dans l'intervention des professionnels peuvent générer de l'incohérence dans l'accompagnement de l'utilisateur, liée à :

- La **focalisation sur les spécificités** de la mission de chaque module qui induit un risque de clivage des accompagnements. Cette segmentation des accompagnements provient d'une difficulté de communication, de régulation et d'information réciproque entre les modules à propos d'un accompagnement commun.
- De même **les temporalités** dans lesquelles ils s'inscrivent sont différentes et c'est une donnée de la réalité difficile à aménager.
- **La disparité des moyens** des différents modules cloisonne la prise en charge et ne favorise pas toujours la mutualisation des moyens nécessaires à l'élaboration du parcours de l'utilisateur.
- **La lisibilité du CRLC** : La pluralité des missions et la structuration par module, participent à brouiller la représentation que les partenaires ont du CRLC. Chaque module est identifié dans son contexte spécifique, mais souffre de la faiblesse de représentation de la structure dans sa globalité. Soit les partenaires connaissent le CRLC et considèrent que les moyens sont complets et satisfaisants, soit ils connaissent un module et ne se représentent pas la globalité de l'accompagnement proposé.

**En synthèse**, on en retient:

- une articulation entre les modules perfectibles, qui ne facilite pas la compréhension interne et externe, et l'élaboration de parcours adapté aux besoins de la population.
- des difficultés de communication, de régulation et d'information réciproques entre les modules à propos des accompagnements communs et/ou spécifiques.
- l'existence et la légitimité de champs d'intervention spécifiques et/ou complémentaires. Ces champs ont néanmoins du mal à s'ouvrir et à se rencontrer pour faciliter les passages et les liens des uns aux autres.
- une structuration qui tend à un recentrage des pratiques sur des fonctions modulaires plutôt que sur la conduite du projet de l'utilisateur. Ce diagnostic amène une interrogation centrale dans la problématique du CRLC : comment être contenant pour les usagers, au sein de ce service pluri-modules et pluridisciplinaire ?

### **3.3 Les missions manquantes**

Un certain nombre de missions manquent pour un fonctionnement plus cohérent du service.

#### **3.3.1 Information, sensibilisation, communication**

C'est une dimension transversale portée par chaque professionnel de façon diffuse et peu homogène. On constate une faiblesse de structuration de cette fonction et un manque d'outils et de supports.

### 3.3.2 Missions d'un centre ressources

Certaines missions habituellement dévolues aux centres ressources font défaut pour une prise en compte globale des besoins des usagers :

- Animation de réseau
- Information, sensibilisation à la problématique de l'atteinte cérébrale
- Capitalisation, valorisation et transmission des connaissances (documentation, formation, recherche.....)
- Observatoire des besoins

## **CHAPITRE 2**

### **LE PROJET DE SERVICE DANS SA DIMENSION DE REAMENAGEMENT ET D'AMELIORATION DU FONCTIONNEMENT**

Le diagnostic partagé par les professionnels fait avant tout ressortir le besoin d'améliorer la réponse du service en terme de contenance et de cohérence des réponses apportées aux usagers et ce tout au long de leurs parcours.

Cette caractéristique est principalement liée à l'histoire du service. En effet le CRLC s'est construit progressivement en juxtaposant différents services portés par des projets à la fois distincts et complémentaires.

Le clivage existant entre les modules s'exprime à travers un défaut :

- d'articulation entre les modules (cohérence)
- de structuration et de formalisation des références et des pratiques
- d'information et de communication

En réponse aux trois axes de faiblesse repérés, le projet de service du CRLC, pour les cinq années à venir, s'articulera autour d'un objectif global de mise en cohésion de l'ensemble de ses moyens humains et techniques. Il s'agira donc de mettre en meilleure synergie les modules du CRLC pour que l'ensemble du dispositif soit supérieur à la somme de ses moyens.

L'ensemble des objectifs partiels déclinés dans la partie suivante du projet de service du CRLC visera bien évidemment l'objectif central de recherche globale d'une meilleure satisfaction des besoins des usagers.

#### **1 Affirmation des positionnements du CRLC pour l'avenir**

Placer l'utilisateur au cœur de toutes les entités constituant le CRLC. Qu'il s'agisse du CRLC lui-même, des modules qui le composent, des professionnels qui l'accompagnent.

Placer l'utilisateur au cœur de toutes les composantes du service qui lui est rendu. Qu'il s'agisse de l'accès à l'information, de l'accès à l'ensemble des prestations dont il a besoin ou du respect de ses droits et de sa dignité.

Maintenir inchangées sur le fond et leur formulation les missions déjà confiées au CRLC par les autorités de contrôle et les financeurs. Conserver une vocation principale mais non exclusive d'accompagnement.

Développer des actions complémentaires dans le champ des politiques médico-sociales pour mieux répondre aux besoins de la population cérébrolésée.

Maintenir le caractère spécialisé des actions portées par le CRLC en faveur du public cérébrolésé.

Soutenir la pluridisciplinarité au sein de l'équipe.

Positionner le CRLC en tant qu'entité référente pour les usagers du service.

Rechercher l'amélioration permanente du service rendu.

Maintenir le CRLC en tant qu'interlocuteur de référence au sein des réseaux de prise en charge des personnes cérébrolésées.

Satisfaire à l'ensemble des exigences réglementaires du secteur médico-social.

## **2 Grandes orientations et axes de réaménagement pour satisfaire aux positionnements du CRLC**

L'état des lieux du CRLC a permis de pointer des fragilités de l'organisation et du fonctionnement actuel du service. En réponse au diagnostic établi, le CRLC oriente ses actions vers l'amélioration du service rendu à l'utilisateur à travers les axes suivants :

- **Définition et organisation du "parcours de l'utilisateur" incluant une fonctionnalité "Réfèrent de parcours" transverse à l'ensemble du dispositif CRLC.**
- **Articulation et aménagement des pratiques d'accompagnement.**
- **Amélioration de la communication et de l'information dans l'objectif entre autres de favoriser les mécanismes de régulation.**
- **Garantie de la responsabilité des intervenants et des droits des usagers.**
- **Développement de nouvelles missions.**
- **Evaluation du dispositif CRLC.**

### **2.1 Nécessité de définir et organiser un "parcours de l'utilisateur"**

Lorsqu'elles sont accompagnées par un module, les personnes se voient proposer plusieurs phases couvrant l'accueil, l'évaluation, le diagnostic et l'orientation. L'utilisateur peut bénéficier d'un ou de plusieurs modules. Il apparaît aujourd'hui une insuffisance d'articulation entre les modules.

Dans l'intérêt de l'utilisateur il convient donc de :

- Définir, organiser et formaliser un parcours de l'utilisateur au sein du CRLC afin de garantir une continuité dans l'accompagnement en tenant compte du projet de vie des personnes.
- Définir et organiser une fonctionnalité «réfèrent de parcours» transverse à l'ensemble du CRLC semble nécessaire. Ce dernier sera le garant du parcours de l'utilisateur, il favorisera le lien entre les différents modules en améliorant leur articulation.
- Définir et organiser le dispositif d'accueil des personnes et de recueil des demandes de manière plus globale au niveau du service. L'analyse et le traitement des demandes d'admission ou de réajustement du projet personnalisé devront s'appuyer sur l'apport des différentes équipes et sur la diversité des compétences existantes au CRLC du fait de la pluridisciplinarité des équipes en place.

### **2.2 Articuler et aménager les pratiques d'accompagnement**

Le diagnostic amène à ré-examiner le cadre des pratiques d'accompagnement du CRLC, notamment leurs articulations. Les objectifs ainsi portés au projet sont :

- **Délimiter le cadre des interventions** : il s'agit de préciser les champs et limites d'intervention des modules du CRLC, tout autant en interne que vis-à-vis des partenaires mais aussi en l'absence de partenaire, et cela pour les adultes comme pour les enfants.

Cet objectif de délimitation des interventions, malgré des missions clairement définies, engagera le CRLC à répondre à des questions telles que :

- jusqu'où aller dans un accompagnement
- quels indicateurs de fin d'accompagnement

- jusqu'ou pallier le manque de structure ou de service et parfois déborder des missions stricto sensu.
- et pour certaines équipes médico-sociales quand passer de l'étayage à la suppléance.
- en interne quand et comment passer le relais d'un module à l'autre ?

La définition des limites d'intervention visera aussi à :

- donner plus de lisibilité aux usagers sur ce qu'ils peuvent attendre du CRLC
  - donner de la lisibilité à nos partenaires dans leur ensemble, financeurs ou acteurs du réseau et faciliter les questions d'information, de communication.
- **La recherche d'un meilleur partage des moyens** entre les différents modules par exemple dans les domaines de l'accueil, de l'orientation, de l'organisation d'ateliers collectifs, de groupes de parole, d'évaluation...
  - L'ensemble des pratiques d'accompagnement participera à **la mise en œuvre d'une politique de bientraitance**. Dans ce cadre un dispositif de prévention et traitement des situations de violence sera mis en place.

### 2.3 Améliorer la communication et la transmission des informations

L'information et la communication sont des éléments centraux de l'action professionnelle, et de la relation de confiance indispensable pour mener un accompagnement de qualité. Ces deux composantes font partie intégrante de l'accompagnement, d'où l'existence des nombreux supports déjà présents au CRLC. Il convient cependant d'optimiser la communication et la transmission des informations à différents niveaux en recherchant les meilleures solutions possibles.

- Améliorer en interne, le niveau de communication qui participe à la cohérence du fonctionnement et des actions. Pour cela, il convient de structurer les relations d'échanges (réunions, etc...) et de développer des outils de communication partagés. Cela implique également d'éclaircir la question du partage des valeurs, des références théoriques ; et d'engager une réflexion sur le partage des informations utiles entre les différents professionnels.
- Le CRLC doit s'équiper des fondamentaux, en termes d'information et de communication, indispensables à rendre l'accompagnement le plus cohérent possible. Les textes de référence ou les supports réglementaires sont parfois peu explicites, imprécis voire absents. Il conviendra d'organiser les conditions pour pallier ces imperfections ou ces manques quand ils existent.
- L'amélioration de la communication des informations à transmettre à nos usagers passe par une prise en compte de leurs difficultés cognitives. L'information transmise doit être plus accessible. La quantité et la diversité des informations à fournir sont importantes ; il faut concilier informations nécessaires à transmettre à l'utilisateur tout en répondant aux obligations des lois 2002-02 et 2005-102.
- Les modalités de communication et de collaboration entre les professionnels contribuent à la qualité de la prise en charge. Or, la communication entre

professionnels de différentes disciplines n'est pas toujours aisée ; l'amélioration passe par l'identification et la mise en place de moyens adaptés.

- La gestion de l'information ne peut se satisfaire d'outils approximatifs. Le CRLC dispose de technologies, de méthodes, d'outils qu'il s'agit d'améliorer afin de permettre une gestion adaptée des informations.  
La gestion de l'information impliquera un système d'information et des règles de fonctionnement qui seront développés, structurés, partagés (sécurité et confidentialité). L'accessibilité des informations utiles en sera plus efficiente.
- Améliorer en externe, le niveau de communication afin de permettre aux partenaires d'identifier sans ambiguïté les offres de service du CRLC : réactualiser et développer les outils de communication. La représentation du CRLC passe par une présentation plus stricte de ses différents outils devant permettre de mieux communiquer et à terme un renforcement du partenariat.

## **2.4 Garantir la responsabilité des intervenants et les droits des usagers**

La qualité d'accompagnement des usagers, la garantie de leurs droits, le respect de leur sécurité, dignité et intégrité engage chaque professionnel dans ses pratiques. Il s'agit donc que soit bien défini le cadre d'intervention de chacun afin de délimiter le plus clairement possible les engagements et responsabilités des intervenants autour de l'utilisateur.

Afin de satisfaire au mieux à cette exigence, le CRLC s'attachera à :

- Promouvoir l'ensemble des connaissances et pratiques nécessaires à la garantie d'un exercice responsable de l'activité des professionnels. Développer les instances permettant la réflexion sur la pratique professionnelle et l'amélioration des compétences.
- Développer la gestion du personnel en lien avec les exigences de la population accueillie. Il apparaît souhaitable de maintenir un haut niveau des qualifications, des compétences et des moyens en professionnels dans les domaines adaptés à la spécificité du public cérébrolésé. A cette fin, le CRLC entend affiner et accentuer la structuration de ses ressources humaines, notamment sur les questions de l'ajustement des moyens aux missions identifiées, d'une meilleure prise en compte des besoins en formation, de la clarification et de la formalisation des fonctions et délégations des professionnels et d'un renforcement des cadres de recrutement et d'accueil des nouveaux salariés. Le CRLC visera par ailleurs à maintenir le plus largement possible un bon niveau de pluridisciplinarité.
- A revisiter et réactualiser les outils prévus par la loi 2002-02 de rénovation de l'action sociale et garantissant les droits des usagers.
- Mettre en place les outils nécessaires à la prévention et au traitement des situations de violence.
- Sur un plan matériel, le CRLC manifeste son intention de rechercher les meilleures conditions d'accueil de ses usagers. Une attention particulière sera portée sur les conditions d'accessibilité et de sécurité pour ces derniers et les professionnels qui les accompagnent. Les conditions de confort, de confidentialité et de fonctionnalité

devront permettre la bonne mise en œuvre de l'accompagnement des usagers. L'équilibre entre besoins en matériel et équipements disponibles sera régulièrement réinterrogé.

- Sur un plan financier, le CRLC recherchera autant que possible des moyens pérennes visant la stabilité du système.
- D'un point de vue administratif, une simplification de la structuration du dispositif s'avérerait bénéfique. Le CRLC s'efforcera de rechercher une réponse au morcellement administratif actuel. Parallèlement, il sera cherché plus de lisibilité dans les liens qui rattachent ce dispositif médico-social à son établissement gestionnaire sanitaire.

## **2.5 Développer de nouvelles missions**

La problématique générale du CRLC à laquelle cherche à répondre ce projet de service, met en évidence l'absence de certains moyens techniques et de ressources pour donner toute sa cohésion au dispositif et améliorer son fonctionnement.

Il s'agit donc pour l'avenir d'organiser une vraie dimension centre ressources qui puisse à la fois répondre aux attentes des partenaires du réseau pour personnes cérébrolésées et structurer le dispositif interne du CRLC.

- L'accueil des usagers au CRLC est une mission partagée entre ses différents modules et utilisé comme guichet principal d'accueil par de nombreux partenaires du CRLC. Renforcer cette dimension permettra de mieux la structurer et par conséquent de mieux répondre, en interne comme pour l'externe, aux attentes du public cérébrolésé.
- La fonction de gestion de l'information et de la formation manque actuellement au CRLC comme au Réseau Espoir. Le CRLC souhaite développer ces compétences utiles pour chacun.
- Les statistiques concernant la population cérébrolésée font souvent défaut. Le CRLC collecte de nombreuses données. Renforcer leur traitement à des fins de production en interne fait partie des actions à développer. L'organisation d'une fonction observatoire autour de l'atteinte cérébrale acquise, à des fins de communication externe est aussi un objectif du CRLC. L'amélioration de notre capacité de mesure des besoins des usagers et de notre capacité d'orientation stratégique et technique en matière d'équipements et de planification permettra de développer ou faire développer des dispositifs adéquats.
- La fonction de veille du devenir des personnes cérébrolésées fait partie des éléments d'amélioration de l'aide qui leur est nécessaire. A la fois outil pour sécuriser les parcours des usagers en interne au CRLC, cette fonction de veille serait aussi une ressource précieuse pour l'ensemble des intervenants du réseau autour de la situation de la personne (fil rouge lien entre les partenaires du réseau).
- La segmentation statutaire et budgétaire du CRLC par ses différents modules fragilise l'ensemble du dispositif et nuit à sa lisibilité par les partenaires du réseau. La recherche d'un positionnement plus stable sera engagée.

Compte tenu de ces éléments, créer un véritable Centre Ressources apparaît comme une priorité pour permettre la mise en œuvre des orientations de ce projet de service.

Parallèlement, et dans la logique d'une analyse permanente des besoins des usagers et de la recherche des meilleures réponses à offrir, le CRLC continuera à travailler au développement de nouveaux projets et au développement de services et prestations pour les personnes cérébrolésées.

## **2.6 Evaluation continue du dispositif CRLC**

La loi 2002.2 rénovant l'action sociale et médico-sociale introduit une obligation d'évaluation des services médico-sociaux. L'évaluation interne est une étape fondamentale de la démarche d'amélioration continue de la qualité des prestations fournies. Le champ de l'évaluation est vaste, il couvre les activités et la qualité des prestations délivrées. Le CRLC afin de satisfaire à son obligation s'attachera à appréhender les différents paramètres à interroger dans le cadre d'une démarche d'évaluation interne.

- Il s'agit d'une démarche d'évaluation collective réalisée par les professionnels, de façon continue, engagée par le service et permettant d'objectiver les évolutions et notamment les améliorations.
- Développer des outils de participation effective et de recueil de la satisfaction des usagers et de leurs familles, propres à enrichir l'auto-évaluation du service.
- Assurer une évaluation permettant de mesurer la pertinence des prestations proposées en fonction des besoins et des attentes des usagers et de leurs familles.
- Il s'agit d'évaluer les modalités concrètes mises en œuvre pour apprécier les besoins et les attentes des usagers et de leurs familles, mais également les spécificités des personnes, de leur environnement et de leur parcours.
- Vérifier que les protocoles qui garantissent le droit des usagers soient présents et utilisés : s'assurer régulièrement du respect des obligations législatives et réglementaires, évaluer la bonne mise en œuvre des mesures de prévention des risques de maltraitance institutionnelle, etc.
- Développer des outils d'évaluation pour apprécier le dynamisme du service et des professionnels à développer des interactions au sein du réseau, à mobiliser des ressources et des compétences complémentaires, utiles à la mise en œuvre du projet et à l'accompagnement de l'utilisateur. Il s'agit aussi d'évaluer comment le service sait investir des partenariats permettant d'enrichir ses propres projets.
- Développer des outils de mesure qui permettent d'évaluer l'activité du CRLC et qui rendent compte des écarts par rapport à la demande sociale des autorités de contrôle : évaluer l'activité développée par comparaison aux objectifs, efficacité par comparaison entre les résultats obtenus et les moyens mis en œuvre pour les obtenir, etc. Il s'agit d'apprécier la pertinence des actions par rapport aux attentes et besoins sociaux locaux et au regard des Schémas, mais également la valeur ajoutée par rapport aux autres services présents dans le paysage local.
- Utiliser les outils d'analyse du contrôle budgétaire afin d'assurer une gestion efficace et rigoureuse, permettant d'optimiser l'utilisation des ressources au bénéfice des usagers.

L'évaluation tendra vers une mesure de l'impact des actions conduites, et le constat d'écarts conduira à des actions d'ajustement et de réajustement.

### 3 Programme d'amélioration

Le programme d'amélioration du dispositif CRLC fait référence au plan d'amélioration joint en annexe à ce document. Sur un plan général, il vise à :

- Une plus grande mise en lumière et accessibilité de l'ensemble des éléments permettant la mise en œuvre du droit des usagers. Il s'agira de travailler sur l'ensemble des outils et supports garantissant ces droits. Il s'agira aussi de penser et mieux organiser la participation des usagers dans la vie de l'institution.
- Améliorer la traçabilité du service rendu à l'utilisateur par une meilleure formalisation des écrits : contrat, dossier et écrits professionnels en particulier.
- Renforcer la lisibilité du service rendu à l'utilisateur, notamment en soutenant le sens donné à l'accompagnement par la définition des parcours, limites et processus d'intervention.
- Renforcer des pratiques de bientraitance et de prévention des risques.
- Clarifier le référentiel des pratiques du CRLC (domaines des interventions) pour une culture partagée à tous les niveaux de mission et de pluridisciplinarité des équipes.
- Développer et structurer la gestion de l'information, de la communication et de la sensibilisation.
- Préciser les références en matière de garantie et de responsabilité professionnelles, institutionnelles.
- Rechercher en permanence l'amélioration de l'organisation du travail.
- Améliorer la gestion des ressources humaines.

L'ensemble des axes d'amélioration sera travaillé par les professionnels du CRLC. Des groupes de professionnels interdisciplinaires et inter-modulaires seront constitués en fonction des thèmes à traiter.

Certains thèmes généraux pourront être abordés de manière collective avec l'ensemble du personnel.

Autant que possible, des experts externes au CRLC seront sollicités pour aider à l'élaboration des différents travaux.

De même, le CRLC sera vigilant à associer les usagers du service à ses travaux chaque fois que la situation le permettra.

Le programme d'amélioration sera mis en œuvre sur une période de cinq ans. Le CRLC s'assurera par des mesures fréquentes de la bonne mise en œuvre du plan. Des corrections liées aux résultats observés seront portées au plan autant que nécessaire.

## **CHAPITRE 3**

### **STRATEGIE DE MISE EN ŒUVRE DE DEVELOPPEMENT DU SERVICE**

Le travail réalisé d'état des lieux de la situation, de diagnostic et de plan d'amélioration ainsi que l'élaboration du projet de service du CRLC a permis de pointer l'intérêt de l'ensemble de l'équipe pour cette démarche. Celle-ci organisée sur le mode participatif a été structurée autour d'une équipe pilote, d'un groupe ressources et de groupes de travail qui ont mobilisé l'ensemble des professionnels.

Cette structuration n'a pour autant pas permis à chaque professionnel de participer autant qu'il l'aurait probablement souhaité et de suivre en continu le développement de la démarche. Il s'agit donc pour l'avenir de penser et organiser une autre stratégie de mise en œuvre de développement du service. Cette stratégie visera à associer le plus grand nombre de professionnels au processus d'évolution du CRLC.

#### **1 Méthodes de travail**

Identification des parties prenantes au développement du service :

Le CRLC s'attachera dans un premier temps à définir les intervenants pour l'animation de mise en œuvre du développement du service et les différents niveaux de participation et groupes à constituer, notamment en termes d'instance de pilotage et de suivi. L'engagement de chaque action nécessitera que soient identifiés préalablement le responsable de l'action et les personnes associées.

Définition du mode de conduite du projet :

La mise en œuvre du développement du service visera à atteindre un objectif à 5 ans.

Cette mise en œuvre de l'évolution du CRLC sera nécessairement progressive et sectorielle. Elle s'appuiera sur le plan d'amélioration joint en annexe qui pourra être re-découpé en sous objectifs en fonction de l'ampleur des tâches à accomplir.

Il s'agira de préciser chaque étape et chaque thématique développée et de s'assurer :

- D'une bonne information, voire formation des participants aux groupes de travail. Les professionnels missionnés viseront en particulier à s'assurer que le projet de service est connu de l'ensemble des professionnels et qu'ils s'y réfèrent dans leur pratique. Il s'agira en outre de permettre une bonne intégration des membres des groupes de travail et de leur rendre le travail facilement accessible.
- De disposer d'un cahier des charges le plus univoque possible pour définir le plus exactement ce que le groupe projet vise à atteindre.
- D'estimer les moyens nécessaires à l'action, de définir les outils mobilisables pour réaliser le travail et les processus à mettre en œuvre.
- D'élaborer une planification des actions.
- De disposer d'un dispositif de suivi et d'évaluation des actions engagées.

## **2 Association des partenaires**

Le CRLC identifiera et s'appuiera chaque fois que possible et nécessaire sur des ressources disponibles et mobilisables autres que celles existantes en interne (ressources de l'établissement gestionnaire, autorités administratives, institutions territoriales, association... ). Les partenaires extérieurs seront tenus informés et associés au processus de développement du service. Ils seront sollicités sur leur différents champs de compétences (règlementaire, financier, fonctionnel...).

## **3 Evaluation de la mise en œuvre du projet**

L'évaluation de la mise en œuvre du projet s'appuiera sur les restitutions réalisées par les équipes de travail.

Chaque étape de mise en œuvre du projet sera analysée en termes de convergence vers l'objectif identifié. L'analyse devra pouvoir permettre d'identifier de nouvelles orientations à atteindre pour parvenir à l'objectif fixé, ou de repositionner l'objectif visé.

Une mesure régulière de la réalisation des objectifs à partir des indicateurs du référentiel des pratiques CRLC sera effectuée.

A chaque étape de mise en œuvre du projet le CRLC s'assurera du fondement du changement attendu : l'intérêt de l'Usager.

A ce titre, les instances de suivi du projet devront identifier un moyen d'associer les usagers au processus d'évaluation.

Par ailleurs le CRLC s'assurera de la conformité de son évolution avec le cadre légal.

Il conviendra par ailleurs de s'assurer que l'ensemble des professionnels soit bien associé d'une manière ou d'une autre à l'évolution du projet pour limiter les défauts de compréhension et d'interprétation (effet tunnel). De même l'évaluation de la mise en œuvre du projet s'assurera de la bonne implication des services périphériques du CRLC, et en particulier de la direction de l'organisme gestionnaire.

Le CRLC cherchera à vérifier si les préconisations et applications sont efficaces et opérantes au regard des pratiques des professionnels.

## **4 Evaluation de la mise en œuvre du plan d'amélioration**

Le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre du projet de service ont pour but d'apprécier l'application des programmes d'amélioration du service. Le cas échéant, il s'agira d'apprécier la nécessité d'infléchir les orientations prises vers d'autres objectifs plus pertinents à atteindre.

Un comité de suivi du plan d'amélioration devra être constitué. Le comité de suivi s'attachera à vérifier le respect des objectifs, modalités et délai de mise en œuvre du plan d'amélioration.

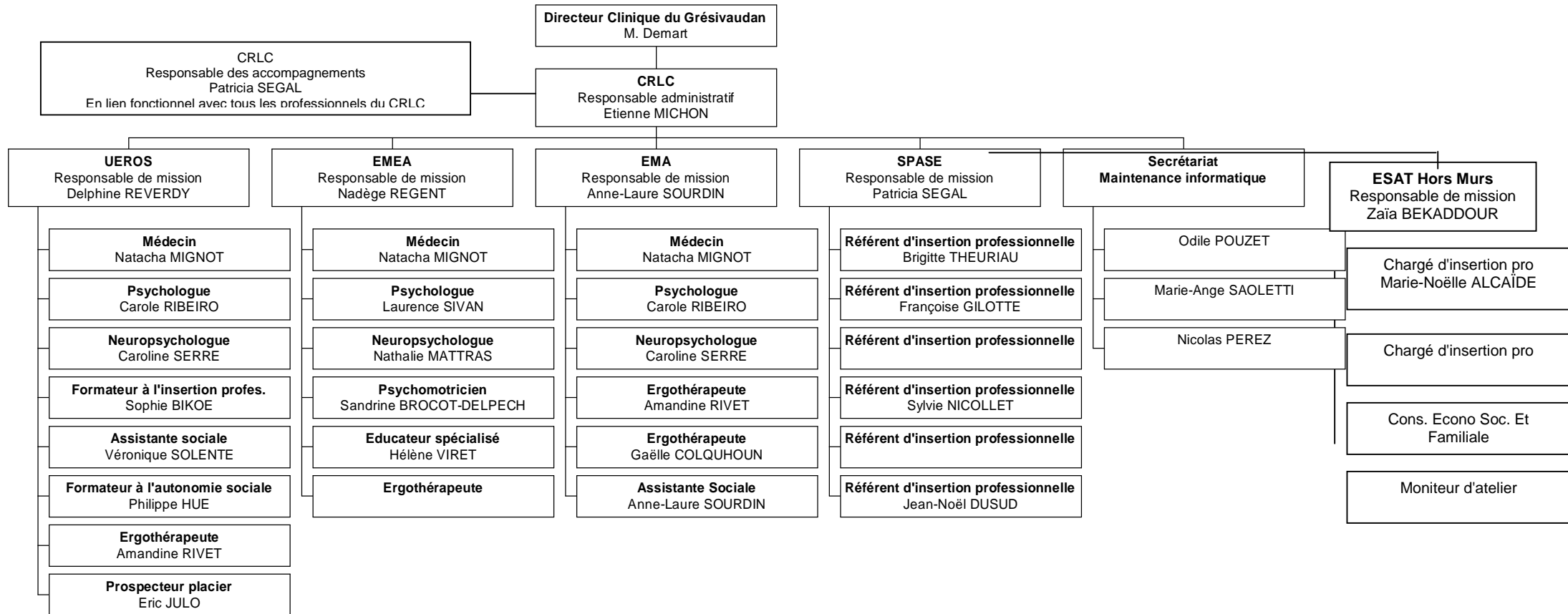
Annexe 1 : Organigramme actualisé à novembre 2008

Annexe 2 : Diagnostic de situation du CRLC au 31/12/2007

Annexe 3 : Plan d'amélioration inscrit au projet de service CRLC – mars 2008

## ANNEXE 1: Organigramme Actualisé à Novembre 2008

### ORGANIGRAMME HIERARCHIQUE DU CRLC



Organigramme par module regroupant sous une autorité unique l'ensemble des activités relatives à un même type de service

**ANNEXE 2**

**Synthèse de l'état des lieux/Diagnostic du CRLC (novembre 2007)**

<b>CHAMPS DU DIAGNOSTIC</b>	<b>CONSTATS</b>	<b>POINTS FORTS/ POINTS FAIBLES</b>	<b>AXE D'AMELIORATION</b>
<p><b>Droit des usagers</b></p>	<p>Les pratiques au CRLC démontrent une attention particulière et une vraie préoccupation pour les droits des usagers.</p> <p>On constate l'hétérogénéité des nombreux supports, informations et pratiques.</p> <p>Le CRLC a un positionnement au regard du droit des usagers conforme à la législation. Néanmoins, la lisibilité de ce qui est fait pour les usagers et professionnels n'est pas évidente. L'accessibilité en terme de gestion et mise en commun de l'information fait défaut de même que les éléments de transmission de l'information (canaux, protocoles de transmission...).</p>	<p>Il y a de l'information, des compétences et des matériaux disponibles pour permettre de garantir le droit des usagers.</p> <p>Déficit de gestion de l'information et des protocoles.</p> <p>Les outils et protocoles existants sont peu ou pas ou mal utilisés.</p> <p>Manque de moyens humains et matériels.</p>	<p>Mutualisation des connaissances par le biais d'une organisation et structuration des informations</p> <p>Il est essentiel de revoir la forme de ce qui est transmis aux usagers et aux professionnels (traitement de l'information pour la rendre accessible, cohérente, adaptée).</p> <p>Un certain nombre d'éléments nous questionnent et doivent être mis au débat :</p> <p>Clarifier les références terminologiques</p> <p>La forme de contractualisation et les modalités de mise en œuvre des avenants</p> <p>Besoin d'éclaircir pour les professionnels le cadre juridique pour une meilleure mise en œuvre par les professionnels du droit des usagers.</p> <p>Définir le cadre du recueil et de la transmission de l'information (quelle est l'information utile dont on a besoin ; Quelle est l'information utile à transmettre, à qui et sous quelles (conditions de secret professionnel</p>

CHAMPS DU DIAGNOSTIC	CONSTATS	POINTS FORTS/ POINTS FAIBLES	AXE D'AMELIORATION
			<p>partagé).</p> <p>Amélioration de la sécurisation des données et de l'information ; garantie de la confidentialité (Cf. plan "Matériel" pour isolation phonique).</p> <p>Réécriture du ou des règlements de fonctionnement</p> <p>Introduire un cadre de référence pour réguler les conflits entre usagers, entre professionnels, entre professionnels et usagers. La question de la médiation avec les partenaires extérieurs est à débattre.</p> <p>Réfléchir au positionnement du service par rapport aux droits des familles en tant que responsables légaux des enfants d'une part et pour les usagers adultes d'autre part (élaboration d'un dispositif consultatif et participatif de type Conseil de la Vie Sociale).</p>
<b>Service rendu à l'utilisateur</b>	L'attention portée à l'individu s'exprime à toutes les étapes de l'accompagnement. Il y a un souci permanent et un respect des équipes à prendre en compte les besoins et les attentes de l'utilisateur. Souci aussi pour les équipes d'accompagner l'écriture du projet	L'attention portée à toutes les étapes de l'accompagnement et la qualité de la pratique des professionnels défaut en matière de lisibilité, traçabilité et formalisation. Globalement, il y a une permanence de l'accompagnement fondée sur de l'information informelle et sur l'engagement des	Besoin de s'attacher à la définition du dossier unique, aux conditions d'accessibilité (pour les professionnels et les usagers) et donc à sa sécurisation. Besoin de définir son contenu, sa structure et de stabiliser son cadre.

<b>CHAMPS DU DIAGNOSTIC</b>	<b>CONSTATS</b>	<b>POINTS FORTS/ POINTS FAIBLES</b>	<b>AXE D'AMELIORATION</b>
	<p>de la personne en cohérence à sa réalité (au sens du principe de réalité).</p> <p>Les pratiques d'accompagnement et les actions sont conduites avec l'accord de l'utilisateur et sa participation. Les pratiques associent aussi la famille et l'environnement de l'individu.</p>	<p>personnes (les équipes se situent plus dans le verbal que dans l'écrit). Les forces de cet accompagnement se trouvent :</p> <p>Dans l'engagement et l'émergence d'une conscience professionnelle qui se traduit dans l'accompagnement technique et dans une vraie relation humaine.</p> <p>Dans la capacité de souplesse et d'adaptation des professionnels dans leurs pratiques (avec la contrepartie d'un non formalisme)</p> <p>Dans l'existence et l'attachement à des pratiques de travail pluridisciplinaire.</p> <p>Le dossier de l'utilisateur n'est pas structuré (cas extrême d'un dossier par utilisateur et par professionnel. En particulier des interrogations sur la confidentialité, l'organisation, la structuration et le partage du dossier médical</p>	<p>Besoin de définir la forme de ce qu'il contient et notamment la question des écrits professionnels (normalisation des documents ; structuration du dossier) et la formalisation des transmissions des écrits.</p> <p>Réfléchir à l'harmonisation ou non du dossier de l'utilisateur au niveau du CRLC ou pour chacun des modules.</p> <p>S'interroger sur la nécessité d'une harmonisation ou d'une forme convergente des outils d'accueil, d'accompagnement, d'évaluation des situations dans nos pratiques d'accompagnement.</p> <p>Travailler à la définition et à la formalisation des fins d'accompagnement (comment se passe la fin d'accompagnement et comment elle se gère).</p>

CHAMPS DU DIAGNOSTIC	CONSTATS	POINTS FORTS/ POINTS FAIBLES	AXE D'AMELIORATION
<b>Dimension collective du service rendu à l'utilisateur</b>	<p>Les pratiques d'information et d'accueil, considérées dans une dimension collective, existent au CRLC.</p> <p>Pour ce qui concerne les autres pratiques la dimension collective existe mais reste peu lisible. Elle est principalement utilisée pour apporter un étayage au projet individuel de l'utilisateur. C'est un outil au service du projet.</p> <p>La dimension collective est peu ou pas institutionnalisée au CRLC, néanmoins il apparaît important de la conserver en terme de référentiel et de la réinterroger dans le projet de service pour une meilleure intégration et articulation avec l'individuel.</p>		
<b>Registre des interventions</b>	<p>Grande richesse et variété des moyens, méthodes et outils pour adapter et individualiser le service rendu aux besoins de l'utilisateur et cela quel que soit le domaine des interventions concerné. Il en résulte une qualité de production de service et une souplesse des interventions.</p> <p>L'ensemble des registres couvre bien l'ensemble des missions qui sont à produire et correspond bien aux besoins des usagers.</p> <p>La dimension éducative et sociale est bien présente et sous-jacente aux pratiques des professionnels. Cependant elle nécessite d'être réinterrogée et explicitée : elle s'incarne dans l'action de chaque professionnel quel que soit son statut et sa place. Elle doit être explicitée, identifiée et réaffirmer</p>	<p>A l'intérieur de chaque domaine d'intervention il y a une cohérence entre les différentes phases de l'accompagnement.</p> <p>Les jonctions se font entre les différents registres pour une mise en commun au moment des différentes étapes de l'accompagnement.</p> <p>Toutes les réponses ou compétences ne sont pas présentes pour tous les modules mais peuvent être mutualisées, ou recherchées en interne ou à l'externe ou faire l'objet d'un travail de remontée des besoins.</p> <p>Trop faible formalisation des pratiques et des outils</p> <p>Limite de mutualisation de certaines dimensions d'intervention et défaut de moyens en particulier pour SPASE</p>	<p>Evaluation des moyens techniques, humains, de régulation et de concertation (Cf. organisation)</p>

CHAMPS DU DIAGNOSTIC	CONSTATS	POINTS FORTS/ POINTS FAIBLES	AXE D'AMELIORATION
	en tant que travail sur le savoir être des usagers.		
<p><b>Domaine des interventions</b></p> <p><b>Accompagnement des usagers dans les actes usuels</b></p>	<p>Diversité des champs d'accompagnement et des pratiques.            Une grande attention est portée sur la phase d'évaluation.            Elle est structurée et formalisée différemment selon les champs d'action et les modules. Elle s'autorise l'utilisation d'un grand nombre d'outils.</p> <p>L'accompagnement s'attache à faire du sur-mesure, en fonction de la spécificité de la personne et de la population dans l'interdisciplinarité.            Les "plans d'aide" existent sous différents modes de structuration et de formalisation.            On note un déficit de structuration et de formalisation des actions d'accompagnement et une hétérogénéité des pratiques d'évaluation des actions menées par défaut de formalisation.</p>	<p>Le manque de structuration et de formalisation induit un manque de lisibilité des pratiques mises en œuvre.            Richesse et diversité des pratiques.            Manque d'une explicitation des références théoriques.</p>	<p>Mise en commun : des structurations et formalisation dans le but d'une meilleure lisibilité des pratiques            Comment met-on en œuvre les données recueillies et comment en rend-on compte aux partenaires extérieurs ?</p> <p>Partage et explicitation des références théoriques</p>

<b>CHAMPS DU DIAGNOSTIC</b>	<b>CONSTATS</b>	<b>POINTS FORTS/ POINTS FAIBLES</b>	<b>AXE D'AMELIORATION</b>
<b>Information – Sensibilisation – Communication</b>	<p>Dimension transversale portée par chaque professionnel donc de façon diffuse et peu homogène.</p> <p>Manque d'outils et supports de structuration de cette fonction.</p>		<p>Structuration, adaptation des supports et contenus.</p> <p>Formation des professionnels.</p> <p>Développement d'un dispositif de sensibilisation, information et communication</p>
<b>Interventions d'étayage et/ ou de suppléance</b>	<p>Les pratiques d'étayage de l'environnement des usagers sont totalement intégrées dans les pratiques d'accompagnement au CRLC, avec l'accord de la personne.</p>	<p>Déficit de leur formalisation.</p> <p>Ne couvrent pas tous les champs de façon exhaustive.</p> <p>Manque de délimitation entre étayage et suppléance.</p> <p>Défaut de partage de l'information formalisée (Cf. dossier de l'utilisateur).</p>	<p>Formaliser les pratiques</p> <p>Penser plus strictement :</p> <p>    Les limites entre étayage et suppléance</p> <p>    Les procédures et de signalement</p>
<b>Prévention et traitement des situations de violence</b>	<p>Le CRLC ne dispose pas d'un dispositif de prévention des situations de violence.</p> <p>Défaut d'identification des risques et des limites.</p> <p>Défaut de protocole.</p>		<p>Créer et développer un plan de prévention des situations de violence qu'elles soient entre usagers, usagers et professionnels et entre professionnels.</p>
<b>Continuité et complémentarité des interventions</b>	<p>Les actions du CRLC se situent dans une logique de prise en compte du parcours de l'utilisateur avec un souci d'articulation entre les différents intervenants et de lien avec l'histoire de la personne.</p>		<p>Définir ce qui se transmet, à qui et comment</p> <p>Définir les modalités de tenue à jour d'un dossier commun et pour chaque professionnel.</p> <p>Formalisation de procédures de sortie</p> <p>Structuration des liens inter-</p>

<b>CHAMPS DU DIAGNOSTIC</b>	<b>CONSTATS</b>	<b>POINTS FORTS/ POINTS FAIBLES</b>	<b>AXE D'AMELIORATION</b>
	On note cependant que la prise en compte de l'amont de la situation est bien appropriée par les équipes mais que le relais aval n'est pas formalisé de manière claire et homogène par toutes les équipes.		institutionnels avec nos interlocuteurs et partenaires. Amélioration de la façon dont le CRLC est inscrit dans le paysage institutionnel. Le partage et la collecte d'information à structurer en interne.
<b>Garanties et responsabilités des intervenants</b>	Absence de socle institutionnel. L'accès à ces références est possible et laissée à l'initiative de chaque professionnel. On constate un intérêt des intervenants. Des moyens de recherche sont à leur disposition ainsi que des documents.	Manque d'organisation de la veille, de l'accès à la formation Absence de structuration des cadres et des moyens permettant de garantir l'intervention des professionnels et manque de temps dédié pour les professionnels.	Structuration du cadre : introduire dans les fiches de poste des repères concernant la garantie du professionnel.  Structurer l'information utile en matière de garantie. Organiser le partage de l'information.
<b>Garanties et responsabilités de la direction et de l'organisme gestionnaire</b>	Les liens avec la clinique du Grésivaudan découlent de la structure mais ne sont pas lisibles (ou peu incarnés).  L'organisme gestionnaire appartient au champ du sanitaire, le CRLC à celui du médicosocial.	Liberté et autonomie mais isolement ou rattachement purement formel sur certaines questions.	Le renforcement des liens est nécessaire pour clarifier les délégations de la structure.  Travailler de façon bilatérale les liens organiques entre les deux structures : par des transferts de références de dispositifs ou de pratiques au CRLC comme par exemple la sécurité de l'information, des dossiers concernant les usagers...

<b>CHAMPS DU DIAGNOSTIC</b>	<b>CONSTATS</b>	<b>POINTS FORTS/ POINTS FAIBLES</b>	<b>AXE D'AMELIORATION</b>
<b>Ressources humaines</b> <b>Organisation du travail</b>	<p>Les moyens humains sont adaptés à la mission mais trop segmentés, trop ajustés en terme de temps. Les fonctions professionnelles sont claires mais ne sont pas toujours suffisamment formalisées. Existence d'un organigramme mais manque d'identification des rôles et des fonctions. L'évaluation des interventions n'est pas réalisée par absence de support. Les limites d'intervention ne sont pas clairement définies.</p>	<p>On déplore un manque de communication explicite : tout n'est pas formulé explicitement au niveau de l'organisation du travail. Ce manque permet toutefois souplesse initiative et créativité dans le fonctionnement et la prise en charge. Par ailleurs trop de souplesse peut nuire à la fonction cadre de la structure.</p>	<p>Mettre en place des temps dédiés à la régulation, à l'articulation entre les modules par une entrée instrumentale ou organisationnelle. Partager les supports qui qualifient l'activité.</p>
<b>La gestion des Ressources humaines</b>	<p>Faiblesse de la gestion des ressources humaines</p>	<p>Absence de prise en compte de la prévention de l'usure professionnelle, la mobilité professionnelle la gestion des carrières et des emplois, le plan de formation (sa lisibilité et son accessibilité). L'absence de définition des délégations, des relations et des liens entre les deux structures (CRLC et Organisme gestionnaire) engendre des possibilités de dérives par manque de repères, des interprétations au coup par coup, de</p>	<p>Réajustement des moyens humains à la réalisation des missions. Prise en compte de la dimension psychiatrique : psychiatre et assistante sociale, documentaliste, tierce personnes.... Délimitation des champs de compétences entre l'organisme gestionnaire et le CRLC. Construction d'un plan de formation adapté à la structure (spécifique médico-social si nécessaire) et porté, relayé auprès des instances compétentes de l'organisme</p>

<b>CHAMPS DU DIAGNOSTIC</b>	<b>CONSTATS</b>	<b>POINTS FORTS/ POINTS FAIBLES</b>	<b>AXE D'AMELIORATION</b>
		l'incertitude, qui sur la durée génèrent de la souffrance et du malaise chez les professionnels	gestionnaire et articulé à la question de la mobilité professionnelle.
<b>Modalités de recrutement et d'accueil des nouveaux salariés et stagiaires professionnels</b>	Fluctuations des modalités de recrutement et d'accueil par manque de moyens professionnels		Définir des modalités et procédures d'accueil ainsi que la structuration et l'organisation de la gestion des RH au niveau du CRLC
<b>Les relations sociales</b>	Absence de représentation du personnel du CRLC aux instances représentatives du personnel par manque de candidatures à cette fonction.		Encourager l'implication des salariés du CRLC au niveau des relations sociales
<b>Ressources de l'environnement</b>  <b>L'environnement et le réseau de compétence</b>	Richesse des liens et des pratiques. Pratiques plus délicates à mettre en œuvre pour les enfants, mais en voie d'amélioration Spécificité du CRLC sur cette dimension La création du Réseau Espoir a assis la fonction réseau du CRLC Manque de lien avec la MDPHI		Rendre davantage lisible la place du CRLC dans la complémentarité avec les partenaires habituels. Rendre plus lisible la place de l'EMEA avec ses partenaires. Rendre plus explicites les délégations de fonction avec les partenaires du réseau.

CHAMPS DU DIAGNOSTIC	CONSTATS	AXE D'AMELIORATION
<p><b>Projet de service</b></p>	<p>Les projets et actions menées sont conformes aux missions et textes fixant l'activité de chaque module,  Les missions réalisées par le CRLC vont parfois au-delà des missions définies pour chaque module,  Les textes de référence ou les supports réglementaires sont parfois peu explicites imprécis ou absents. Le projet doit palier ces manques quand ils existent,  Les supports législatifs et réglementaires définissant l'action de chaque module existent, ces éléments ne sont pas suffisamment organisés et accessibles,  Les supports d'information internes, externes précisant les missions des modules et du CRLC doivent faire l'objet d'une vérification en termes de formes de contenu et d'accessibilité : pour les usagers, pour les professionnels et pour les partenaires, Dans ce cadre déterminer une terminologie non discriminante et stigmatisante (vocabulaire pour nommer les usagers, parler de la pathologie...)  L'ensemble des outils de garantie des droits des usagers doit être également vérifié et mis en conformité avec les obligations légales et la terminologie définie et stabilisée (livret d'accueil du CRLC, outils de présentation des modules si ils existent)  Les outils de garantie de droits doivent faire l'objet d'une adaptation, en fonction de l'âge des publics accompagnés et des différentes formes d'atteintes,  Le concept de fonction contenante doit être précisé, en particulier le lien avec la fonction thérapeutique. Organiser une réflexion globale sur cette thématique et la relier avec la prévention des situations de « violence et de maltraitance »,</p>	<p><b><u>Enoncé des objectifs</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Explicitation et formalisation, au projet, des valeurs et références théoriques, éthiques et déontologiques au CRLC, Détermination des modes d'échanges, de partage permettant l'actualisation et la régulation de cette dimension.</li> <li>2. définition et mise en œuvre des modes de consultation et d'association des usagers sur la qualité du service rendu (principalement dimension collective de l'accompagnement)  Objets de consultation,  Modalités de consultation,  Rythme des consultations,</li> </ol> <p><b><u>Rôle de référence du projet</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 intégrer la notion de service (CRLC) et la mettre en lien avec les projets de structure (bilans d'activité),</li> <li>2 élaborer un dispositif d'évaluation de la bonne mise en œuvre du projet de service et de son plan d'amélioration, (fonction évaluation, veille),</li> </ol> <p><b><u>Références d'action</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 Engager une réflexion transversale sur les limites de l'accompagnement :</li> <li>2 Principes généraux au CRLC et spécifiques à chaque module,</li> <li>3 Principes et modalités propres au public enfant, au public adulte, aux différentes atteintes,</li> </ol>

CHAMPS DU DIAGNOSTIC	CONSTATS	AXE D'AMELIORATION
	<p>Les limites de l'intervention doivent être précisées (principes, valeurs, modalités) cette question est transversale à l'ensemble du CRLC et se pose à tous les stades de l'accompagnement (depuis l'admission qui doit être en adéquation aux missions du service et en cohérence avec le projet jusqu'à la fin d'accompagnement ou au passage d'un relais).</p> <p>Les modules adultes du CRLC sont inscrits dans un réseau partenarial coordonné qui répond à une grande partie des besoins des usagers (au-delà de ses missions principales),</p> <p>Les pratiques partenariales à destinations des enfants sont beaucoup moins développées et anciennes (trois ans), que pour les adultes.</p> <p>Le CRLC est bien repéré comme acteur de l'accompagnement des cérébro-lésés, il est peu sollicité comme ressource sur l'évolution des besoins, les orientations stratégiques ou techniques en matière d'équipement et de planification,</p> <p>Le CRLC fait l'objet d'une large délégation de la part de l'organisme gestionnaire. Ce positionnement spécifique présente des avantages et des inconvénients selon les situations. l'équipe est ambivalente à ce propos.</p> <p>Le CRLC s'inscrit dans le fonctionnement et l'organisation de l'établissement gestionnaire mais de façon mal repérée. Il est force de proposition et d'élaboration de projets de développement sans rôle décisionnel. Il dispose d'une capacité et d'une autonomie de modification d'organisation ou de fonctionnement de son propre service.</p> <p>Le projet, son évolution, sa conduite ne sont pas une préoccupation prioritaire des équipes, qui pour l'essentiel sont centrées sur le service aux usagers « nez dans le guidon ».</p>	<p>4 Traduction de ces références dans les outils de communication internes et externes</p> <p>5 traduction et mise en œuvre de ces références dans les modalités d'accompagnement (accueil, admission, passage de relais entre modules, passage de relais et ou coopération externes),</p> <p><b><u>Le projet au regard de l'organisme gestionnaire</u></b></p> <p>1 Eclaircir et préciser les liens organiques et fonctionnels entre le CRLC et le CMUDD, (avantages / inconvénients), « sortir ou rester » dans l'ambivalence ?</p> <p>2 en déduire un positionnement, des points de passage, un mode relationnel, une organisation.</p> <p><b><u>Projet au regard des dispositifs territoriaux</u></b></p> <p>1 Améliorer le positionnement « ressources » en matière d'évolution des besoins, des orientations stratégiques ou techniques en matière d'équipement et de planification.</p>

<b>CHAMPS DU DIAGNOSTIC</b>	<b>CONSTATS</b>	<b>AXE D'AMELIORATION</b>
	<p>le projet doit permettre d'interroger les relations avec les autres acteurs de l'accompagnement du public cible,</p> <p>le projet doit permettre de travailler la dimension de service et définir les liens entre modules,</p> <p>le projet ou le plan d'amélioration doivent intégrer un mode de consultation des « usagers ».</p> <p>Le projet doit préciser les valeurs et références d'action. Il doit également préciser les principes de cohabitation des différentes références théoriques à l'œuvre dans l'accompagnement proposé (soin, pédagogique, insertion professionnelle et travail...).</p>	

**ANNEXE 3**  
**Plan d'amélioration inscrit au projet de service CRLC – mars 2008**

OBJET	Objectifs d'amélioration	Méthode et moyens à mettre en œuvre	Qui ? (groupe de travail, composition du groupe...)	Délais
<ul style="list-style-type: none"> <li>S/S OBJET</li> </ul>				
<b>DROITS DES USAGERS</b>				
Associer les responsables CRLC à tous les groupes de travail.				
<ul style="list-style-type: none"> <li>Livret d'accueil</li> <li>Règlement de fonctionnement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mise en conformité avec les textes réglementaires</li> <li>Mise en accessibilité des documents</li> <li>Faciliter la lecture des documents (forme la plus claire possible)</li> <li>Recherche d'outils communs au CRLC et/ou spécialisé si besoin</li> <li>Identifier les informations nécessaires à l'utilisateur au-delà de la simple conformité (comment on lui proposera un contrat, comment il aura accès à son dossier ?...)</li> </ul>	<p>Conformité déjà partiellement assurée ; Travail d'amélioration qui peut être différé.</p> <p>Recherche sur les exigences légales ; réécriture des documents ; Consultation des différentes instances (professionnels, cadre hiérarchique, usagers)</p>	<p>Groupe de travail associant une représentation des modules et des fonctions professionnelles différenciées (4 ou 5 personnes dont membre du groupe de pilotage ; membre du groupe ressource et professionnels des équipes)</p> <p>Groupe à définir avec groupe ressources</p> <p>Possibilité d'associer des personnes ressources ou expertes externes au CRLC</p>	<p>Début en juin 2009</p> <p>Fin en décembre 2009</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Représentation des Usagers</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mise en conformité avec les textes réglementaires</li> <li>Proposition de fonctionnement et proposition de modes de représentativité</li> </ul>	<p>Pas d'urgence de mise en œuvre car conformité déjà assurée ; travail d'amélioration qui peut être différé</p> <p>Possibilité néanmoins de mettre en place facilement et à court terme un outil de consultation : enquête de satisfaction</p>	<p>Groupe de travail associant une représentation des modules et des fonctions professionnelles différenciées (4 ou 5 personnes dont membre du groupe de pilotage ; membre du groupe ressource et professionnels des équipes) (attendre pour inclure ESATHM)</p> <p>Groupe à définir avec groupe ressources</p> <p>Possibilité d'associer des personnes ressources ou expertes externes au CRLC</p> <p>Chercher des modalités d'association et/ou de consultation des usagers dans ce groupe.</p>	<p>Début en juin 2009</p> <p>Fin en décembre 2009</p>

<b>OBJET</b> • S/S OBJET	<b>Objectifs d'amélioration</b>	<b>Méthode et moyens à mettre en œuvre</b>	<b>Qui ? (groupe de travail, composition du groupe...)</b>	<b>Délais</b>
• Contractualisation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise en conformité avec les textes réglementaires</li> <li>• Elaboration des différents modes de contractualisation ou d'engagement pour les usagers qui ne voudraient pas signer de contrat (ex. DIPEC : Document Individuel de Prise En Charge)</li> <li>• Prévoir le mode d'association de l'utilisateur ou de sa famille à la contractualisation</li> <li>• Prévoir un mode de contractualisation le plus transversal possible à l'échelle du CRLC</li> </ul>	Recherche sur les exigences légales ; réécriture des documents ; Consultation des différentes instances (professionnels, cadre hiérarchique, usagers)	<p>Groupe de travail associant une représentation des modules et des fonctions professionnelles différenciées (4 ou 5 personnes dont membre du groupe de pilotage ; membre du groupe ressources et professionnels des équipes)</p> <p>Groupe à définir avec groupe ressources ; souhait que les responsables d'équipe soient associés + coordinateurs CRLC</p> <p>Possibilité d'associer des personnes ressources ou expertes externes au CRLC</p>	<p>Début : juin 2008</p> <p>Fin : Décembre 2008</p>
• Dossiers de l'utilisateur	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Définition de l'architecture d'un dossier unique</li> <li>• Définition des contenus d'un dossier unique</li> <li>• Définition des modes d'usage du dossier unique pour les usagers, les professionnels et les partenaires</li> <li>• Mise en évidence de la personnalisation de l'accompagnement (existence d'un projet personnalisé)</li> </ul>	Recherche sur les exigences légales ; réécriture des documents ; Consultation des différentes instances (professionnels, cadre hiérarchique, usagers)	<p>Groupe de travail associant une représentation des modules et des fonctions professionnelles différenciées (4 ou 5 personnes dont membre du groupe de pilotage ; membre du groupe ressource et professionnels des équipes)</p> <p>Groupe à définir avec groupe ressources ; souhait que les responsables d'équipe soient associés + coordinateurs CRLC</p> <p>Attendre formation (programmée juin 2008) avant de démarrer</p> <p>Possibilité d'associer des personnes ressources ou expertes externes au CRLC</p>	<p>Début : juin 2008</p> <p>Fin : Décembre 2008</p> <p>Période d'expérimentation ensuite (2x3mois en 2009)</p>

<b>OBJET</b>	<b>Objectifs d'amélioration</b>	<b>Méthode et moyens à mettre en œuvre</b>	<b>Qui ? (groupe de travail, composition du groupe...)</b>	<b>Délais</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• S/S OBJET</li> </ul>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ecrits professionnels</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etablir les références en terme de secret professionnel partagé</li> <li>• Distinguer et définir les écrits normés et les écrits libres</li> </ul>		<p>Groupe de travail associant une représentation des modules et des fonctions professionnelles différenciées (4 ou 5 personnes dont membre du groupe de pilotage ; membre du groupe ressource et professionnels des équipes)</p> <p>Groupe à définir avec groupe ressources ; souhait que les responsables d'équipe soient associés + coordinateurs CRLC</p> <p>Attendre formation avant de démarrer Possibilité d'associer des personnes ressources ou expertes externes au CRLC</p>	<p>Début : juin 2008</p> <p>Fin : Décembre 2008</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Veille sur la question des droits des usagers</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• S'assurer qu'on ne passe pas à coté de quelque chose sur le plan juridique</li> </ul>		<p>A définir ; Groupe ressource ?</p>	
<b>SERVICE RENDU A L'USAGER</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Centre Ressources</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Définir le Centre Ressources</li> <li>• Elaborer un projet « Centre Ressources » Présenter les modalités de fonctionnement et l'impact d'une fonction ressource dans le CRLC ; rechercher les moyens</li> </ul>		<p>Groupe de pilotage</p>	<p>Début en janvier 2009 et fin de l'étape projet (projet rédigé) en décembre 2009</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Articulation / parcours / limites d'intervention</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Définir et clarifier les limites de l'intervention</li> <li>• Définir la notion de parcours</li> <li>• Envisager et préciser la notion de parcours de l'utilisateur (quel sens, dans sa dimension institutionnelle,</li> </ul>		<p>Commission réflexive qui produit des références mais n'a pas de vocation exécutive. Commission réflexive qui doit re-nourrir le projet de service.</p>	<p>Début : 4<sup>ème</sup> trimestre 2008</p>

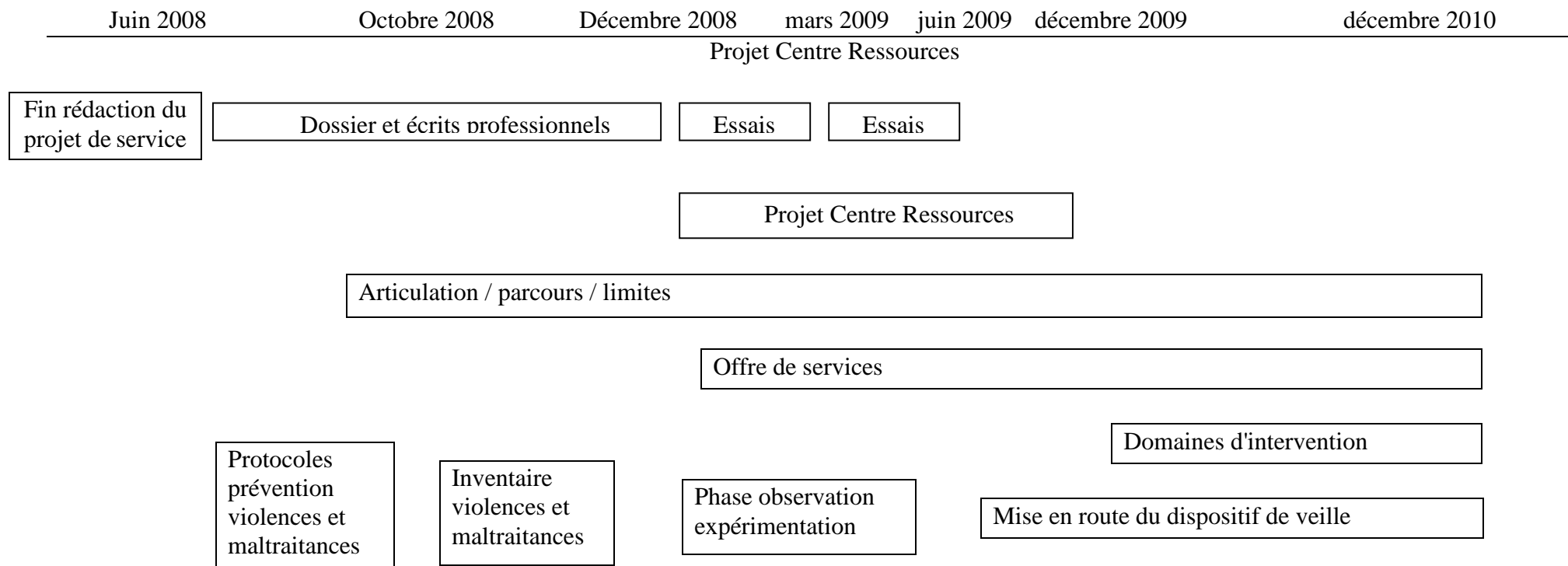
OBJET • S/S OBJET	Objectifs d'amélioration	Méthode et moyens à mettre en œuvre	Qui ? (groupe de travail, composition du groupe...)	Délais
	<p>ça donne au CRLC)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Définir, clarifier et expliciter (quelles procédures ?) les articulations entre les interventions en interne comme en externe</li> <li>• Traduire la notion de parcours en terme de référent de parcours (à quoi il sert, qui est-il, est-il référent de parcours, de la personne ou du projet ?)</li> <li>• Interroger les questions d'étayage</li> </ul>		<p>Un groupe "noyau porteur" de l'animation et des professionnels qui ont la possibilité de s'associer à ce groupe en fonction de leur intérêt pour la question.</p> <p>Groupe durable dans le temps et animation renouvelée si souhaitable.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Offre de service collective du CRLC cad : ensemble des services dont peut bénéficier tout usager du CRLC</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Il s'agira là de monter la transversalité de l'offre du CRLC (offre de service commune et partagée par les différents modules : information, accueil, évaluation, accompagnement...)</li> <li>• Proposition d'une offre, y compris ateliers collectifs, commune et ouverte à tout usager dans le cadre de son projet personnalisé</li> <li>• L'objectif du travail à produire est de donner corps à la notion de "service CRLC" et de rompre avec un saucissonnage de ses dispositifs issu de son histoire</li> </ul>			<p>Début en janvier 2009</p>

OBJET • S/S OBJET	Objectifs d'amélioration	Méthode et moyens à mettre en œuvre	Qui ? (groupe de travail, composition du groupe...)	Délais
<b>PREVENTION ET TRAITEMENT DES SITUATIONS DE VIOLENCE ET MALTRAITANCE</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dispositif de repérage des risques de violence et maltraitance</li> <li>• Protocole de révélation des situations de violence et maltraitance</li> <li>• Protocole de signalement</li> <li>• Protocole de sortie de crise (soutien de la victime et de l'auteur quand c'est un de nos usagers)</li> <li>• Mise en place d'un dispositif de veille et de prévention des violences et maltraitements</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Définition de ce que sont violence et maltraitance</li> <li>• Identification de ce qui fait risque de violence et maltraitance</li> <li>• Mise en conformité avec les textes réglementaires</li> </ul>	<p>L'urgence de travail porte sur la mise en place des protocoles. Il sera nécessaire dans un second temps de travailler sur les définitions de violence et maltraitance.</p> <p>Beaucoup d'information et de documentation existent (canevas protocolaire de la DDASS, Bulletin du CREA...)</p> <p>Le groupe s'appropriera la problématique et élaborera les outils propres au CRLC</p> <p>Il s'agira aussi d'informer et de diffuser la connaissance au reste de l'équipe.</p> <p>Inscription au PAUF de l'APR (Action Prioritaire Régionale de formation) prévention des violences et maltraitements.</p> <p>Une fois les protocoles rédigés ils devront être validés par une instance externe (direction de la Clinique par exemple)</p> <p>Il s'agira ensuite de conduire une période d'observation et d'expérimentation des outils</p> <p>Mise en place d'un dispositif de prévention et veille (établir un</p>	<p>Pour le travail sur les protocoles et la définition des notions de violence et maltraitance, il sera constitué un groupe de 3 personnes (un professionnel représentant plus spécifiquement les enfants ; 1 professionnel pour les adultes ; 1 responsable CRLC)</p> <p>Pour le volet identification des risques, le groupe de travail animera une réunion d'une demie journée à laquelle participera l'ensemble de l'équipe.</p> <p>L'objectif de la réunion sera :</p> <p>Donner les définitions des violences et maltraitements.</p> <p>Faire l'inventaire de l'ensemble des situations de violence et maltraitance vécues au CRLC.</p> <p>Produire un document d'identification des risques</p> <p>Le groupe des 3 professionnels sera ensuite chargé de la mise en application des différentes actions à mener (période observatoire, dispositif de veille)</p>	<p>Constitution du groupe à la mi-juin au plus tard</p> <p>Fin d'écriture des protocoles prévue en fin de 3<sup>ème</sup> trimestre 2008</p> <p>Action d'inventaire des situations de violence à programmer dans le courant du 4<sup>ème</sup> trimestre</p> <p>Mise en application et observation début 2009</p> <p>Création et mise en route du dispositif de prévention et veille en juin 2009</p>

OBJET • S/S OBJET	Objectifs d'amélioration	Méthode et moyens à mettre en œuvre	Qui ? (groupe de travail, composition du groupe...)	Délais
		plan d'information en continu ; au moment de l'embauche, piqûres de rappel régulières...)		
<b>DOMAINES DES INTERVENTIONS</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>Nom des domaines d'intervention</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Redéfinir et nommer des domaines d'intervention plus adaptés aux pratiques du CRLC. Il s'agira d'identifier et de qualifier les fonctions (sociale, professionnelle, thérapeutique, éducative...) auxquelles répondent les équipes du CRLC et qui constituent le fond de l'activité du service. S'assurer pour chaque domaine qu'il ne relève pas seulement d'un effet produit par notre intervention mais qu'il relève bien d'une visée d'objectifs d'intervention à atteindre. Ces objectifs étant en lien et inscrits dans nos missions.</li> </ul>	<p>Concertation collective qui visera à faire émerger une conscience partagée des fonctions du CRLC et de ses domaines d'intervention.</p> <p>Méthode de type brainstorming (Cf. travail d'identification de la typologie des services rendus à l'usager réalisé par les EMEA en réunion à Paris).</p>	<p>Nécessité d'associer l'ensemble des professionnels du CRLC pour la définition des domaines d'intervention.</p> <p>½ journée de réunion ; animation portée par 3 professionnels (2 animateurs et un secrétaire) (cette précision d'organisation n'ayant pas été abordée en groupe ressource, il faudra la valider en groupe de pilotage).</p>	<p>Pas de caractère d'urgence (référentiel, état des lieux et diagnostic qui viennent d'être faits). Programmation en 2010. Néanmoins, compte tenu de l'intérêt de ce travail, possibilité de l'avancer en fonction de la progression des autres chantiers.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Domaines d'intervention et référentiel CRLC</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Adapter le référentiel du CRLC en fonction des nouveaux domaines identifiés. Le groupe de travail s'attachera en particulier à la relecture et l'adaptation des critères de qualité pour chaque domaine.</li> <li>Réexaminer au vu du nouveau référentiel l'état des lieux de nos pratiques et produire le diagnostic qui en découlera</li> </ul>	Séances de travail	<p>Groupe ressource renouvelé ou non</p> <p>Organisation de groupes de travail associant l'ensemble des professionnels pour refaire l'état des lieux des parties modifiées.</p>	

<b>OBJET</b>	<b>Objectifs d'amélioration</b>	<b>Méthode et moyens à mettre en œuvre</b>	<b>Qui ? (groupe de travail, composition du groupe...)</b>	<b>Délais</b>
• S/S OBJET				
<b>INFORMATION COMMUNICATION SENSIBILISATION</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rechercher et développer les outils permettant d'améliorer ces points.</li> </ul>	A préciser	A préciser	A préciser
<b>GARANTIE ET RESPONSABILITE DES INTERVENANTS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Favoriser l'accès des professionnels aux références légales</li> </ul>	A préciser	A préciser	A préciser
<b>RESSOURCES HUMAINES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Améliorer la gestion des besoins professionnels notamment du point de vue de la formation</li> </ul>	A préciser	A préciser	A préciser
<b>ORGANISATION DU TRAVAIL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Redéfinir les cadres d'intervention des professionnels (organigramme, fiche de poste...)</li> </ul>	A préciser	A préciser	A préciser

## Diagramme de Gant récapitulatif



## ANNEXE 4

### Procès Verbaux consultation des usagers des usagers – séances des 23.04.09 et 06.05.09

## PROJET DE SERVICE CRLC – REGLEMENT DE FONCTIONNEMENT

### CONSULTATION DES USAGERS

#### Procès verbal de la Séance du 23 avril 2009

Présents : Patrick ANSELME ; Saliha AYADI ; Anthony COSNARD ; Jocelyne DALL'AGNOL ; Annie DUNAND ; Christine HOARAU ; Fatmir KOLA ; Aude MARTY ; Stéphane MENUT ; Arnaud CHAMPAGNE ; Anthony OAKES ; Wilfried PFISTER ; Valérie SCARSAFAME ; Virginie THIOT ; Jérôme VAUFREDAZ ; Marie-Christine VILLEROT ; Mme VINCI ; Marie ZANOLIN ; Patricia SEGAL (CRLC) ; Marie-Ange SAOLETTI (CRLC) ; Etienne MICHON (CRLC).

#### **Accueil des participants et ouverture de la séance à 10h00**

#### **Présentation des objectifs de la réunion de consultation et de l'organisation de la séance**

273 usagers ont été invités à participer à cette consultation.

La consultation a pour objectif la présentation des projet de service et règlement de fonctionnement aux usagers du CRLC. Il est attendu de leur part un avis sur ces documents.

La consultation se déroulera sur deux séances.

Cette première séance est destinée à la présentation générale des documents concernés. Elle vise à donner une compréhension globale de ces documents dans l'environnement général du CRLC. Il s'agit aussi de recueillir et expliciter les questionnements que cette présentation fait émerger. A l'issue de cette première séance, les documents seront distribués aux participants afin qu'ils puissent en prendre pleinement connaissance et donner leur avis lors d'une seconde séance programmée le 06 mai 2009.

La seconde séance permettra de recueillir les avis et recommandations des participants.

#### **La séance démarre par une présentation du projet de service**

Il est expliqué ce qu'est un projet de service et quels en sont ses enjeux.

Des indications sont données pour ce qui concerne la manière dont il a été élaboré au CRLC et la place donnée aux usagers dans cette démarche.

Les différents chapitres et sections sont ensuite présentés dans leur grande ligne.

#### **Questions et réflexions concernant cette partie**

- La CAF a t-elle des relations avec le CRLC ?

Le CRLC a des contacts sur mesure avec la CAF en fonction des besoins des usagers. Il n'y a pas de lien institutionnel entre les deux structures.

Remarques :

- Les usagers présents ce jour n'ont pas forcément été bénéficiaires de tous les modules existants au CRLC.
- Il y a également parfois des accompagnements par des services extérieurs (exemple de l'équipe mobile de Tullins).

- Qu'est ce qu'une équipe mobile ?

La responsable des accompagnements donne une définition et des explications concernant les différentes missions des équipes mobiles.

- Question concernant le titre du chapitre 2 du projet de service : pourquoi utiliser le mot « ré-aménagement » plutôt que « aménagement » ? Y-a t-il des contraintes extérieures qui vont peser sur ce ré-aménagement ?

Le terme de ré-aménagement a été choisi car la situation actuelle est déjà aménagée.

Il y a en effet certaines contraintes, mais ce ne sont pas elles qui nous ont obligé à ré-aménager les choses.

Par exemple les politiques sociales vont être à l'origine de certaines modifications : les UEROS ont été mis en place avec la circulaire Bauduret. Depuis mars 2009, un décret a été voté pour instituer les UEROS.

- Quelle est la différence entre une circulaire et un décret ? Quelle est la valeur de la circulaire ?

Le décret est un texte qui a été voté par le gouvernement alors que la circulaire ne s'impose pas.

La circulaire a valeur de guide alors que le décret a valeur d'obligation.

- Y a t-il un poids donné par la CEE ?

Il y a effectivement une influence sur les décrets car environ 80% des textes de lois sont pris en fonction de directives européennes.

- Question concernant le droit d'accès à un dossier : à quel moment peut-on consulter son dossier ? Demande à faire auprès de qui ?

Il y a une procédure à respecter.

On doit en faire la demande auprès du service concerné.

- Pourquoi est-ce si compliqué de consulter son dossier ?

Au niveau du CRLC, la consultation est actuellement difficile car le dossier est éclaté. Les professionnels travaillent aujourd'hui sur le rassemblement du dossier dans un lieu unique.

Remarques :

- Les dossiers pourraient être remis aux personnes au moment de leur sortie de l'établissement.
- Certains documents comme les scanners, les comptes-rendus médicaux peuvent être utiles pour les usagers (par exemple peuvent être demandés par la médecine du travail).
- Chaque personne a le droit d'avoir son dossier, néanmoins certaines pièces du dossier n'ont pas forcément d'intérêt pour la personne car elles peuvent être très complexes.

- Que fait-on des anciens dossiers ?

Il y a une obligation d'archivage des dossiers qui est différente selon le secteur médical ou le secteur médico-social.

- Concernant la loi de 2002, nous sommes en 2009, pourquoi y-a t-il un tel décalage entre la sortie d'une loi et sa mise en application ?

La loi de 2002 suit celle de 1975 (27 ans d'écart entre les deux). Les habitudes des institutions sont difficiles à changer. De plus, la loi est sortie en 2002, mais les décrets sont eux sortis en 2004-2005. Le début du travail sur le projet de service au CRLC a débuté fin 2006 et s'est prolongé jusqu'à aujourd'hui. Il faut également prendre en compte le fait que le travail réalisé sur le projet de service est à faire par les professionnels du CRLC en plus de leur travail habituel.

- Concernant le chapitre sur la stratégie de mise en oeuvre du développement du service :

Y-a t-il la possibilité de tester les améliorations proposées, par exemple sous forme de groupes tests ?

Le CRLC n'est pas en capacité de gérer 2 systèmes de fonctionnement. Néanmoins un système de veille permanente sera mis en place par l'intermédiaire d'un comité de suivi qui vérifiera le respect des objectifs, les modalités et les délais de mise en oeuvre du plan d'amélioration.

Remarque :

- Concernant le retour des usagers par rapport à la structure du CRLC, aujourd'hui il n'existe pas d'enquête de satisfaction.

Les retours positifs ou négatifs doivent être répertoriés car ils sont une source d'amélioration permanente. Un retour se fait uniquement au sein de l'UEROS à l'occasion d'une réunion en fin de session, mais celui-ci se fait de manière orale.

Il est souligné l'importance de manifester aussi son mécontentement.

- Qu'est ce que l'UEROS par rapport au CRLC ?

L'UEROS est un module d'accompagnement du CRLC.

- Quelle est la différence avec le module SPASE ?

SPASE est centré sur le domaine du professionnel, uniquement en milieu ordinaire.

## **Une pause est marquée**

### **La séance Continue par la présentation du règlement de fonctionnement**

Il est expliqué ce qu'est un règlement de fonctionnement et quels en sont ses enjeux.

Des indications sont données pour ce qui concerne la manière dont il a été élaboré au CRLC et la place donnée aux usagers dans cette démarche.

Les différents chapitres et sections sont ensuite présentés dans leur grande ligne.

## Questions et réflexions concernant cette présentation

- Concernant l'élaboration de ce règlement, y a-t-il eu un travail avec d'autres centres ressources identiques au CRLC ?

Non, car le règlement est un document interne à l'institution. Chaque institution étant libre de procéder comme elle veut, donc les règles établies dans ce règlement sont propres à chaque structure.

- Par qui est élaboré ce règlement ?

Le règlement est élaboré selon l'avis collectif des professionnels. Ce sont eux qui définissent les règles de la structure pour l'intérêt de l'utilisateur. Les règles doivent être validées avant de pouvoir être appliquées, d'où notamment la consultation des usagers avant la validation.

Ce règlement vaut aussi pour les professionnels de l'établissement.

### Remarque :

- La dernière partie du document concerne son application avec notamment, en cas de conflit, le droit de faire appel à un médiateur (ceci a été mis en place lors de la sortie de la loi de 2002).

## **La séance s'achève à 12 h00 par la remise des documents aux usagers du CRLC**

Un rappel de ce qui est attendu des usagers pour la séance suivante est effectué. Quelques consignes d'aide à la lecture du document sont données.

Rendez vous est fixé au 06 mai 2009

Secrétaires de séance :

Marie-Ange Saoletti

Etienne Michon

# PROJET DE SERVICE CRLC – REGLEMENT DE FONCTIONNEMENT

## CONSULTATION DES USAGERS

### Procès verbal de la Séance du 06 mai 2009

Présents : Patrick ANSELME ; Saliha AYADI ; Anthony COSNARD ; Annie DUNAND ; Pierre FAUGES ; Christine HOARAU ; Fatmir KOLA ; Aude MARTY ; Anthony OAKES ; Wilfried PFISTER ; Virginie THIOT ; Elisa THOINET ; Marie-Christine VILLEROT ; Patricia SEGAL (CRLC) ; Marie-Ange SAOLETTI (CRLC) ; Etienne MICHON (CRLC).

Excusés : Marie ZANOLIN ; Jérôme VAUFREDAZ ; Valérie SCARSAFAME ; Stéphane VERHASELT

#### **Accueil des participants et ouverture de la séance à 10h00**

Présentation des objectifs de la réunion de consultation et de l'organisation de la séance.

Dans un premier temps : recueil des interrogations, remarques, avis, concernant le projet de service.

Dans un second temps : recueil des interrogations, remarques, avis, concernant le règlement de fonctionnement.

**Concernant le projet de service, il est proposé à chacun de donner son avis quant à sa lecture (facile, difficile, document compréhensible, lu jusqu'au bout ?)**

#### **Réflexions concernant cette partie :**

- Document difficile à lire, compliqué, sentiment que le document n'est pas adressé à des usagers mais à des professionnels. Certaines personnes n'ont pas pu aller jusqu'au bout de la lecture.

En effet, ce document n'est pas un outil de communication à destination des usagers mais constitue le guide d'action pour les professionnels et un outil de communication institutionnelle.

- Document très synthétique et précis

Peut aider certains professionnels extérieurs car il montre bien les objectifs par rapport aux usagers. Les missions et actions y sont bien décrites.

- Document difficile à lire aussi parce qu'il comporte beaucoup de texte et peu de schémas. Il comporte également beaucoup de sigles.

- La lecture des annexes est particulièrement compliquée due en partie à une mise en page peu claire.

- Remarque sur le fait que l'ESAT HM n'est pas tellement intégré dans le document.

Le travail a été réalisé sur l'activité 2005/2006/2007 et à cette époque l'ESAT était à l'état de projet.

- Question par rapport au livret d'accueil CRLC : que renferme ce document ? A qui est-il destiné ?

C'est une présentation des différents modules afin d'informer les usagers de ce qui peut leur être proposé par le CRLC.

Le livret contient également le règlement de fonctionnement, le contrat, la charte et l'extrait de délibération du CE. Le contenu doit répondre à la loi de 2002. Il est réalisé par les professionnels. Le but étant avant tout de donner aux usagers une information claire sur les différents modules de la structure.

Il a été créé en 2004 et a été refait récemment.

Remarque concernant l'information transmise aux usagers : problème de manque de connaissance des structures existantes (de la part des usagers mais aussi des professionnels) d'où parfois une perte de temps pour entrer en relation avec le CRLC.

Pour les personnes qui ont séjourné à St Hilaire, il n'y a pas de problème, mais en revanche, les médecins libéraux ne connaissent pas tous l'existence du CRLC.

C'est un des axes d'amélioration sur lequel le CRLC va travailler, à savoir développer sa politique de communication.

Le CRLC est une structure assez récente.

La communication est complexe mais c'est aussi une question de moyens. Il n'y a pas de financement de prévu pour la communication, seulement pour le fonctionnement des équipes.

L'idée est lancée de fournir aux usagers 2 plaquettes du CRLC ou une fiche d'information à destination du médecin traitant ou d'autres professionnels en lien avec l'utilisateur.

Les usagers sont un vecteur d'information pour le CRLC.

Quelles sont les structures existantes en Isère ou dans le département ?

En Rhône Alpes, il y a plusieurs structures qui existent pour une meilleure prise en compte des personnes cérébro-lésées.

Les UEROS sont présentes partout en France.

Au niveau du département, il y a eu la diffusion d'une plaquette du réseau Espoir à destination des professionnels libéraux.

Il faut souligner que par rapport à d'autres villes Grenoble est particulièrement bien adaptée pour les personnes handicapées (aménagement des véhicules, circulation...).

Le délégué des stagiaires UEROS présente à l'assemblée le schéma qu'il a élaboré pour présenter le projet de service aux autres stagiaires de sa session.

**Dans un second temps, il est procédé à un déroulement de la lecture du projet de service chacun pouvant y apporter ses remarques au fur et à mesure.**

Question concernant la partie traitant du secret professionnel partagé : comment peut-il être partagé ?

La loi prévoit qu'un professionnel ne doit rien transmettre à un autre professionnel, mais dans la logique de la pluridisciplinarité des équipes il est indispensable d'échanger certaines informations. La difficulté est d'arriver à définir qu'elle est l'information partagée utile. Depuis mars 2007, la loi prévoit que le partage d'information est possible. Ceci dans le cadre d'un travail en équipe pluridisciplinaire. Dans ce contexte, l'information est secrète à l'échelle d'un service.

Chaque fois que l'on souhaite communiquer une information à un collègue, il faudrait l'avis de l'utilisateur, mais cela nécessiterait beaucoup de temps. Toutefois, il est important d'informer les usagers que ce qu'ils peuvent dire peut être communiqué à un autre professionnel. L'utilisateur peut également signaler quelles sont les informations qu'il ne souhaite pas voir partager entre plusieurs professionnels (par exemple les confidences faites à un psychologue).

Question sur ce qu'est une mise en situation écologique ?

C'est une observation au quotidien, dans le milieu naturel (par exemple : faire les courses).

Qu'est ce que le clivage entre les différents modules du CRLC ?

Chaque module peut fonctionner indépendamment, mais le souhait du CRLC est que ces modules travaillent ensemble, ceci dans l'intérêt de l'utilisateur.

Qu'entend t-on par fonction de veille ?

Certaines personnes vont être accompagnées puis n'auront plus de besoins identifiés. De nouveaux besoins peuvent apparaître. Le CRLC estime qu'il serait souhaitable de prendre des nouvelles régulièrement des personnes afin de s'assurer que les gens qui ne seraient pas en mesure de re-solliciter le CRLC ne restent pas en situation d'isolement.

**Des corrections de forme et de fond ont été proposées et seront intégralement portées au document.**

Le document projet de service sera finalisé au plus tôt fin juin.

**La séance Continue par la présentation du règlement de fonctionnement**

**Questions et réflexions concernant cette présentation :**

Le règlement a été trouvé bien écrit par la plupart des personnes présentes.

Question concernant le conseil de la vie sociale, qu'est ce que ce conseil ?

Il y a obligation pour les établissements médico-sociaux accueillant du public de manière permanente d'avoir un conseil de la vie sociale.

Il se réunit environ 3 fois par an et traite du fonctionnement du service, des améliorations attendues, etc...

La création de l'ESAT nous engage à constituer ce conseil qui sera formé de représentants des usagers de l'ESAT et des usagers du CRLC désirant y participer.

**La séance s'achève à 12 h30**

Secrétaires de séance :

Marie-Ange Saoletti

Etienne Michon

## GLOSSAIRE

**L'ADAPT** : Association pour l'insertion sociale et professionnelle des personnes handicapées

**AFPA** : Association pour la Formation Professionnelle des Adultes

**AGEFIPH** : Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion professionnelle des Personnes Handicapées

**ANPE** : Agence Nationale Pour l'Emploi

**APR** : Action Prioritaire Régionale de formation

**AS** : Assistant Social

**ASI** : Appui Social Individualisé

**AVC** : Accident Vasculaire Cérébral

**CDAPH** : Commission Départementale d'Autonomie des Personnes Handicapées

**CMUDD** : Centre Médico Universitaire Daniel Douady

**CREAI** : Centre Régional pour l'Enfance et l'Adolescence Inadaptée

**CRESPE** : Centre de Réadaptation Professionnelle de Saint Etienne

**CRLC** : Centre Ressources pour Lésés Cérébraux

**CROSMS** : Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale

**DDTE** : Direction Départementale du Travail et de l'Emploi

**DDASS** : Direction Départementale d'Action Sanitaire et Sociale

**DHOS** : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins

**DGS** : Direction Générale de la Santé

**DIPEC** : Document Individuel de Prise En Charge

**EMA** : Equipe Mobile pour Adultes

**EMEA** : Equipe Mobile pour Enfants et Adolescents

**ESAT** : Etablissement de Service et d'Aide par le Travail

**ESRF** : European Synchrotron Radiation Facility

**ETP** : Equivalent Temps Plein

**GOS** : Glasgow Outcome Scale

**MDPH** : Maison Départementale des Personnes Handicapées

**ODPHI** : Office Départemental des Personnes Handicapées de l'Isère

**PAUF** : Plan Annuel d'Utilisation des Fonds de Formation

**RH** : Ressources Humaines

**RQTH** : Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé

**SIRET** : le numéro SIRET est un identifiant d'établissement (identifiant numérique comportant 14 chiffres)

**SPASE** : Service Personnalisé d'Accompagnement et de Suivi vers et dans l'Emploi

**UEROS** : Unité d'Evaluation, de Réentraînement et d'Orientation Sociale et/ou Professionnelle