AFTC de Franche-Comté
Association des Familles de Traumatisés
crâniens et Cérébro-Lésés
17, rue Pergaud
25000 BESANCON

Unité d'**E**valuation, de **R**éentraînement et d'**O**rientation **S**ociale et socioprofessionnelle de Franche-Comté

Projet de service

2014

SOMMAIRE

Préambule

I – CONTEXTE 5

1. Organisme gestionnaire : l'AFTC de Franche Comté 5
   - 1.1 Dénomination
   - 1.2 Personne morale
   - 1.3 Agrément de l'association
   - 1.4 Coordonnées
2. Spécificités de l'Association des familles de traumatisés crâniens (AFTC) de Franche Comté 6
3. Présentation de l'UEROS de Franche Comté 7
   - 3.1 Fiche de présentation
   - 3.2 Agréments
   - 3.3 Historique de l'UEROS
   - 3.4 Fondements et principes des pratiques professionnelles
   - 3.5 Cadre législatif

II – ENJEUX 10

III – OBJECTIFS ET MISSIONS 11

1. Objectif général 11
2. Missions 11

IV – SPECIFICITES DE LA PERSONNE VICTIME D'UN TC ou de LESIONS CEREBRALES ACQUISES 12

1. Population accueillie 12
2. Données à l'entrée et évolution des personnes accueillies 14
3. Spécificités du service liées à la complexité du handicap 15

V – PRESTATIONS DE SERVICE 15

1. Le pré accueil 16
2. Les étapes de la prise en charge UEROS 18
   - 2.1 L'accueil et admission
   - 2.2 L'évaluation
   - 2.3 La structuration des domaines d'évaluation
   - 2.4 L'élaboration des projets / orientations
   - 2.5 Le réentrainement
   - 2.6 Le suivi
3. Des offres de service pour adapter les parcours au plus près des besoins 25
   - 3.1 Les évaluations ciblées
   - 3.2 Le suivi professionnel renforcé

VI – ORGANISATION DES PRESTATIONS 27

1. Principes fondant les pratiques et des choix organisationnels 27
    - 1.1 Actions favorisant la bientraitance des usagers
    - 1.2 Application des droits des usagers
    - 1.3 Parcours individualisés
    - 1.4 Organisation individuelle et collective
    - 1.5 Temps de concertation
2. Déclinaisons concrètes de l'organisation des prestations 30
    - 2.1 Répartition de l'activité à réaliser
    - 2.2 Organisation du travail
    - 2.3 Plannings hebdomadaires
3. Coordination avec le CHRU dans le cadre d'une convention 34

VII – RESSOURCES MOBILISEES 34

1. Équipe pluridisciplinaire 34
2. Moyens matériels 38
3. Appartement pour des hébergements temporaires des évaluations 38
4. Rémunération des personnes accueillies 39
5. Partenariat 39
    - 5.1 Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH)
    - 5.2 Structures sanitaires
    - 5.3 Structures de droit commun
    - 5.4 Services internes de l'AFTC de Franche-Comté

VIII – AXES DE PROGRES 41

1. Démarches d'amélioration continue 41
2. Perspectives 41
3. Pistes d'amélioration 42

IX – ANNEXES 44

Annexe 1 : Projet associatif

Annexe 2 : Organigramme

Annexe 3 : Décret du 19 mars 2009

PREAMBULE

Ce projet de service de l'UEROS de Franche-Comté marque une nouvelle étape importante dans son développement.
Son élaboration et sa rédaction s'inscrivent tout d'abord, dans le cadre de son extension, sa capacité étant doublée sur 2014 et 2015 (de 10 à 20 places), lui permettant de disposer de moyens supplémentaires conséquents.
Mais au-delà, il est l'occasion de réinterroger plus globalement les principes et modalités d'intervention dans un contexte qui a fortement évolué ces dernières années.
Depuis l'origine en 1999, l'UEROS était un dispositif expérimental qui prend aujourd'hui une autre dimension avec le décret de mars 2009 qui précise son cadre d'intervention tout en ouvrant sur de nouvelles perspectives à investir.
En dehors de ce texte spécifique, le cadre législatif a fortement évolué quant à la place et aux droits des usagers dans les services médico-sociaux et fait écho aux principes fondateurs (individualisation, singularité et adaptation des parcours…) de l'UEROS à décliner dans le cadre des prises en charge.
Par ailleurs, depuis sa reprise d'agrément par l'AFTC en 2007, l'UEROS a contribué, par son expertise sur les besoins des personnes cérébro-lésées, à la création de nouveaux services (SAMSAH, centre d'accueil de jour, GEM).
Maillon essentiel dans le parcours des personnes cérébro-lésées, elle doit désormais inscrire ses actions dans des logiques de transversalité en interne et de complémentarité en externe, comme elle a pu commencer à le faire, dans le champ de l'insertion professionnelle.
Son articulation essentielle avec le champ sanitaire, facilitée par la collaboration engagée avec le CHRU, est à réaffirmer.
Les deux places obtenues par anticipation en 2013 ont permis d'expérimenter de nouvelles prestations visant à favoriser la diversification des parcours possibles.
Dés l'origine, l'UEROS a été tournée vers l'extérieur et engagée dans le travail partenarial afin d'accompagner le mieux possible les projets d'insertion des personnes accompagnées. Elle a pour ambition désormais de se positionner comme centre d'expertise au service des personnes cérébro-lésées et des différents acteurs opérationnels confrontés à la problématique des troubles cognitifs.

Face à ces enjeux, le choix a été fait d'engager une réflexion participative, dans le cadre d'une formation action, afin que ce projet de service ainsi que ses axes de progrès pour les 5 ans à venir soit à terme porté par l'ensemble des professionnels de l'UEROS. Ceci était d'autant plus intéressant que cette équipe, en grande partie renouvelée depuis 5 ans, doit construire une pratique partagée sur la transdisciplinarité.
Je tiens à les remercier pour leur engagement dans ce travail d'élaboration et compte sur leur mobilisation dans la mise en œuvre de ce projet.

Ce projet a été présenté au Conseil de la Vie Sociale le 10 janvier 2014 et au Conseil d'administration le 14 février 2014 et ont émis un avis favorable.

Nathalie Gros
Directrice

I. CONTEXTE

1. Organisme gestionnaire : L'AFTC de Franche Comté

1.1. Dénomination

L'AFTC (Association des Familles de Traumatisés crâniens et Cérébro-lésés) de Franche-Comté est régie par la Loi du 1er juillet 1901 et le décret du 16 août 1901.

L'association a pour but la défense des intérêts moraux et matériels des victimes de traumatismes crâniens et de lésions cérébrales ainsi que ceux de leur famille. Elle initie, encourage et facilite la mise en œuvre de toutes actions susceptibles d'y contribuer.

Elle est une association de familles, acceptant l'adhésion d'autres membres actifs qui désirent s'impliquer personnellement dans la réalisation de ces objectifs.

1.2. Personne morale

L'AFTC de FC est affiliée à l'U.N.A.F.T.C. : Union Nationale des associations de familles de traumatisés crâniens et cérébro-lésés, reconnue d'utilité publique.

Cette association est constituée des familles adhérentes. Mais, de façon plus large, elle rassemble également, autour de son projet associatif, les usagers bénéficiaires de ses structures et leurs familles ainsi que les professionnels salariés de l'association.

1.3. Agrément de l'association

L'Association des Familles de Traumatisés crâniens et Cérébro-lésés a été créée le 8 février 1996. Elle s'est réorganisée en 2003 par secteurs géographiques, départementaux : Doubs, Haute Saône, Jura, Territoire de Belfort.

L'inscription des statuts en préfecture a été enregistrée sous le N° 2/04991 le 28 février 1996 en page 1073 rubrique 1899. Modification du siège sous le N° 0251016074 le 21 novembre 2006.

1.4. Coordonnées

AFTC de FC – Association des Familles de Traumatisés crâniens et Cérébro-lésés de Franche-Comté
Siège social : 17, rue Pergaud - 25000 BESANÇON Téléphone : 03.81.88.98.60
Courriel : accueil.aftc@traumacranienfc.org

Président : Monsieur Jean GUYOT
Vice-présidents : Mme Suzanne DAMIEN (Jura), Mr Maurice BLANCHOT (Haute-Saône), Mme Nicole EIXARCH (Territoire de Belfort), Madame Martine RACINE (Montbéliard) et Mr Jacques SCHIRRER (Besançon).

2. Spécificités de l'Association des Familles de Traumatisés crâniens et Cérébro-lésées (AFTC) de Franche Comté

En référence du projet associatif réécrit en 2012 (annexe 1) :

L'AFTC est une association de soutien des familles pour répondre aux besoins des personnes traumatisées crâniennes et cérébro-lésées.

Elle s'appuie sur deux grands principes :

- La place des familles : L'association est née des familles, cœur de l'association, leur place, leur rôle et leur implication doivent rester prépondérants,
- La spécialisation dans le traumatisme crânien et les lésions cérébrales.

Ses missions :

- Permettre aux personnes traumatisées crâniennes et cérébro-lésées de bénéficier d'un accompagnement global et spécifique de qualité,
- Faire connaître ce handicap si spécifique et parfois silencieux,
- Soutenir et favoriser l'entraide mutuelle entre les familles de personnes traumatisées crâniennes et cérébro-lésées,
- Représenter les blessés et malades ainsi que leurs familles auprès des organismes publics,
- Apporter un appui juridique pour la défense des intérêts des victimes du traumatisme crânien et, le cas échéant, des personnes cérébro-lésées ainsi que de leurs familles,
- Contribuer à la réduction du nombre d'accidents en participant à des actions de prévention.

Depuis le rattachement **en 2007** de l'UEROS (Unité d'Évaluation de Réentrainement et d'Orientation Sociale et Socio-Professionnelle) à l'AFTC, d'autres structures *(cf. organigramme en annexe 2)* ont vu le jour :

2008 : création du Centre d'Accueil de Jour, capacité 10 places
2008 : Création du SAMSAH 25 (Services d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés), capacité de 12 places à l'ouverture et de 23 places au 01/07/2013
2008 : Création du GEM de Gray
2009 : Création du GEM de Vesoul
2010 : Création du SAMSAH 70, capacité de 10 places
2012 : Création du GEM de Pontarlier
2013 : Création de l'antenne SAMSAH Aire Urbaine, capacité de 17 places

L'histoire récente de cette association illustre la dynamique innovante de prise en compte des besoins spécifiques et variés des personnes cérébro-lésées à chaque étape de leur projet de vie. La diversité des prestations proposées et le fonctionnement transversal entre les différents services visent à favoriser ainsi une approche globale de l'usager, la continuité de parcours.
Ces services s'articulent aux établissements sanitaires de référence, mais également à l'ensemble des acteurs concourant à l'insertion et la citoyenneté des personnes en situation de handicap.

3. Présentation de l'UEROS de Franche Comté

3.1. Fiche de présentation

Désignation l'établissement	UEROS de Franche-Comté
Nature	Unité d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale et socio- professionnelle pour personnes cérébro-lésées
Adresse	17, rue Pergaud 25000 BESANCON
Numéro SIRET	435 386 149 00049
Code APE	9999Z
Direction	Madame Nathalie GROS

3.2. Agréments

- 01/04/1999 : agrément initial de 5 places et gestion assurée par l'ASMH.
- 01/11/2001 : habilitation pour une prise en charge de 10 places, et gestion par le centre Hospitalier de Salins le Bains (39).
- Depuis le 01/01/2007, reprise de l'agrément par l'AFTC de Franche Comté.
- Présentation au CROSMS du 22 juin 2010 pour une extension de 10 places, soit une capacité totale d'accueil de 20 stagiaires.
- Décision n°2012.951 du 27 novembre 2012 de l'ARS de Franche Comté autorisant l'extension de 10 places de l'UEROS : 2 places par anticipation en 2013, 3 en 2014, 5 en 2015.

3.3. Historique de l'UEROS

Différentes propositions, pour une politique en faveur des personnes traumatisées crâniennes et/ou cérébro-lésées, ont été mises en place, suite à une étude effectuée par Monsieur LEBEAU, inspecteur général des affaires sanitaires et sociales, à la demande de Madame Simone WEIL, alors ministre des affaires sociales, de la santé et de la famille.

Ainsi, les U.E.R.O.S. (Unités d'Evaluation de Réentraînement et d'Orientation sociale et Socioprofessionnelle) ont été créées d'après la Circulaire du 4 juillet 1996 relative à l'accueil médico-social et la réinsertion sociale des personnes cérébro-lésées.

Le projet de création d'une UEROS en Franche-Comté résulte de l'association de trois structures, qui possédaient un savoir-faire dans la prise en charge et dans la réinsertion des personnes cérébro-lésées.

Ce projet voit le jour sous l'impulsion de l'ADNA (Association pour le Développement de la Neuropsychologie Appliquée), le Centre de Réadaptation Fonctionnelle de Salins les Bains, le CIBC (Centre Interinstitutionnel de Bilans de Compétence) de Besançon et l'ACEREP (Association Centre d'Etudes et de Réalisation en Education Permanente).

L'unité reçoit, dans un premier temps, un accord pour cinq places et débute son activité le 1er avril 1999. La gestion est assurée par l'Association Saint Michel le Haut (ASMH). Le 1er novembre 2001, le préfet de région donne une autorisation d'extension de 5 places et confie la gestion des places au Centre Hospitalier de Salins-les-Bains.

Du fait de la situation géographique de l'Unité, les stagiaires, leurs familles et les professionnels ont rencontré des difficultés : manque de transports en commun, faible éventail d'entreprises limitant les mises en situation professionnelles et éloignement des partenaires médico-sociaux. C'est pourquoi une demande de délocalisation sur Besançon est adressée aux structures de tutelles.
Au 1er janvier 2007, l'Association de Familles de Traumatisés Crâniens (AFTC) de Franche-Comté se voit confier la responsabilité juridique de l'unité ; la gestion administrative, financière et des ressources humaines est déléguée à l'ADAPEI de Besançon, qui accepte d'assumer cette mission sur sollicitation de la DDASS.
L'UEROS s'installe à Besançon au 8, rue de la Liberté et emménage avec les autres services bisontins de l'association dans des locaux au 17, Rue Pergaud en juillet 2010.

3.4. Fondements et principes des pratiques professionnelles

L'UEROS propose un cadre spécifique au carrefour entre sanitaire et médico-social :

- qui permet des allers et retours de prise en charge, des parcours sur mesure non linéaires où le sujet se réinscrit dans sa vie,
- qui prend en compte l'environnement social, professionnel et familial,
- qui travaille en réseaux dédiés et non dédiés, et nécessite de développer un partenariat socio-professionnel avec les structures existantes : CAP emploi, MDPH, missions locale etc.),
- qui met en place un suivi de ses préconisations à la sortie, en prenant en compte les besoins d'accompagnement au long cours.

L'UEROS s'appuie sur le principe de transdisciplinarité dans le travail de l'équipe :
Les fondements théoriques qui sous-tendent l'action des professionnels de l'UEROS, sont ancrés dans la pratique d'un accompagnement des personnes reconnues comme sujets porteurs d'un projet de vie personnel étroitement lié à la possibilité de reprise de leur identité, profondément atteinte suite à une lésion cérébrale.
Cet accompagnement est un « prendre soin » qui recherche une vision globale pour les personnes accompagnées et s'exerce dans une dimension transdisciplinaire en ce qui concerne le travail de l'équipe.

Cette équipe est composée de professionnels de formations théoriques différentes.
Il ne s'agit pas de superposer leurs savoirs mais d'élaborer lors des réunions d'équipes, une vision transversale de la prise en charge qui inclut le stagiaire et sa famille à la discussion et à la définition des objectifs de prise en charge.

La lésion cérébrale, qu'elle résulte d'un accident vasculaire cérébral ou d'un traumatisme crânien, porte atteinte en termes de séquelles, à l'intégrité des personnes qui en sont victimes. Ces séquelles multiples et variées bouleversent leur vie en générant dans leur environnement, tant familial et social que professionnel, des changements, des ruptures dont la perception diffère selon qu'elles sont exprimées par la personne elle-même, par son entourage ou encore par un professionnel.
Ces séquelles sont d'ordre cognitif, psychique, comportemental, physique et sensoriel. Elles se doublent d'une rupture brutale avec la vie antérieure et génèrent des difficultés psychologiques importantes, qui impliquent une prise en charge et des soins psychiques adaptés.
Il est très difficile de prévoir l'importance et l'évolution des séquelles, notamment sur le plan neuropsychologique et de parler de consolidation du handicap. Beaucoup de facteurs pourront jouer dans l'évolution favorable ou non, ou la stabilisation.

La prise en charge consistera à traiter minutieusement et simultanément l'ensemble des difficultés du bénéficiaire en constituant un bilan global tenant compte des aspects organiques, psychologiques et sociaux.

Sans ce travail, long et minutieux, de bilan séquellaire, les projets et stratégies de compensation mis en œuvre peuvent se révéler impossibles à concrétiser et conduire le bénéficiaire à vivre de nouveaux échecs. Ces échecs successifs le fragilisent et peuvent conduire à une exclusion sociale totale. Ce handicap dit « invisible » ne se révèle le plus souvent qu'en situation écologique et parfois longtemps après la prise en charge sanitaire initiale. Il est difficile à évaluer.

Toute cette évaluation et cet accompagnement feront une place particulière au travail avec l'environnement proche, le besoin d'aide s'étendant aussi à l'entourage. A toutes les étapes de la prise en charge, la famille fera l'objet d'une attention et d'un accompagnement spécifique.

3.5. Cadre législatif

L'UEROS inscrit également ses actions en référence aux différents textes législatifs et réglementaires récents :

- **La loi n°2002-2 du 2 janvier 2002** de rénovation de l'action sociale et médico-sociale et ses décrets d'applications, celle plus récente du **11 février 2005** d'égalité des droits et de l'autonomie en faveur des personnes handicapées ont profondément transformé le paysage médico-social en rénovant les fonctionnements et les organisations institutionnelles et en renforçant les Droits des personnes en situation de handicap.

- D'autres textes nationaux, plus spécifiques, se sont attachés au développement de politiques ciblées en faveur de certaines populations porteuses d'un handicap ou encore en faveur du développement de mode d'accompagnement innovant : **la circulaire DAS/DE/DSS n° 96-428 du 4 juillet 1996** relative à la prise en charge médico-sociale des victimes d'un traumatisme crânien sévère, et **le décret 2009-299 du 19 mars 2009** (annexe 3) relatif aux conditions d'organisation et de

fonctionnement des unités d'évaluation, de réentrainement et d'orientation sociale et socioprofessionnelles (UEROS) pour personnes cérébro-lésées.

- Sur le plan local, Les orientations stratégiques développées et définies dans le **Schéma Régional d'Organisation des Soins / Plan Régional de Santé 2012-2016** énoncent la nécessité d'une coordination des actions au sein de filières organisées entre le champ du sanitaire et du médico-social.

II. ENJEUX

A la lecture de ce qui précède, on comprend la nécessité de réactualiser le projet de service dans un contexte en pleine évolution :

- sur le plan législatif et réglementaire en plein mouvement
- sur le plan institutionnel avec le développement des services de l'AFTC et de la modification de l'agrément par une extension de 10 places supplémentaires.

La conjonction simultanée des constats, des orientations définies au plan national et institutionnel nous amène à nous interroger sur la pertinence de notre organisation mais constitue également une opportunité d'inscrire l'UEROS dans une nouvelle dynamique pour les années à venir.

Aussi, de nouvelles prestations ont été développées depuis 2 ans afin de mieux répondre aux besoins des bénéficiaires : les évaluations ciblées, le suivi professionnel renforcé, ceci en vue de renforcer la notion de parcours diversifiés et individualisés, une logique de complémentarité entre les services de l'AFTC et d'être un pôle ressource pour les partenaires telles que la MDPH, les partenaires de l'insertion professionnelle… Ces axes de développement qui ont été expérimentés jusqu'alors font l'objet dans le cadre de la réécriture du projet de service de l'UEROS, d'une réflexion, d'une étude pour la validation de ces prestations et leur pérennisation dans la réorganisation de ce service.

Des besoins sont repérés et peuvent être un frein pour la venue à l'UEROS, tels que la possibilité d'hébergement sur Besançon. Un appartement dit « d'essai » est également expérimenté depuis plus d'un an pour permettre une solution d'hébergement à des stagiaires, et la possibilité de mise en situation pour évaluer les capacités d'autonomie dans les actes de la vie quotidienne. Cette nouvelle offre de service nécessite d'être structurée.

La réécriture du projet de service permet de consolider une culture commune de la prise en charge et de conforter la dimension collective et coopérative.

La démarche de réécriture du projet a pour ambition :

- d'inscrire les objectifs de ce projet dans le cadre des orientations générales affichées par le décret,
- de proposer des démarches d'accompagnement souples et diversifiées,
- de diversifier l'offre de nos prestations afin de mieux répondre aux besoins des usagers,
- de réinterroger la réalisation des Projets d'Accompagnement Personnalisé (PAP) et la participation du bénéficiaire dans l'élaboration de ce PAP,

- de consolider le travail interdisciplinaire mis en place,
- de s'appuyer sur la prestation hébergement temporaire pour les stagiaires n'ayant pas de possibilité de se loger sur place et de pouvoir utiliser l'appartement adapté mis à disposition par l'AFTC pour des mises en situation,
- de renforcer notre communication sur nos offres de service auprès des partenaires,
- de développer toutes formes de partenariat et d'inscrire notre action dans les réseaux existants ou à créer,
- d'évaluer nos méthodes de travail et nos outils afin d'améliorer la qualité du service rendu auprès des personnes en situation de handicap. Cela nécessite de poursuivre la démarche d'amélioration continue de nos pratiques,
- de renforcer la mission d'information, de sensibilisation auprès des partenaires sur les troubles cognitifs des personnes cérébro-lésées, en vue de développer un centre ressource.

III. OBJECTIFS ET MISSIONS

1. Objectif général

Article D312-161-2 du décret de mars 2009 :
« Ces unités contribuent à garantir la continuité de l'accompagnement de ces personnes en assurant les passages, au besoin itératifs, entre le secteur sanitaire, notamment en soins de suite et de réadaptation, le secteur médico-social et social, le secteur éducatif et le secteur du travail. »

L'UEROS accueille et prend en charge des personnes souffrant des séquelles d'une lésion cérébrale d'origine traumatique, vasculaires ou tumorale. Le service peut intervenir précocement, suite à la rééducation/réadaptation mais il peut également intervenir auprès de personnes qui sont à distance de leur lésion. Cela peut concerner soit, de jeunes adultes ayant eu une lésion dans l'enfance, soit des personnes dont le contexte environnemental, familial ou professionnel a changé, entraînant une rupture dans leur parcours.

Il s'agit de permettre à toute personne présentant une lésion cérébrale acquise, de se réinscrire dans une démarche de réinsertion sociale et/ou professionnelle prenant en compte les modifications inhérentes à la lésion et à son retentissement sur le plan de son environnement ainsi que les possibilités de récupération.

2. Missions

Les missions de l'UEROS répondent aux principes généraux définis dans le Décret n°2009-299 du 17 mars 2009 relatif aux conditions d'organisation et de fonctionnement des unités d'évaluation, de réentrainement et d'orientation sociale et socio-professionnelle pour personnes cérébro-lésées.

a) <u>Une mission auprès des bénéficiaires et de leurs proches</u>

- A la demande d'un professionnel ou d'une MDPH :
    - Accueillir, informer, conseiller, orienter la personne intéressée et ses proches,

- Mettre en œuvre des évaluations ciblées afin de déterminer la pertinence d'une orientation UEROS.

- Sur décision d'orientation de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées :
  - Procéder à une évaluation approfondie et transdisciplinaire des potentialités et difficultés du stagiaire, notamment en identifiant les troubles neuropsychologiques en termes cognitif, comportemental, relationnel et affectif, en vue de son insertion sociale, scolaire ou professionnelle ultérieure,
  - Accompagner, construire et mettre en œuvre un programme de réentrainement à la vie active qui doit permettre de consolider et d'accroître l'autonomie de la personne (accompagnement permanent, temporaire, séquentiel, à temps partiel ou complet sur une durée limitée à six mois par période de trois ans),
  - Construire avec la personne et son entourage un projet d'insertion sociale, incluant, le cas échéant, une intégration scolaire ou professionnelle en milieu ordinaire ou adapté,
  - Formuler l'orientation la plus appropriée pour la personne,
  - Assurer le suivi, pendant deux ans, des préconisations nécessaires à la réalisation de la réinsertion sociale ou professionnelle adaptée aux potentialités du sujet concerné.

b) <u>Une mission auprès des professionnels</u>
- Informer et sensibiliser les professionnels,
- Coordonner les interventions assurées par les autres acteurs de l'accompagnement de la personne en assurant les passages entre le secteur sanitaire, médico-social et social, le secteur éducatif et du travail,
- Apporter, lorsqu'elles en font la demande, leur concours aux équipes pluridisciplinaires des MDPH.

c) <u>Une mission auprès d'un environnement plus large</u>
- Participer à la formation initiale et continue des professionnels,
- Participer à des activités de recherche et de développement,
- Développer ou intégrer des réseaux nationaux ou européens et participer à leurs échanges et travaux.

IV. SPECIFICITES DE LA PERSONNE VICTIME D'UN TRAUMATISME CRANIEN OU DE LESIONS CEREBRALES ACQUISES

1. Population accueillie

Selon l'article D.312-161-2, l'UEROS accueille et accompagne *« les personnes dont le handicap, lié en tout ou partie à des troubles cognitifs ou des troubles du comportement et de la relation affective, résulte d'un traumatisme crânien ou d'une lésion cérébrale acquise »*

(accident vasculaire cérébrale, tumeurs cérébrales, pathologies médicales autres que dégénératives).

La lésion cérébrale acquise est à l'origine d'un handicap complexe, spécifique et multifactoriel qui se distingue des handicaps moteurs ou mentaux. Il est à l'origine de difficultés physiques, intellectuelles et psychologiques.
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.

Les déficiences spécifiques des personnes cérébro-lésées : *« des défauts de mémoire, absence de repère spatio-temporels, manque de capacité d'initiative ou d'autocensure, une perte d'identité, une grande fatigabilité, une difficulté de concentration, des variations de l'humeur, une irritabilité voire une agressivité parfois importante, une incapacité fréquente à se projeter dans l'avenir »*, (in Circulaire du 4 juillet 1996) peuvent se combiner et s'exprimer sur une large gamme qui peut laisser des séquelles légères à très graves.

Ces combinaisons variables de séquelles confèrent chaque fois une grande complexité d'approche et une singularité de handicap de la personne. Ce handicap peut avoir de lourdes répercussions sur la vie de la personne et conduire à des formes graves d'exclusion et de désinsertion. L'une des particularités des séquelles après une lésion cérébrale, tient au fait de l'intrication des troubles cognitifs avec les troubles psychologiques.
Au-delà du suivi médical et paramédical, la personne atteinte justifie alors d'une prise en charge globale et pluridisciplinaire associant un ensemble d'acteurs.

En ce qui concerne les personnes victimes de traumatisme crânien, l'UEROS accueille principalement des personnes relevant des niveaux GOS 2 et GOS 3, et également les personnes du niveau GOS 1 les plus touchées (cf. Circulaire du 4 juillet 1996).
Par extension, on peut s'appuyer sur l'échelle d'autonomie GOS (Glasgow Outcome Scale) pour définir 3 niveaux de handicap :

- Bonne récupération (niveau GOS 1) : La personne peut présenter des troubles cognitifs, de la mémoire, des fonctions exécutives et du comportement modérés. Elle retrouve généralement une vie autonome sur les plans personnels et sociaux, mais son insertion professionnelle est fragilisée par les séquelles. Une adaptation du poste de travail peut être nécessaire dans le cadre du milieu ordinaire. Un soutien de la reprise de l'activité professionnelle dans l'environnement déjà existant, des conseils d'adaptation voire des préconisations d'orientation sont à organiser. Les services d'insertion non dédiés peuvent s'avérer être en difficulté dans le suivi des personnes présentant ces séquelles.
- Handicap d'importance moyenne (niveau GOS 2) : La personne présente des séquelles cognitives et comportementales sévères qui justifient d'un suivi spécifique. Elle retrouve une certaine autonomie dans les actes essentiels de la vie courante mais les déficiences qu'elle présente sur le plan intellectuel, de la mémoire et du comportement nécessitent une aide et un accompagnement adaptés. La reprise d'une activité professionnelle passera par une période de réentrainement plus ou moins longue.

- Handicap sévère (niveau GOS 3) : La personne présente des troubles cognitifs et du comportement très invalidants. Elle est dépendante et peut nécessiter l'assistance permanente d'une tierce personne pour les actes de la vie quotidienne. Elle peut aussi présenter des séquelles motrices et/ou intellectuelles importantes. La reprise d'une activité professionnelle pourra être étudiée en milieu protégé. L'accent sera mis sur un projet d'autonomie sociale. Il y a nécessité d'adapter l'environnement (aides humaines, aides techniques).

2. Données à l'entrée et évolution des personnes accueillies

Caractéristiques de la population		2007		2010		2012	
Répartition H/F		HOMMES	FEMMES	HOMMES	FEMMES	HOMMES	FEMMES
		22	10	19	8	20	6
Moyenne d'âge à l'entrée à l'UEROS		32		31		32,7	
Répartition géographique des départ. d'origine	25	16		18		17	
	70	4		2		2	
	39	11		7		5	
	90	0		0		0	
	21	0		0		1	
	autres	1		0		1	

Nous constatons que le public accueilli reste jeune et majoritairement des hommes. Le nombre de personnes résidant hors du département du Doubs est plus faible, on peut penser que les problèmes de transport et d'hébergement sont de réels freins pour leur venue à l'UEROS.

Caractéristiques de la population		2007	2010	2012
GOS (Glasgow Outcome Scale)	léger	7	2	4
	moyen	21	12	12
	sévère	4	13	10
Etiologie	TC	25	15	15
	AVC	4	7	5
	Tumeurs et autres	3	5	6
Délai écoulé entre l'accident et l'entrée à l'UEROS	< 2 ans	12	1	1
	2 à 4 ans	8	9	4
	4 à 6 ans	2	7	5
	6 à 8 ans	1	2	5
	8 à 10 ans	2	0	1
	> 10 ans	7	7	10

Sur les trois dernières années, nous observons une augmentation du nombre de personnes relevant des niveaux de GOS moyen et sévère impliquant d'une part, de revoir les modalités de prise en charge mais aussi pour certaines, de réinterroger la pertinence d'une orientation vers l'UEROS, compte tenu de leurs difficultés à accéder à un projet d'insertion professionnelle, voire d'insertion sociale. Ce constat a contribué à la mise en place des évaluations ciblées afin d'apporter de premières indications aux MDPH sur l'adéquation de la réponse apportée par l'UEROS face aux troubles observés avant d'entamer des prises en charge plus longues.
De plus, cela nous conforte dans la nécessité d'affiner nos outils d'évaluation pour mieux cerner les besoins actuels du public cérébro-lésé dans sa diversité et poursuivre la

transversalité et la complémentarité entre les différents services permettant de proposer aux personnes la prise en charge la plus adaptée au meilleur moment de leur parcours.

Caractéristiques de la population		2007	2010	2012
Situation vis-à-vis de l'emploi à l'entrée à l'UEROS	Salarié	1	0	1
	Arrêt de travail	7	5	4
	dmd emploi	8	3	10
	Sans activité	15	19	11
Niveau de formation	Niv.I	2	1	0
	Niv. II	0	0	1
	Niv. III	1	2	2
	Niv.IV	3	3	6
	Niv. V	16	10	11
	Niv. Vbis	8	9	5
	Niv. 6	2	2	1

Les niveaux de formation du public restent faibles, et quand elles sont associées à des séquelles traumatiques, cela complexifie de manière importante les possibilités d'insertion professionnelle.

3. Spécificités du service lié à la complexité du handicap

Cet accompagnement doit tenir compte et soutenir le travail autour de l'acceptation de son handicap par la personne. Sa motivation et sa volonté sont primordiales pour engager un parcours de réinsertion socio professionnel.
Les propositions d'accompagnement sont élaborées à partir d'hypothèses en rapport avec l'évaluation afin de proposer des mises en situation mesurées et acceptables.
Elles doivent tenir compte d'une problématique complexe autour d'une articulation de multiples facteurs :

- Handicap,
- Comportement,
- Environnement social et familial,
- Motivation,
- Prise de conscience et acceptation.

Il est primordial de construire un accompagnement personnalisé qui tienne compte à la fois des capacités restantes, des ressources du milieu et des possibilités évaluées d'amélioration des troubles.
Les parcours sont nécessairement individualisés et l'expertise de l'UEROS doit pouvoir être mobilisée de façon souple et réactive.

V. PRESTATIONS DE SERVICE

Des parcours diversifiés (cf page suivante) peuvent donc être proposés aux personnes traumatisées crâniennes, cérébro-lésées ayant une orientation vers l'UEROS de la MDPH pour le parcours « classique » de prise en charge (évaluation approfondie, réentrainement, orientation, suivi) ou sans orientation de la MDPH pour les évaluations ciblées et le suivi professionnel renforcé.

1. Le pré-accueil

Avant toute admission, les personnes sont reçues pour un entretien de pré-accueil après réception de la notification C.D.A.P.H. ou sur simple demande de leur part, de leur famille et/ou de partenaires s'interrogeant sur l'éventualité d'une orientation.

Cet entretien individuel a pour objectifs de :

- faire connaissance avec la personne ainsi que sa famille (parcours avant l'événement traumatique, phase initiale du traumatisme, parcours, vécu depuis l'événement),
- repérer les freins et définir un délai d'entrée,
- savoir si les missions et exigences du stage UEROS correspondent à la (aux) demande(s) de l'intéressé(e),
- expliquer la finalité du stage,
- déterminer les capacités de la personne à suivre un stage tant sur le plan physique que psychologique,
- préciser, avec la personne, le moment opportun pour démarrer la prise en charge,
- organiser les modalités pratiques : rémunération, déplacements, hébergement…

Dans la mesure du possible, il est demandé à la personne que sa famille soit associée à cet entretien ou puisse être reçue dans un second temps. Cet entretien est réalisé par l'adjointe de direction et la psychologue clinicienne. Une consultation auprès du médecin neurologue intervenant pour l'AFTC est également proposée afin de déterminer si l'UEROS est une réponse adaptée au vu des éléments médicaux.

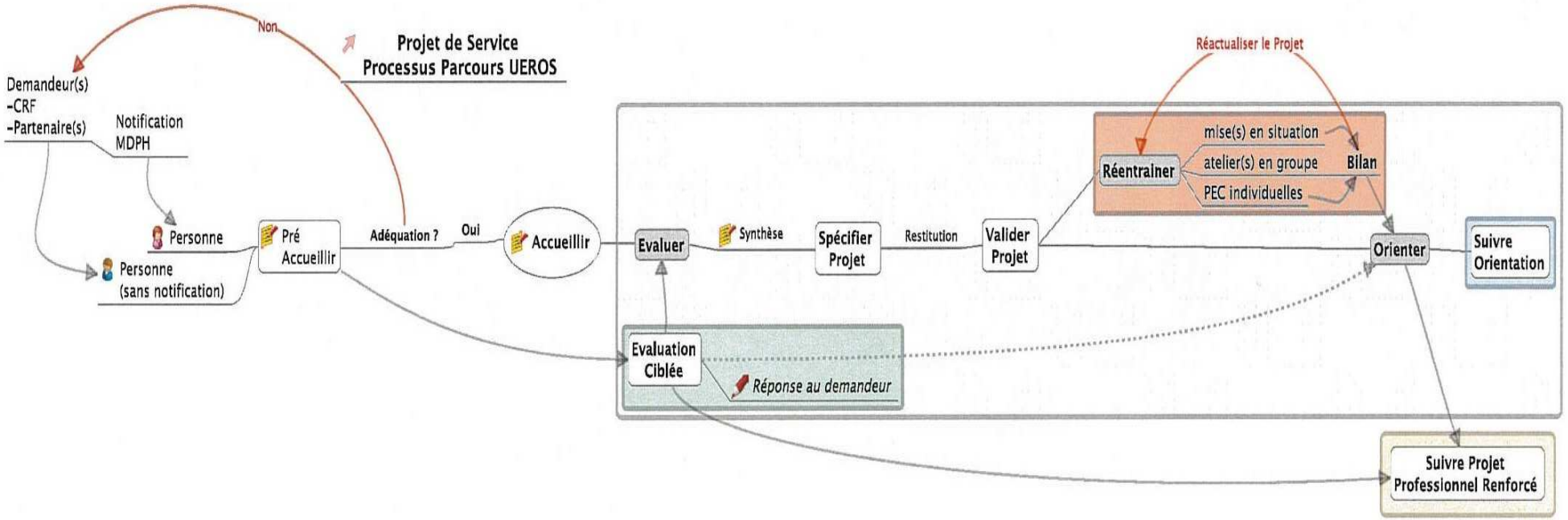
Lorsqu'à l'issue de cette rencontre, la pertinence de la prise en charge par l'UEROS est confirmée, une date d'entrée en stage est prévue.

Les professionnels évaluent, à deux mois maximum, le délai souhaitable entre ces deux étapes. Au-delà, les éléments recueillis perdent de leur pertinence et de plus, une attente plus longue risque de démobiliser le futur stagiaire.

Les critères qui valident l'admission pour une prise en charge sont les suivants :

- âge supérieur à 18 ans (16 ans avec dérogation),
- existence d'une lésion cérébrale acquise,
- phase de rééducation achevée ou en voie de stabilisation,
- identification d'une adhésion du bénéficiaire, de sa famille,
- dans le cadre d'une pathologie psychiatrique associée, celle-ci doit être stabilisée pour être compatible avec une vie en collectivité et l'élaboration d'un projet de vie réaliste.

En fonction des freins pouvant être repérés lors de cet entretien de pré accueil, tels que le transport, les moyens financiers, l'hébergement, l'ergothérapeute ou l'assistante de service social intervient en amont de l'admission pour une pré-évaluation de l'autonomie et rechercher avec la personne les solutions rendant possible son entrée à l'UEROS.



Parcours UEROS

2. Les étapes de la prise en charge UEROS

2.1. L'accueil et l'admission

L'accueil à l'UEROS est réalisé par l'adjointe de direction qui, lors de l'entretien, reprend avec la personne les objectifs de sa venue à l'UEROS tels qu'ils ont pu être prédéfinis lors de l'entretien de pré-accueil. Le livret d'accueil (avec en annexe La charte des droits et des libertés de la personne accueillie) est remis avec des informations pratiques ainsi que le règlement de fonctionnement. Les indications relatives au déroulement de la prise en charge sont apportées dans le Document Individuel de Prise en Charge (DIPC).

Cet entretien d'accueil est suivi par une visite des locaux et une présentation des différents professionnels.

2.2. L'évaluation

L'évaluation est la première étape de la prise en charge dans l'unité. Elle est progressive sur une période de trois semaines environ. Elle doit permettre d'identifier les troubles neuropsychiques en termes cognitif, comportemental, relationnel ou affectif de chaque stagiaire[1].

Elle est effectuée de manière globale, individuelle, personnalisée et approfondie par une équipe pluridisciplinaire : médecin, neuropsychologue, psychologue du travail, psychologue clinicienne, ergothérapeute et assistant de service social.

Elle cherche à redonner une unité à la personne en reconstituant son histoire personnelle, professionnelle et médicale avant, pendant et depuis la lésion. Elle sert à cerner les potentialités, sur lesquelles il sera possible de s'appuyer, mais aussi les séquelles résiduelles, dans l'objectif de construire un projet d'insertion cohérent en adéquation avec les motivations, l'environnement et les capacités de la personne.

L'équipe utilise :

- des tests homologués,
- des mises en situation concrètes.

Ceux-ci permettent une meilleure compréhension des fonctions lésées et des ressources mobilisables de la personne dans ses différentes sphères : cognitives, connaissance générale, acquis professionnels, ressources environnementales et personnelles.

Une restitution individuelle de l'évaluation est systématiquement réalisée par les professionnels au stagiaire. Avec son accord, elle peut également se faire à son entourage proche ou au partenaire qui l'a orienté vers l'unité. Celle-ci permet de définir et de contractualiser le Projet d'Accompagnement Personnalisé (PAP).

Un professionnel référent est nommé à ce moment-là. Ce dernier est l'interlocuteur privilégié du stagiaire dans le cadre de son projet d'accompagnement personnalisé. Il aide celui-ci à bien cerner les enjeux des objectifs de son projet, tout au long de sa prise en charge. Il peut solliciter des points entre le stagiaire, sa famille, l'équipe s'il y a nécessité de réajustements.

[1] Les personnes prises en charge par l'UEROS bénéficient du statut de stagiaires de la formation continue.

Il s'assure de la rédaction des différents écrits devant être réalisés durant la prise en charge (bilan, point de situation etc.) ceci en lien avec les autres membres de l'équipe. Vis-à-vis des partenaires extérieurs, chacun des professionnels garde la spécificité de son domaine d'intervention (emploi, santé, mesure de protection etc.), mais le référent veille à la cohérence globale des différents projets faits avec et/ou pour la personne prise en charge.

2.3. La structuration des domaines d'évaluation

Domaines d'évaluation	Modalités	Professionnels concernés
Fonctions cognitives • Langage • Gnosie • Mémoire • Fonctions exécutives • Capacités attentionnelles • Efficience intellectuelle • Comportement	Passation individuelle Tests standardisés Questionnaires d'auto et hétéro-évaluation Entretiens Mises en situation pratique Approche globale de l'équipe	Neuropsychologue Ergothérapeutes Psychologue du travail Psychologue clinicienne
Autonomie • Quotidienne • Sociale • Environnement socio-familial • Administrative, budgétaire • Dans les loisirs • Dans les déplacements • Habitudes de vie	Entretien individuel Mise en situation pratique Contacts avec partenaires et en premier lieu l'entourage	Assistante de service social Ergothérapeutes
Capacités physiques	Evaluation sportive Mises en situations pratiques	Ergothérapeutes Educatrice sportive
Dimension psycho-affective • Rôle de la personnalité antérieure • Impact de la dimension traumatique sur le plan psychique • Prise en compte de la dimension familiale • Aspects comportementaux et relationnels	Entretiens individuels Tests standardisés Entretiens avec la famille	Psychologue clinicienne

Capacités mobilisables • Capacités antérieure • Niveau de formation initiale • Capacité d'apprentissages nouveaux • Motivation, expression des attentes en lien avec le projet de vie	Entretiens individuels Tests standardisés Mises en situation pratique	Psychologue du travail Neuropsychologue Ergothérapeutes Psychologue clinicienne Assistante sociale
Dimension professionnelle • Respect des consignes • Habilités manuelles • Organisation du poste de travail • Utilisation d'outils • Intérêts personnels • Compétences • Intérêts et motivations professionnelles	Mise en situation pratique en groupe ou en individuel Entretien individuel	Psychologue du travail Ergothérapeutes

2.4. L'élaboration des projets/orientations

L'élaboration du projet de chaque stagiaire est un processus continu tout au long du stage. La participation des stagiaires tout au long de la démarche du projet les concernant est recherchée.

Le projet se construit ainsi avec la prise en compte :

- des acquis scolaires et professionnels du stagiaire,
- de ses potentialités cognitives et physiques et de ses capacités à les mobiliser,
- de ses motivations,
- de son environnement,
- du travail pluridisciplinaire de l'équipe sur le plan cognitif, comportemental, relationnel,
- du réentraînement mis en œuvre et de ses effets,
- des mises en situation.

Pour valider chaque projet, il est nécessaire d'en vérifier la pertinence plusieurs fois, par le biais de mises en situations pratiques, et en situation réelle, du fait de la complexité des troubles cognitifs et neurocomportementaux, qui sont difficiles à appréhender par l'entourage et souvent niés par la personne, en raison notamment du phénomène d'anosognosie (incapacité pour un patient de reconnaître la maladie ou la perte de capacité fonctionnelle dont il est atteint).

Certains stagiaires arrivent avec un projet peu compatible avec les évaluations menées. Le travail de l'équipe de l'UEROS va alors consister à les accompagner vers une insertion réaliste. Elle peut être sociale et /ou professionnelle en milieu ordinaire ou protégé.

Tout cela s'inscrit dans le cadre d'une démarche de co-construction issue du dialogue régulier entre la personne et l'équipe tout au long du parcours, prenant en compte la constante évolution.
On distingue donc, deux types de projets :

- le projet à visée sociale,
- le projet à visée professionnelle.

Le projet à visée sociale

Le projet à visée sociale s'adresse aux personnes, qui gardent des séquelles ne leur permettant pas d'avoir une activité professionnelle en milieu ordinaire ou protégé, ou ne souhaitant pas intégrer le milieu professionnel protégé.

Les objectifs sont :

- d'apporter écoute et soutien pour permettre l'expression et l'appropriation progressive des pertes, des changements profonds générés par le vécu de la lésion cérébrale et de ses conséquence,
- de rechercher des activités socialisantes, valorisantes et occupationnelles adaptées au degré d'autonomie,
- de permettre à la personne de retrouver un statut social.

Pour atteindre ces objectifs, l'UEROS :

- met en place une prise en charge psychologique au sein de l'Unité,
- recherche des activités non lucratives et évalue la faisabilité de celles-ci par des mises en situation dans l'environnement proche de la personne,
- contacte des structures de type occupationnel (accueil de jour, GEM etc.) en mettant en œuvre les moyens nécessaires pour faciliter l'intégration : visite du service, mise en place de partenariat, accueil provisoire, information sur la spécificité des lésions cérébrales etc.
- met en place un réentraînement soutenu pour améliorer l'autonomie par l'automatisation de certaines tâches de la vie quotidienne, la recherche et la validation d'aides humaines et techniques,
- met en place les relais partenaires.

Le projet à visée professionnelle

Les objectifs sont :

- individualiser le parcours du stagiaire en lui permettant d'avancer à son rythme en fonction d'objectifs déterminés en commun,
- rechercher, clarifier les motivations professionnelles, et aider la personne à ajuster son projet entre ses motivations profondes, ses capacités et ses compétences,
- préciser sa représentation de l'activité professionnelle, sa faisabilité et proposer au besoin des mises en situation,
- faire l'inventaire des postes possibles pour la personne et des compétences requises pour ceux-ci.

Pour atteindre ces objectifs, l'UEROS :

- met en place un suivi psychologique au sein de l'Unité,
- met en place un réentraînement soutenu pour améliorer l'efficience des fonctions cognitives dans le cadre d'activités à visée professionnelle,
- recherche, valide et met en place les aides humaines et techniques nécessaires,
- propose des mises en situation sur des postes de travail en entreprises en milieu ordinaire ou protégé,
- propose des entretiens d'accompagnement,
- met en place les relais partenaires.

Il est souvent nécessaire de travailler ces deux aspects en fonction de là où en est la personne.
Les lignes directrices de ces projets sont consignées dans le **Projet d'Accompagnement Personnalisé** (PAP), à l'issue de l'évaluation initiale, et sont amenées à évoluer tout au long de l'accompagnement.
Des temps de coordination hebdomadaire et les rencontres régulières permettent de faire le point sur la pertinence des objectifs et remettre à jour, si nécessaire, le PAP.

2.5. Le réentrainement *(cf. tableaux pages suivantes)*

Selon l'article Art. D.312-161-5 du décret de 2009, *« Le programme de réentraînement mentionné au 3° de l'article D. 312-161-3 vise, notamment, à optimiser les capacités cognitives et comportementales des personnes mentionnées à l'article D. 312-161-2 en vue de favoriser leur insertion sociale, familiale et, le cas échéant, scolaire ou professionnelle en milieu ordinaire, protégé ou adapté. »*
« Il comprend des évaluations, des ateliers et des mises en situation progressives de vie familiale, sociale, scolaire ou professionnelle. »

Le réentraînement est effectué en fonction des capacités de la personne et de ses projets.
Il peut se faire à différents niveaux :

- pour améliorer les fonctions cognitives, l'autonomie, les capacités physiques et les habilités par rapport au milieu de travail ou de la formation,
- pour permettre à la personne de prendre conscience de ses difficultés et de ses capacités dans la réalité quotidienne,
- dans la recherche de compromis de solutions nouvelles et diverses pour arriver à un projet validé par tous : personne concernée, environnement proche, intervenants.

Il s'inscrit dans le projet d'accompagnement personnalisé du stagiaire et sa durée est fonction des objectifs à atteindre.

Ce réentraînement se déroule au travers d'activités individuelles et collectives au sein de l'Unité ou dans le cadre d'une immersion en milieu associatif ou professionnel. Ces activités sont diverses (cf. tableau, page suivante).
Les modalités de réentraînement sont adaptées en fonction du projet de chacun, élaboré avec le stagiaire et l'équipe lors de la synthèse du bilan d'évaluation et des points d'accompagnement.

Activités de réentraînement

	Activités ou ateliers proposés	Objectifs	Mode d'intervention	Intervenants
COGNITIF	Atelier de remédiation cognitive	Réactiver les capacités d'apprentissage Ré entraîner les capacités attentionnelles Stimuler et soutenir l'effort intellectuel	Programmes diversifiés, personnalisés et adaptés, établis en fonction des capacités du stagiaire et ajustés à la spécificité de ses troubles (rythme, fréquence, durée…)	Psychologue du travail
	Remise à niveau	Améliorer le niveau des connaissances générales	Soutien en mathématiques, français et/ou informatique	En partenariat avec les APP
	Atelier informatique	Initier ou se perfectionner à l'utilisation de l'outil informatique	Programme personnalisé en fonction des acquis antérieurs et des capacités résiduelles Recherche d'un atelier à l'extérieur	Intervenant extérieur (Neuropsychologue)
	Groupe mémoire	Réentraînement des capacités mnésiques (MDT) ou propositions d'aides palliatives.	Programmes personnalisés en groupe et en individuel adapté aux capacités du stagiaire en utilisant différents supports.	Neuropsychologue
COGNITIF	Sorties dans le cadre du groupe mémoire	Réentraînement des capacités mnésiques, en particulier mémoire épisodique.	Mise en situation pratique et écologique.	Neuropsychologue Ergothérapeute
	Groupe planification	Réentraînement des capacités exécutives et attentionnelles.	Programmes personnalisés en groupe adapté aux capacités du stagiaire en utilisant différents supports, par exemple le jeu.	Neuropsychologue
	Groupe audio-visuel	Réentraînement des capacités attentionnelles, mnésiques (en particulier épisodique et sémantique)	Programmes personnalisés en groupe et en individuel adapté aux capacités du stagiaire en utilisant différents supports.	Neuropsychologue
AUTONOMIE	Activités dans les actes de la vie quotidienne	Optimiser l'autonomie Mettre en place des moyens de compensation	Mise en situation pratique dans tous les actes de la vie quotidienne (activités domestiques, repas…)	Ergothérapeute

	Atelier social	Faire connaître les droits juridiques, organismes sociaux, Favoriser les échanges et la prise d'autonomie dans les démarches.	Information/formation pratique et concrète, adaptée aux capacités de chaque personne	Assistante de service social
	Gestion administrative et financière	Favoriser le suivi budgétaire et les démarches administratives. Mettre en place des moyens de compensation	Entretiens individuels sur la situation propre de chaque stagiaire	Assistante de service social
	Activités sportives	Optimiser l'endurance et les capacités physiques	Activités adaptées aux capacités de chaque stagiaire	Intervenant extérieur
COMMUNICATION RELATIONNEL	Groupe de parole	Favoriser l'expression individuelle et des capacités relationnelles en groupe. Proposer un espace de régulation du groupe stagiaire.	Temps d'expression collectif régulé par la psychologue	Psychologue clinicienne
	Ateliers d'arts plastiques	Favoriser l'expression et la réassurance de soi	Activités diversifiées répondant aux intérêts de chaque stagiaire	Ergothérapeute et intervenant extérieur
	Sorties dans le cadre du groupe social	Favoriser le lien avec les organismes sociaux extérieurs Se repérer, savoir où et à qui s'adresser pour l'accès aux droits	Visite et mise en situation pratique (CPAM, CAF, Mutuelles…)	Assistante de service social Ergothérapeute ou neuropsychologue
	Visites : musées, expositions	Favoriser l'ouverture sociale et culturelle	Visites collectives accompagnées	Ergothérapeute
	Atelier de médiation avec un intervenant extérieur (théâtre, photos…)	Favoriser la communication et l'expression	Travailler différents domaines d'intérêt	Intervenant extérieur
APTITUDES SOCIO PROFESSIONNELLES	Atelier de réentraînement des aptitudes gestuelles et du maintien d'une activité	Améliorer les aptitudes au niveau des fonctions attentionnelles exécutives, de concentration et de respect des consignes	Prise en charge personnalisée mais non individualisée sur des ateliers manuels (bois, carton…) et de bureautique	Ergothérapeute
	Mises en situation professionnelles	Prendre contact avec les exigences du milieu de travail (ponctualité, rythme, assiduité, relations avec l'autorité…)	Recherche et accompagnement de stage en entreprise	Psychologue du travail + technicien d'insertion

En phase de réentrainement, deux grandes modalités sont à disposition pour répondre au mieux aux objectifs :

- Collectives : suivant les activités, les prises en charge se font au sein de groupes variant de 4 à 7 personnes,
- Individuelles : chaque stagiaire peut également bénéficier de temps de prises en charge individuelles (mises en situation, autonomie, orientation, etc.), de soutien dans le cadre de la reconstruction et de l'étayage des troubles séquellaire.

Dans le cadre des activités de groupe, on peut identifier 3 types d'accompagnement en fonction des capacités d'autonomie du stagiaire et de l'activité elle-même :

- autoformation : le stagiaire peut travailler de manière autonome, seul, en utilisant les ressources matérielles à sa disposition,
- travail assisté : le stagiaire va requérir de manières régulière ou ponctuelle l'aide d'un professionnel pour mener l'activité à son terme,
- reprise individuelle : le stagiaire requière la présence continue du professionnel pour mener l'activité à son terme.

2.6. Le suivi

Il a pour objectif, lors d'entretiens avec le stagiaire et, le cas échéant, sa famille, de veiller au déroulement des projets validés sur un plan social ou professionnel et proposer un étayage psychologique le temps nécessaire. Il peut avoir lieu au sein de l'Unité, si nécessaire au domicile du stagiaire ou en entreprise.
Dans le cadre de ce suivi, des entretiens peuvent être proposés aux partenaires de l'insertion sociale et/ou professionnelle dans le but de les informer sur la spécificité des troubles cognitifs et neurocomportementaux. Sauf situation particulière, ces entretiens sont réalisés en présence du stagiaire.
Suivant le projet, des temps d'activités peuvent être poursuivis dans l'Unité à la demi-journée ou journée afin de maintenir l'engagement du stagiaire dans son projet.
Le suivi est conduit par l'UEROS avec différents partenaires :

- au niveau professionnel : Pôle Emploi, Cap Emploi, Mission Locale Espace Jeune, SAMETH des lieux de résidence des stagiaires etc.
- au niveau social : avec les services sociaux, les associations, les structures de loisirs etc.

3. Des offres de service pour adapter les parcours au plus près des besoins

3.1. Les évaluations ciblées

En fonction des demandes et au regard des profils différents, l'UEROS a mis en place une offre de service pour répondre au plus juste à la problématique sur prescription directe des partenaires. Il s'agit de l'évaluation ciblée. Cette prestation nous permet d'étendre notre action à des personnes qui sont déjà dans un projet d'insertion sociale ou professionnelle mais qui présentent des difficultés dans cette insertion que ce soit en milieu ordinaire ou protégé.

Elle s'adresse à des personnes présentant une lésion cérébrale acquise :

1/ pour lesquelles il faut évaluer la pertinence d'une orientation UEROS,
2/ pour lesquelles la question du maintien dans l'emploi se pose,
Elle permet d'apporter une expertise dans l'évaluation des possibilités d'adaptation de poste ou de reclassement professionnel.
Elle ne requiert pas une orientation MDPH,
3/ D'apporter une expertise au regard des troubles cognitifs auprès des partenaires mobilisés par un maintien dans l'emploi ou relevant de dispositifs d'insertion,
4/ D'identifier si la personne a besoin d'être évaluée, de consolider ou de développer ses capacités d'autonomie,
5/ D'identifier les actions à mettre en œuvre en cas de réorientation dans le secteur médical, médico-social, professionnel.

Les modalités

- Un entretien de pré-accueil pour préciser la demande ;

- Contenu de l'évaluation : 4 demi-journées
  - Une évaluation neuropsychologique,
  - Un entretien psychologique,
  - Une étude du parcours professionnel par la Psychologue du travail,
  - Une évaluation sociale,
  - Une évaluation ergothérapique en fonction de la demande,
  - Une consultation médicale.

- Une synthèse et restitution à la personne ;
- La réalisation d'un bilan écrit ;
- Un point avec les partenaires.

3.2. Le suivi professionnel renforcé

Dans le cadre de l'UEROS, l'aboutissement du projet d'insertion professionnelle vers un emploi nécessite parfois de maintenir la continuité de l'accompagnement individualisé et personnalisé, et de proposer une médiation auprès des employeurs afin de consolider la phase d'élaboration du projet professionnel ou de soutenir la phase d'intégration en entreprise. Il faut du temps pour consolider et ajuster les essais et l'adhésion aux moyens de compensation mis en place avant de stabiliser l'intégration sur un poste de travail. C'est ce qui nous a conduits à proposer une prestation de suivi professionnel renforcé.

Cette prestation s'adresse aux personnes pour lesquelles le projet d'insertion professionnelle doit être soutenu de manière régulière et ajustée en lien avec les préconisations du bilan UEROS :
- soit après la phase d'évaluation,
- soit après la sortie du dispositif UEROS.

Ce dispositif est ajusté en fonction de la complexité des troubles et de leur impact au niveau de l'insertion professionnelle en assurant un rôle facilitateur auprès des employeurs dans la prise de fonction :

- en les informant sur les troubles,
- en leur proposant la mise en place de moyens de compensation,
- en se positionnant comme médiateur, si besoin, en cas de difficultés comportementales,
- en favorisant l'accès aux dispositifs d'insertion professionnelle en lien avec les opérateurs existants.

Les Modalités

- Entretiens bimensuels,
- Accompagnement systématique lors des premiers contacts avec l'entreprise,
- Premières rencontres formalisées avec les employeurs puis à la demande en fonction des difficultés rencontrées,
- Proposition d'information et sensibilisation sur les troubles cognitifs aux équipes de travail concernées,
- Evaluation de la situation de travail et propositions d'aides techniques ou humaines,
- Coordination avec les autres opérateurs dans le champ de l'insertion professionnelle (Cap emploi, SAMETH, Organismes de formation etc.),
- Bilan trimestriel,
- Montage des dossiers administratifs.

VI. ORGANISATION DES PRESTATIONS

1. Principes fondant les pratiques et des choix organisationnels

1.1 Actions favorisant la bientraitance des bénéficiaires

La bientraitance est une démarche collective pour identifier l'accompagnement le meilleur possible pour le bénéficiaire, dans le respect de ces choix et dans l'adaptation la plus juste à ses besoins.
Pour la mettre en œuvre, l'ANESM a identifié des repères :

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

Au sein de l'UEROS, cette démarche se traduit par :

- La participation active de la personne tout au long de sa prise en charge en garantissant : la réelle liberté de choix, un accompagnement au développement de l'autonomie, l'élaboration avec la personne d'un projet d'accompagnement personnalisé, les moyens d'expressions individuels et collectifs,
- La mobilisation de l'environnement du bénéficiaire et de l'institution se traduisant

par : l'accueil des proches, l'information et le conseil, la participation des proches aux bilans, la sollicitation de partenaires extérieurs et de compétences spécifiques,

- Le soutien apporté aux professionnels dans leur démarche de bientraitance : participation sur la base du volontariat à un groupe d'analyse de la pratique animé par une psychothérapeute (intervenante extérieure).

1.2 Application des droits des usagers

La loi n°2002-02 du 2 janvier 2002 de rénovation de l'action sociale et médico-sociale et ses décrets d'application ont créé un certain nombre d'outils et d'instances dont la mise en place est rendue obligatoire au sein des établissements. Ces outils et instances ont pour objectifs de renforcer et de promouvoir les droits des usagers accueillis. Les supports et instances sont les suivants :

- Le livret d'accueil,
- Le Document Individuel de Prise en Charge (DIPC),
- Le règlement de fonctionnement,
- La charte des droits et des libertés de la personne accueillie,
- La procédure d'accès au dossier par la personne accueillie (mentionnée dans le DIPC),
- La formalisation du Projet d'Accompagnement Personnalisé,
- La représentation de 2 stagiaires de l'UEROS au Conseil de la Vie Sociale de l'AFTC.

La réactualisation de certains des supports (livret d'accueil, PAP) est prévue et sera notée comme pistes d'améliorations de ce projet de service.

1.3 Parcours individualisés

La prise en charge « classique » peut être réalisée à titre permanent, temporaire ou selon un mode séquentiel, à temps complet ou partiel. Elle ne peut excéder une durée cumulée de 6 mois, soit 120 jours renouvelable une fois, par période de trois ans.

Le handicap cognitif et neurocomportemental a souvent des conséquences multiples, pénalisantes pour la personne. C'est pourquoi, le rythme et la fréquence de la prise en charge s'adaptent aux difficultés de fonctionnement que la personne rencontre : d'une part, pour favoriser la récupération et potentialiser les capacités quand la prise en charge est proche de la lésion et d'autre part, pour s'adapter à ses séquelles. Par ailleurs, les professionnels portent une attention particulière quant à leur attitude pour qu'elle soit adaptée à chaque stagiaire. Ce principe permet de prévenir au mieux les situations de rupture ou de crise tout en intervenant au rythme de chacun pour la concrétisation d'un projet.

Les prestations complémentaires (évaluations ciblées et suivis professionnels renforcés) s'inscrivent dans cette logique d'individualisation des parcours.

1.4 Organisation individuelle et collective

Pour mettre en œuvre ces différentes prestations, il convient de prévoir des modalités de prise en charge individuelles et collectives à mobiliser de façon personnalisée pour chaque usager en fonction de ses besoins et de son parcours.
Dans le cadre du projet de l'extension, il a été envisagé de dédoubler les ateliers collectifs et d'augmenter les temps de prise en charge individuelle pour que chaque stagiaire puisse continuer à bénéficier de la même qualité des interventions.

1.5 Temps de concertation

- **La réunion de coordination** : réunion hebdomadaire qui permet de faire un point sur la situation de chaque stagiaire, d'avoir une information partagée au niveau de l'équipe pluridisciplinaire sur les nouveaux éléments à prendre en compte dans le suivi de l'accompagnement, et le cas échéant de réajuster l'articulation des interventions des différents professionnels, de formaliser de nouveaux objectifs, de réadapter le planning des stagiaires. L'adjointe de direction est garante de la démarche de projet individualisé.

- **La réunion de synthèse** : avec l'extension elle devra être programmée sur un temps spécifique dans la semaine. Cette réunion est programmée pour chaque stagiaire à l'issue de la phase d'évaluation. Chaque professionnel restitue à l'équipe les conclusions de ses évaluations, ses observations. De la convergence de ces différents éclairages, des perspectives d'accompagnement se dessinent et sont échangées avec le stagiaire lors d'un entretien de restitution de synthèse.

- **L'entretien de restitution :** il est réalisé avec le stagiaire, sa famille si ce dernier en est favorable, et les professionnels concernés par le futur projet d'accompagnement. Dans un premier temps chaque professionnel transmet les conclusions de ses évaluations puis dans un deuxième temps, lors de l'échange avec le stagiaire, les objectifs et les modalités du projet d'accompagnement personnalisé sont définis.

- **Des points d'accompagnement :** afin d'adapter au mieux les actions et en fonction des analyses et les évaluations de l'équipe pluridisciplinaire, des points d'étape, d'accompagnement sont proposés aux stagiaires et à leur famille s'ils le souhaitent. Ces temps de dialogue pendant lesquels s'expriment des points de vue, des souhaits, permettent d'aboutir à un compromis, d'adapter le plan d'intervention, les moyens à mettre en œuvre, le rythme du projet.

2. Déclinaisons concrètes de l'organisation des prestations

2.1 Répartition de l'activité à réaliser

Dans le cadre de son extension, l'UEROS bénéficie de 20 places avec un nombre de jours d'ouverture estimé à 210 jours, soit au total **4 200** journées d'activité annuelle à réaliser qui seront réparties de la façon suivante sur les différentes prestations prévues.

Les parcours « classiques » de prise en charge (évaluation approfondie, réentrainement, orientation, suivi)
Le décret prévoit que la prise en charge de chaque stagiaire dure 120 jours, éventuellement renouvelable une fois.
29 stagiaires/an (renouvellements inclus), soit **3480** journées.
Dont les suivis sur 2 ans : 145 journées, la durée moyenne des suivis étant estimée à 5 demi-journées/an/stagiaire concerné.

Les évaluations ciblées
La durée globale d'une évaluation est de 10 journées.
Au regard des demandes des partenaires, en particulier des MDPH, dans le cadre de l'expérimentation, le nombre annuel d'évaluations ciblées est estimé à 40, soit au total **400** journées.

Les suivis professionnels renforcés
Chaque suivi professionnel renforcé dure 20 journées en moyenne sur l'année.
Au regard des besoins constatés et pris en compte dans le cadre de l'expérimentation, le nombre annuel de suivis professionnels renforcés est estimé à 16, soit au total **320** journées. Cette répartition de l'activité entre les différentes prestations pourra faire l'objet de réajustements dans le cadre de l'axe de progrès portant sur l'accompagnement de la pérennisation des nouvelles prestations.

2.2 Organisation du travail

L'organisation du travail a pour finalité d'utiliser le mieux possible les moyens humains dont nous disposons pour mener à bien les missions du service et réaliser l'activité attendue.
Les différentes prestations se déclinent pour les professionnels par :

- des interventions directes auprès des usagers (prises en charge individuelles et/ou collectives et les différents entretiens qui les ponctuent). Celles-ci sont estimées à 60 % environ du temps de travail ;
- des contacts avec les partenaires extérieurs (hors prise en charge directe) ;
- des réunions internes de coordination et synthèse ;
- des temps d'élaboration, préparation des interventions et rédaction des différents écrits.

2.3 Plannings hebdomadaires

Plusieurs plannings sont nécessaires pour rendre compte de l'organisation de l'activité de l'UEROS, car il convient d'articuler à la fois, le fonctionnement collectif du service, les individualisations des parcours et l'organisation propre à chaque professionnel pour mener à bien ses différentes interventions (cf. ci-après).

PLANNING des ateliers collectifs-UEROS DE FRANCHE-COMTE

Horaires	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
8h30 accueil		Accueil : psychologue	Accueil : neuropsychologue	Accueil : psychologue du travail	Accueil : ergothérapeute
9h00		Groupe de parole	Remédiation cognitive / Groupe ergo	Remédiation cognitive / Groupe AS	Groupe ergo / Groupe audio - visuel
9h30					
10h00	Informatique				
10h30		Remédiation cognitive / Groupe logique	Expression	Groupe AS / Remédiation cognitive	
11h00					Travail projet insertion sociale / Travail insertion professionnelle
11h30					
12h00	Pause déjeuner			Pause déjeuner	
12h30		Pause déjeuner	Pause déjeuner		Pause déjeuner
13h00					
13h30	Planning			Groupe MDT / Groupe ergo	
14h00	Groupe ergo / Sport	Groupe MDT / Groupe ergo	Groupe ergo / Travail insertion professionnelle		
14h30					
15h00				Arts plastiques	
15h30		Travail projet insertion sociale			
16h00					
16h30					

- Ergothérapeutes
- Psychologue du travail
- Neuropsychologue
- Psychologue clinicienne
- Assistant de service social
- Moniteur éducateur
- Chargé d'insertion
- Intervenants extérieurs

Mise à jour le 19/02/2014

PLANNING commun des professionnels-UEROS DE FRANCHE-COMTE

Horaires	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
8h30 accueil	Réunion de coordination	Accueil : psychologue	Accueil : neuropsy	Accueil : psychologue du W	Accueil : ergo
9h00		Évaluation ciblée : psychologue du travail			Évaluation ciblée : Psychologue du travail
9h30					
10h00					
10h30			Restitution médicale		
11h00		AS			Neuropsychologue
11h30			Pt service, point situations		
12h00					
12h30					
13h00					
13h30		Psychologue			
14h00					Rencontre familles / Ergo
14h30					
15h00				Réunion de synthèse	
15h30		Ergo			
16h00					
16h30					

Un exemple de planning de professionnel

Horaires	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
8h30-9h00	Réunion de coordination	Préparation	Préparation	Préparation	Préparation
9h-9h30			Groupe ergo 9h00-10h30	Evaluation Individuelle 9h00-12h00	Temps individuel ou Evaluation ciblée 9h00-11h00
9h30-10h		Evaluation individuelle 9h30-12h30			
10h-10h30					
10h30-11h			Restitution médicale 10h30-11h30		
11h-11h30					Elaboration, rédaction 11h00-12h30
11h30-12h			Point de service 11h30-12h30		
12h-12h30					
12h30-13h	Repas	Repas	Repas	Repas	Repas
13h-13h30	Préparation	Préparation	Préparation	Groupe ergo 13h00 - 15h00	Temps famille 13h00-14h00
13h30-14h	Planning		Temps individuel 13h30-15h30		
14h-14h30	Groupe ergo 14h00-16h30	Groupe ergo 14h00-16h00 ou Evaluation ciblée 14h30-16h30			Elaboration, rédaction 14h30-15h30
14h30-15h					
15h-15h30				Synthèses situations 15h00-17h00	
15h30-16h			Extérieur 15h30-17h00		
16h-16h30					
16h30-17h					
17h-17h30					
17h30-18h					
18h-18h30					

Ergothérapeute	37 h hebdo
Prise en charge collective	8h30
Prise en charge individuelle	10h
Prépa., élaboration, rédaction	8h
Réunions coord., synthèse	8h
Rencontre famille	1h
Démarches extérieures	1h30

3. Coordination avec le CHRU dans le cadre d'une convention

Des médecins neurologues du Pôle autonomie et Handicap du CHRU interviennent en complémentarité de l'équipe UEROS en réalisant au moment de l'admission, une consultation pour chaque stagiaire. Des temps de coordination, de restitution de ces consultations sont programmés chaque semaine et permettent l'articulation indispensable entre les besoins de soins et les actions de l'UEROS.

Les interventions des neurologues permettent également :

- la réalisation de bilans médicaux, des préconisations d'orientations de prise en charge thérapeutique, de prescriptions éventuelles,
- des liaisons, coordination avec le médecin traitant, les médecins spécialistes, le médecin de la MDPH, et le cas échéant, avec les autres professionnels de la santé,
- des indications sur les prises en charge à effectuer et sur la prise en compte des séquelles dans la vie professionnelle et sociale des bénéficiaires,
- des rencontres avec les familles si besoin.

Depuis le 19 juin 2012, l'AFTC bénéficie d'un agrément (renouvelable chaque année) pour accueillir un interne en neurologie à mi-temps au sein des locaux de l'AFTC. Sous la responsabilité du médecin, l'interne interviendra en direct auprès des bénéficiaires, des médecins traitants et autres professionnels de santé afin de fluidifier encore davantage la coordination des parcours de soins. Sa place très récente dans l'équipe nécessite d'être encore davantage définie.

VII. Ressources Mobilisées

1. Equipe pluridisciplinaire

Directeur : Il est chargé de la gestion globale de l'association et des services ainsi que du développement de projets. Il s'appuie sur le service administratif interne, les services supports de l'ADAPEI (paie, informatique) et les adjoints de direction pour mener à bien ses missions.

Adjoint de direction : il exerce un rôle fonctionnel par délégation de la direction.
Il assure l'animation de l'équipe.
Il est garant :

- de la cohérence et de la mise en œuvre des projets d'accompagnement de chaque stagiaire,
- du cadre de l'action, de la mise en œuvre le projet de service,
- de la cohérence pédagogique, il favorise l'entretien d'une dynamique dans l'équipe de travail et propose, en concertation des orientations dans le but de développer les capacités des bénéficiaires, de favoriser leur intégration dans la vie sociale et professionnelle.

Il est l'interlocuteur des institutions et des acteurs locaux.
Il est en charge des admissions, et gère les listes d'attentes.

Médecin : cf. p 34, coordination avec le CHRU.

Assistant des services : en lien avec l'adjoint de direction et les professionnels référents des différents stagiaires, il est chargé de la tenue de leurs dossiers et du suivi administratif de leur situation pendant leur prise en charge par l'UEROS.

Neuropsychologue : son activité au sein de l'UEROS repose principalement sur une évaluation des fonctions cognitives. A l'aide d'outils spécifiques et homologués, l'évaluation a pour but d'établir le profil exhaustif des déficits cognitifs et des capacités préservées de l'individu afin de déterminer son potentiel d'apprentissage.

Les principales fonctions évaluées sont la mémoire, les capacités attentionnelles et les fonctions exécutives.

Deux types d'évaluation sont réalisés :
- Pour les personnes venant directement d'un centre de rééducation, le bilan réalisé permet de comparer les capacités cognitives du patient et d'en mesurer la marge de progression, en tenant compte de la date du traumatisme crânien.
- Pour les personnes qui n'ont pas bénéficié de prise en charge précoce, le bilan neuropsychologique est réalisé à distance du traumatisme crânien et a pour principal objectif d'évaluer la répercussion des séquelles neurologiques sur le comportement et le quotidien de la personne. Il permet également d'estimer l'incidence des séquelles cognitives dans les activités de la vie quotidienne et professionnelle.

L'évaluation neuropsychologique, en précisant la nature et surtout la sévérité des déficits cognitifs, sert de base aux différents intervenants de l'UEROS dans l'orientation et l'établissement d'un projet personnalisé de réinsertion socioprofessionnelle. Il s'agit aussi d'aider l'individu à développer une meilleure conscience de ses capacités, de ses limites et de leurs répercussions dans sa vie quotidienne.

Le neuropsychologue assure également des temps de réentraînement des capacités mnésiques, attentionnelles et exécutives, en groupe ou en individuel, en fonction du projet de la personne.

Psychologue clinicien : son action se présente à différents niveaux :
- une estimation de la problématique avant l'entrée à l'UEROS lors du pré accueil,
Les pathologies psychiatriques pouvant être préexistantes mais le plus souvent secondaires ou décompensées suite au traumatisme,
- une participation aux réunions de synthèse dans le but d'une approche individualisante de chaque stagiaire et la participation à la construction de chaque projet,
- une prise en charge individuelle de soins psychiques dans le cadre de la poursuite de la reconstruction en proposant un étayage qui tienne compte et participe à l'amélioration des troubles séquellaires,
- une écoute et un soutien psychologique des familles dont l'équilibre est bouleversé,
- l'animation d'un groupe d'expression avec les stagiaires support d'un travail sur les capacités relationnelles limitées par la présence de troubles du comportement,
- la régulation du groupe stagiaire.

Dans le cadre de la clinique psychopathologique des personnes cérébro-lésées, l'attention est retenue par les séquelles psycho-affectives (apathie, labilité de l'humeur, troubles dépressifs, crises d'angoisse, productions pseudo délirantes interprétatives, altération du sens des valeurs) ainsi que par les troubles du comportement marqués par une irritabilité excessive, de l'agressivité avec des accès de colère disproportionnés, une impulsivité ou des aspects portant sur la désinhibition.

L'évolution psychique globale peut permettre l'amélioration des troubles du comportement.

Psychologue du travail : son activité consiste à :

- effectuer le bilan des aptitudes cognitives à l'aide d'outils spécifiques proposant de mesurer l'intelligence dans ses dimensions les plus essentielles, en privilégiant toutefois les aspects relatifs aux produits des apprentissages.
  Un premier niveau de différenciation se fonde sur le contenu des problèmes pour s'intéresser aux aptitudes verbales, spatiales et numériques et un second se base sur le niveau de complexité des tâches selon qu'elles accentuent les processus d'inférences (flexibilité de l'adaptation aux problèmes) ou exploitent plutôt des processus supposés plus élémentaires mais non moins importants, comme la vitesse perceptive ou encore l'application de règles résultant d'apprentissages scolaires,
- favoriser l'émergence du projet professionnel (travail d'orientation, bilan des motivations et des compétences etc.),
- accompagner l'élaboration du parcours socioprofessionnel,
- coordonner et assurer le suivi avec les structures relais, les organismes de formation et les entreprises afin de construire avec l'intéressé et son entourage, un projet d'insertion socio-professionnel en adéquation ses potentialités,
- analyser la relation entre les incapacités des personnes ayant subi un traumatisme crânien ou une cérébro-lésion et le retour au travail, phénomène complexe et influencé par une multitude de variables reliées tant à la personne qu'à son environnement,
- assurer également des temps de ré-entraînement au niveau cognitif (remédiation) et au niveau professionnel (mises en situation).

Ergothérapeute : professionnel de santé, il apporte à l'équipe transdisciplinaire des compétences spécifiques, en ce qui concerne l'impact des déficits sur les rôles sociaux et les habitudes de vie d'un individu dans son environnement.
L'ergothérapeute tend à ce que la personne puisse accomplir toutes les activités humaines effectuées dans le but de remplir une fonction ou un rôle particulier : prendre soin d'elle, contribuer à l'édifice social et économique de la collectivité et se divertir.
Il tente de rendre l'activité possible notamment par la mise en place des moyens de compensation, des aides humaines et techniques.
Dans le cadre de la prise en charge des stagiaires à l'UEROS, l'ergothérapeute effectue :
- une évaluation des capacités physiques et fonctionnelles à travers des mises en situations d'activités. Celles-ci permettent aussi bien d'apprécier les facultés motrices de la personne (minutie, dextérité, coordination bi-manuelle, etc.) que son potentiel cognitif (mémoire,

attention, praxies, jugement, comportement, fonctions exécutives etc.), et cela en situation réelle,
- une évaluation du niveau d'autonomie de la personne en situation écologique,
- une évaluation des intérêts occupationnels.
L'ergothérapeute assure également des temps de réentrainement en groupe et/ou en individuel concernant:

- les aptitudes gestuelles et maintien d'une activité,
- le réentrainement sur des tâches professionnelles,
- des activités socialisantes (= avoir un rôle dans la cité).

L'ergothérapeute va pouvoir également accompagner le stagiaire lors des mises en situations professionnelles extérieures sur l'éventuel aménagement du poste de travail (adaptations, aides techniques, tutorat etc.).
L'activité de l'ergothérapeute se poursuit hors des murs de l'unité pour tisser les liens avec les partenaires, développer et concrétiser les projets des stagiaires au niveau social (bénévolat, loisirs, etc.).

Assistant de service social : Il effectue pour chaque stagiaire, une évaluation sociale visant à:

- vérifier l'accès à tous les droits,
- évaluer son degré d'autonomie dans sa gestion administrative et financière,
- évaluer les autres problèmes d'ordre social pouvant perturber son autonomie (ex : logement etc.).

Il assure l'accompagnement social des stagiaires quand leur situation le justifie, tout en s'appuyant sur un travail éventuel avec l'entourage :

- aide à l'accès aux droits (prestations MDPH, CAF, CPAM),
- favorise l'accès à la rémunération de stage au titre de la formation professionnelle,
- soutient dans les domaines budgétaires, financiers, juridiques…,
- recherche des soutiens extérieurs,
- travaille en collaboration avec les partenaires,

Parallèlement, il anime des actions collectives pour favoriser l'échange, le partage où chacun peut faire part de ses expériences, de ses difficultés pour gérer les démarches administratives ou financières. C'est un atelier où les stagiaires peuvent trouver des conseils pour lire, rédiger des courriers. Il a pour vocation d'apprendre aux participants à être autonomes dans leurs démarches.
Enfin, il participe avec les autres professionnels, à l'élaboration du projet social et professionnel des stagiaires.

Technicien d'insertion : il travaille en étroite collaboration avec le psychologue du travail. Il contribue à l'élaboration et à la mise en œuvre des projets d'insertion socio-professionnelle des stagiaires. Il peut être amené à rechercher des lieux de stages, à accompagner l'intégration des personnes en entreprise ou dans le secteur protégé. Il mobilise les moyens administratifs, réglementaires facilitant l'accès ou le maintien dans un emploi. Il développe des partenariats avec les services et structures d'insertion professionnelle et il développe un répertoire d'entreprises.

Moniteur éducateur : en lien avec l'ergothérapeute, il propose des activités adaptées dans le cadre du réentraînement à l'autonomie sociale.
Il assure l'animation des moments non dédiés spécifiquement aux prises en charge : gestion des temps libres en fin de journée et si besoin, accompagnement des personnes hébergées.

2. Moyens matériels

L'UEROS dispose de plusieurs salles d'activités, de bureaux de professionnels permettant de réaliser, de façon concomitante, des prises en charge individuelles et collectives. Une salle est mise à disposition des stagiaires pour les temps « hors prise en charge » et pour leur repas. Ils peuvent également bénéficier de l'accès d'une salle de repos. Un bureau de réception est utilisé pour les différents entretiens ponctuant les prises en charge. Une partie de ces locaux est mutualisé avec les autres services bisontins de l'AFTC : le SAMSAH et l'Accueil de jour.
L'UEROS dispose également de véhicules pour les déplacements des professionnels et le cas échéant, l'accompagnement des usagers.

3. Appartement pour des hébergements temporaires des évaluations

Certaines UEROS peuvent être dotées d'un internat, ce qui n'est pas le cas pour l'UEROS de Franche Comté. Afin de permettre l'hébergement de stagiaires résidant hors de Besançon et sa couronne, celles-ci ont recours aux Foyers de Jeunes travailleurs. Cette possibilité d'hébergement reste très limitée car elle est seulement ouverte aux jeunes de moins de 26 ans, et sur dérogation pour des plus de 26 ans.
Une expérimentation en 2012-2013 dans le cadre d'une convention avec l'ADAPEI, a permis l'utilisation d'un appartement dans le quartier de Planoise de Besançon pour des mises en situation et des hébergement temporaires. Cette expérimentation a confirmé la nécessité de répondre au besoin d'habitat, d'hébergement temporaire, et d'engager une démarche de projet habitat adapté pour les bénéficiaires de l'UEROS et du SAMSAH.
A ce jour, l'AFTC est locataire de cet appartement qui est mis à la disposition des usagers de ses différents services, dont les stagiaires de l'UEROS pour :

- **un hébergement temporaire** des personnes qui, compte tenu de leur âge et/ou de leur problématique, ne peuvent être hébergées en foyer de jeunes travailleurs. Par le biais de cet hébergement, des évaluations et des vérifications des capacités d'autonomie peuvent être réalisées. Il est repéré la nécessité d'un suivi de cet hébergement, d'un accompagnement du stagiaire dans son installation, dans l'organisation de ses temps libres hors prise en charge UEROS, par un professionnel tel qu'un moniteur éducateur.
- **des mises en situations** permettant de mettre en situation réelle les personnes, afin de préciser leurs capacités en termes d'autonomie et les besoins éventuels de moyens de compensation pour la gestion de leur quotidien dans un appartement autonome.

4. Rémunération des personnes accueillies

L'UEROS possède un agrément du Conseil Régional au titre de la rémunération des stagiaires de la formation professionnelle continue.
Les stagiaires, qui ne sont pas ou plus en contrat de travail, peuvent prétendre à une indemnisation pendant la durée de leur stage.
Une demande de rémunération au titre de la formation professionnelle est complétée avec l'assistante de service social et adressée directement à l'ASP (agence de services et de paiement).
Cette rémunération ne pouvant être versée que durant la phase de réentrainement permet de défrayer le stagiaire des frais occasionnés par le stage à l'UEROS : frais de transport, d'hébergement, de nourriture. Cette ressource financière conditionne pour la plupart la possibilité de venir à l'UEROS. Dans le cadre des échanges avec le Conseil régional, il est mis en avant l'importance de ce statut pour le stagiaire en lien avec l'attribution de la rémunération.

5. Partenariat

Le travail en réseau est une recommandation forte, voire une exigence de la circulaire du 18 juin 2004 sur la filière de prise en charge des traumatisés crâniens. Le décret du 17 mars 2009 confirme que les UEROS doivent « contribuer à garantir la continuité de l'accompagnement » de ces personnes en assurant les passages entre les différents secteurs (sanitaire, médico-social, éducatif, du travail etc.). Ce travail en réseau est le garant de l'efficacité de l'action de l'UEROS de Franche-Comté tant au niveau de la possibilité d'accompagner dans de bonnes conditions les stagiaires, que sur l'obtention de résultats sensibles en terme d'amélioration de leur qualité de vie.

La constitution des partenariats, qu'il s'agisse des réseaux locaux, dans chacun des pôles territoriaux, ou des réseaux spécialisés de professionnels est un travail qui se construit dans la durée. Leur étayage et leur animation nécessitent l'engagement de chacun des professionnels. Ce travail fait partie intégrante de leur mission.

5.1 Maisons Départementale des Personnes Handicapées (MDPH)

Un travail de collaboration et d'information a été développé avec les MDPH des différents départements, il est à poursuivre pour permettre de fournir les éléments pertinents à l'orientation des bénéficiaires. Une information sur les nouvelles offres de service de l'UEROS (les évaluations ciblées, le suivi professionnel renforcé) a été présentée.
Un travail est mis en place pour faciliter l'utilisation du PAAC (GEVA TC) et échanger des informations sur le niveau de dépendance de la personne. Il est prévu la formation des membres des équipes des MDPH à l'utilisation de cet outil.
Les conventions avec les MDPH sont en cours de révision.

5.2 Structures du sanitaire

Une coopération avec les centres de réadaptation de la Région et le service de neurologie du CHRU J. Minjoz se pratique autour des situations individuelles et des conventionnements

existent ou sont en cours.
Ce partenariat vise à favoriser une articulation entre les soins et l'accompagnement médico-social, afin de permettre au mieux une continuité de parcours pour la personne cérébro-lésée.
Nous pouvons faire appel aux services spécialisés (tel que le secteur de la psychiatrie) pour soutenir et permettre un accompagnement au long cours pour des personnes souffrant de troubles psychiques.

5.3 Structures de droit commun

Du secteur social :

- Les services sociaux : de la CARSAT, des CMS (centre médico-social), des CCAS (Centre Communal d'Action Sociale), des entreprises etc.
- Les organismes administratifs : CPAM (Caisse Primaire d'Assurance Maladie), CAF (Caisse d'Allocations Familiales), Conseil Régional, mutuelles,
- Les professionnels du droit : magistrats, juges des tutelles notamment, avocats,
- Les organismes chargés de gérer les mesures de protection : les UDAF (Union départemental des affaires familiales), les associations tutélaires,
- Les acteurs du logement : Foyer de Jeunes Travailleurs, les bailleurs sociaux, les dispositifs d'accès au logement etc.

Du secteur de la formation et de l'insertion professionnelle :

- Les organismes de formation : GRETA, CFA (Centre de Formation Professionnelle des apprentis), AFPA (Association nationale pour la formation professionnelle des adultes), CRP (centre de rééducation professionnelle),
- Les structures d'insertion professionnelle : Mission Locale Espace Jeune, Cap Emploi, Service d'Insertion Professionnelle de l'ADAPEI, Pôle emploi, IRFA, INFA etc.,
- Les acteurs du maintien dans l'emploi : Le SAMETH, les médecins du travail,
- Les lieux de travail : ESAT, Entreprises Adaptées, et les entreprises du secteur économique.

Du secteur des loisirs et associatif :

- Les structures d'activités et de loisirs : MJC, Maisons de quartier etc.
- Les associations : Handisport, APF (Association des paralysés de France), banque alimentaire, Centre Omnisport Croppet etc.

5.4 Services internes de l'AFTC de Franche Comté

Des services complémentaires à l'UEROS assurent et facilitent la continuité de la prise en charge des personnes cérébro-lésées.

Les SAMSAH

Les SAMSAH 25, 70 et Aire Urbaine sont des partenaires privilégiés à l'UEROS.
D'une part, pour une personne déjà accompagnée par un SAMSAH, l'UEROS peut intervenir pour répondre à un questionnement sur son orientation socio-professionnelle. La complémentarité des 2 services permet à la personne d'intégrer l'UEROS au bon moment de

son parcours et de mieux garantir l'efficacité du stage quant à la concrétisation de ses projets de réinsertion.
D'autre part, le stage en UEROS peut révéler un besoin de prise en charge soutenue, et préconiser une orientation au SAMSAH afin de maintenir un suivi médical au long cours, de favoriser une prise d'autonomie vis-à-vis de la famille, de permettre des visites au domicile, de maintenir un suivi de l'insertion professionnelle, de développer et soutenir l'intégration socio-culturelle.
Plus globalement, l'élaboration et la préparation du projet de vie au sein de l'UEROS peuvent, le cas échéant, être poursuivies et ensuite affinées dans le cadre du SAMSAH.

Le Centre d'Accueil de Jour et les Groupes d'Entraide Mutuelle
Ces structures d'accueil sont des moyens mobilisables dans les projets d'insertion sociale.
La préparation et l'accompagnement des personnes en « période d'essai » peuvent être réalisés de façon complémentaire par les professionnels des deux services.

VIII. AXES DE PROGRES

1. Démarche d'amélioration continue

L'AFTC, dont l'UEROS, s'est engagée en 2011 dans une démarche d'évaluation interne. Au-delà de la nécessaire conformité avec la loi 2002-02, cette démarche souhaitait répondre à une volonté de clarification, de lisibilité des pratiques existantes et développer une cohérence globale pour l'ensemble des services.

A la suite de cette évaluation interne, un plan d'action d'amélioration continue a été élaboré et est réactualisé au fil du temps en fonction des axes de progrès repérés. Un comité de pilotage se réunit chaque trimestre pour faire le point sur les avancées des actions d'amélioration prévues qui sont transversales à tous les services de l'AFTC ou propre à l'UEROS.
Les pistes d'amélioration repérées, les perspectives pour les 5 années à venir par la réécriture de ce projet de service sont à réinscrire dans le cadre de cette démarche engagée.

2. Perspectives

Dans le cadre de son extension, de moyens supplémentaires sont dévolus pour permettre des parcours d'accompagnement plus diversifiés, l'équipe de professionnels doit consolider une nouvelle organisation de prise en charge tant collective qu'individuelle.

L'intégration de nouvelles missions et prestations de l'UEROS sont à communiquer auprès des différents partenaires afin de permettre l'accueil de personnes ayant des cérébro-lésions légères à très sévères.

L'UEROS de Franche-Comté doit également poursuivre et intensifier son travail de partenariat en vue de faciliter les relais, mais aussi les complémentarités en termes de prise en charge dans le cadre de la construction de parcours individualisés pour chaque stagiaire.

Parallèlement, compte tenu des compétences spécifiques qu'elles recèlent et des missions spécifiques d'évaluation de courte durée qui leur sont dévolues dans le décret de 2009, les UEROS sont appelées à devenir des services ressources pour ce type de handicap.

Dans cette perspective, l'UEROS de Franche-Comté doit pouvoir se positionner comme appui auprès des différentes structures d'insertion sociale et professionnelle amenées à prendre en charge des personnes cérébro-lésées. Telle une collaboration de ce type qui s'est amorcée avec le secteur du travail protégé de l'ADAPEI de Besançon afin de faciliter l'intégration de ce public dans les ESAT (Problème de places, délais d'attente prohibitifs pour organiser des stages).

Sur le plan national, une réflexion est en cours au niveau des UEROS pour la prise en charge des enfants ; à notre niveau il sera intéressant d'en faire une étude de besoin et d'étudier quelles prestations pourraient être proposées.

Ces perspectives se déclinent suivant les pistes d'améliorations ci-dessous.

4. Pistes d'amélioration

Dans le cadre de la démarche d'amélioration continue, ces différentes pistes d'amélioration qui ont été identifiées lors de la réécriture de ce projet de service, feront l'objet d'un développement dans les 5 années à venir :

- **Améliorer l'accompagnement des usagers :**
- Retravailler la formalisation du PAP,
- Réactualiser le livret d'accueil,
- Structurer la prestation d'hébergement, l'utilisation de l'appartement d'essai pour les mises en situation.

- **Accompagner l'évolution de l'organisation**
- Consolider l'organisation et le fonctionnement lié à l'accueil de 20 stagiaires en évaluant en parallèle la satisfaction des bénéficiaires,
- Intégrer de nouvelles fonctions dans l'équipe pluridisciplinaire tels que le moniteur éducateur, le chargé d'insertion et affiner la définition de leurs missions au sein de l'équipe,
- Définir la place de l'interne dans l'équipe UEROS.

- **Accompagner la pérennisation des nouvelles prestations**
- Construire des outils d'évaluation,
- Affiner les modalités d'intervention définies en fonction des premiers retours.

- **Renforcer l'ouverture sur et à l'environnement**
- Créer un support de communication synthétique sur ce nouveau projet de service destiné aux partenaires opérationnels,
- Finaliser les conventions avec les MDPH,

- Développer une coopération, une cooptation avec le réseau extérieur pour diversifier les prestations des prises en charge et renforcer les complémentarités (ex centres de formation),
- Renforcer la reconnaissance des compétences de l'UEROS sur la spécificité des troubles cognitifs des personnes cérébro-lésées et les valoriser dans un "Centre Ressource et Expertise" : information, formation, observatoire, conseil destiné au réseau partenaires,
- Développer des outils permettant un observatoire du public accueilli, une analyse des actions engagées auprès des personnes accueillies.

ANNEXES

ANNEXE 1

PROJET ASSOCIATIF

AFTC de Franche Comté
Association des Familles de Traumatisés crâniens et Cérébro-lésés

PROJET ASSOCIATIF 2012

AFTC de Franche-Comté

17, rue Pergaud – 25 000 Besançon

Sommaire

Préambule 48

Spécificités de l'Association des Familles de Traumatisés crâniens et Cérébro-lésés (AFTC) de Franche-Comté 48

Des valeurs 49

L'objet social et les missions 49

De l'évolution des contextes interne et externe aux orientations pour les 5 ans à venir 50

Première orientation : renouveler et renforcer la mobilisation familiale .. 50

- Développer le sentiment d'appartenance à l'AFTC 51
- Diversifier et valoriser les actions proposées aux familles 51
- Renforcer et renouveler la militance 52

Deuxième orientation : préciser les articulations entre l'association et les services 52

- Favoriser un réel partage et portage des valeurs et du projet associatif entre bénévoles et salariés 53
- Permettre aux familles d'identifier les différentes composantes de l'association (bénévoles et services) et d'en percevoir la complémentarité 53
- Articuler les actions menées par les professionnels et les membres de l'association tout en préservant le positionnement de chaque acteur 53

Troisième orientation : conforter l'AFTC dans son environnement 54

- Informer et sensibiliser pour une meilleure (re)connaissance de ce handicap 54
- Développer et consolider les partenariats pour améliorer la prise en charge 55

PROJETS POUR LES 5 ANS A VENIR : 2012/2017 57

- Au niveau de l'association 57
- Au niveau des structures 58

Annexe 1 - HISTORIQUE DE l'AFTC de Franche-Comté 59

Annexe 2 - RAPPEL DES ACTIONS ASSOCIATIVES ET STRUCTURES EXISTANTES 60

PROJET ASSOCIATIF
DE L'ASSOCIATION DES FAMILLES DE TRAUMATISES CRANIENS ET CEREBRO-LESES DE FRANCHE-COMTE
2012

Préambule

Les traumatismes crâniens sont les principales causes de mortalité et de handicaps sévères avant l'âge de 45 ans.
Plus de 50% sont dus à des accidents de la voie publique, à côté des accidents sportifs, du travail, domestiques ou des agressions. En dehors de ces accidents, le cerveau peut être lésé par un accident vasculaire cérébral (AVC), qui n'est pas l'apanage des personnes âgées, ainsi que par diverses pathologies. L'anoxie cérébrale qui prive le cerveau d'oxygène est également responsable de lésions irréversibles lorsqu'elle excède 3 à 4 minutes. Elle peut aboutir à un état végétatif chronique (EVC), pour lequel il n'existe plus de manifestation relationnelle détectable.

Les conséquences immédiates d'une lésion cérébrale acquise dépendent de l'impact et de facteurs associés : âge du sujet, pathologies préexistantes, traumatismes associés. Elles peuvent être légères (pas de perte de connaissance), moyennes (perte de connaissance n'excédant pas quelques minutes) ou graves (coma d'emblée).Les conséquences à distance sont très variables, le handicap résiduel pouvant être apparemment invisible en l'absence d'atteintes motrices. Les difficultés persistantes peuvent être cognitives, neurosensorielles, comportementales et psychoaffectives. La situation de « handicap invisible » qui en résulte est singulière et nécessite une prise en charge spécifique, d'autant qu'elle induit un risque grave d'exclusion sociale pour la personne concernée. Ce handicap intervient dans un parcours de vie qu'il interrompt, détourne, pouvant bouleverser les rôles familiaux. Aussi, c'est un traumatisme majeur pour la famille et les proches de la personne cérébro-lésée.

Spécificités de l'Association des Familles de Traumatisés crâniens et Cérébro-lésés (AFTC) de Franche-Comté

L'AFTC est une association de soutien des familles pour répondre aux besoins des personnes traumatisées crâniennes et cérébro-lésées.
Cette association est constituée des familles adhérentes. Mais, de façon plus large, elle rassemble également les usagers bénéficiaires de ses structures et leurs familles ainsi que les professionnels salariés de l'association.

Elle s'appuie sur deux grands principes :

- La place des familles : L'association est née des familles, cœur de l'association, leur place, leur rôle et leur implication doivent rester prépondérants.

- La spécialisation dans le traumatisme crânien et les lésions cérébrales.

Depuis le rattachement de l'UEROS (Unité d'Évaluation de Réentrainement et d'Orientation Sociale et Socio-Professionnelle) à l'AFTC, d'autres structures ont vu le jour à partir de 2008

comme le CAJ (Centre d'Accueil de Jour) situé à Besançon, les SAMSAH (Services d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés) du Doubs et de Haute-Saône, ainsi que les GEM (Groupes d'Entraide Mutuelle) sur Vesoul, Gray et enfin Pontarlier. Leur rôle est de répondre aux besoins des personnes cérébro-lésées, de leurs familles et de créer des liens.

Des valeurs

L'ensemble des membres de l'association adhérente aux valeurs dont découlent les droits rappelés ci-dessous.

- Rappel des droits reconnus à toutes personnes (Charte des droits et libertés des personnes accueillies)

Droit à la vie, à l'éducation, à la formation, au travail, au logement, au libre accès à des loisirs adaptés, à la culture, à l'information, aux soins, à des ressources décentes, à se déplacer librement ;Droit à la libre expression, à participer à l'élaboration de son projet en recherchant son adhésion, droit à l'autonomie et à la sécurité ;Droit au respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée et de son intimité, de ses engagements culturels et civiques ; Droit à disposer de ses revenus et à se faire assister en tant que de besoin.

- Loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

Globalement, l'AFTC revendique et souhaite contribuer à :

- l'accueil et l'écoute des personnes blessées ou malades et de leurs familles,
- la prise en compte des préoccupations des familles,
- l'intégration de la personne handicapée dans la Société par sa (ré)insertion sociale et professionnelle et une plus grande ouverture vers l'extérieur.

L'objet social et les missions

A travers son projet associatif, l'association porte ses valeurs, ses spécificités ainsi que son objet social. Celui-ci est défini, dans ses statuts, par **la défense des droits moraux et matériels des victimes de traumatisme crânien et/ou de lésions cérébrales et de leurs familles.**
L'association initie, assume ou encourage et facilite la mise en œuvre de toutes actions susceptibles d'y contribuer.

Cet objet social se décline sous forme de missions :

- Permettre aux personnes traumatisées crâniennes et cérébro-lésées de bénéficier d'un accompagnement global et spécifique de qualité,
- Faire connaître ce handicap si spécifique et parfois silencieux,
- Soutenir et favoriser l'entraide mutuelle entre les familles de personnes traumatisées crâniennes et cérébro-lésées,
- Représenter les blessés et malades ainsi que leurs familles auprès des organismes publics,
- Apporter un appui juridique pour la défense des intérêts des victimes du traumatisme crânien et, le cas échéant, des personnes cérébro-lésées ainsi que de leurs familles,

- Contribuer à la réduction du nombre d'accidents en participant à des actions de prévention.

De l'évolution des contextes interne et externe aux orientations pour les 5 ans à venir

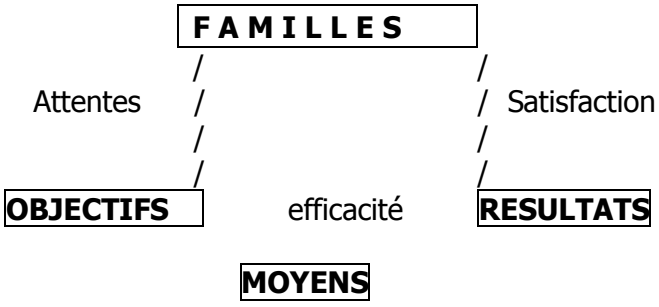
La mise en œuvre de ces missions a évolué dans le temps en fonction des choix politiques de l'association, de ses moyens disponibles, du contexte extérieur et des opportunités et contraintes qui en découlaient.
Tout d'abord, des actions ont été assurées uniquement par des familles bénévoles telles que l'accueil, le partage de moments de convivialité, l'écoute et les conseils d'orientation, la représentation dans différentes instances puis des groupes de paroles animés par des professionnels ont été initiés et proposés aux adhérents. Enfin, un travail important de sensibilisation et de lobbying auprès des décideurs financeurs a été réalisé pour obtenir la création de services et ensuite, encourager leur développement.

Pour poursuivre et accompagner ces évolutions de façon pertinente, elles doivent être anticipées par la définition d'orientations au regard des enjeux internes et externes actuels.

La dynamique associative interne
Le développement des services et donc, de la professionnalisation de l'aide qui est apportée aux personnes traumatisées crâniennes et cérébro-lésées ainsi qu'à leurs familles a des incidences sur la place et le rôle des familles bénévoles dans l'association. Cela implique de retenir plus particulièrement deux axes de travail pour les 5 années à venir.
Il importe tout d'abord de veiller à maintenir, voire renforcer la mobilisation familiale et ce, pour deux raisons : d'une part, elle assoit la légitimité de l'association face aux décideurs et d'autre part, la pair émulation est son moteur essentiel.
Parallèlement, il convient de préciser les articulations entre l'association et les services afin de préserver et respecter le positionnement de chaque acteur tout en favorisant un réel partage des valeurs et du projet associatif.

L'AFTC dans son environnement
La dégradation actuelle de la situation économique, la rationalisation, voire le rationnement des moyens financiers mobilisables induisent de nouvelles stratégies des pouvoirs publics avec la mise en place de gouvernances plus contraignantes sur le plan gestionnaire. L'AFTC, par sa petite taille et son développement récent, est particulièrement sensible à l'évolution de ce contexte et doit parvenir à conforter la pérennité des services, à définir de nouvelles formes de partenariat pour y faire face tout en affirmant ses valeurs et ses spécificités.

Première orientation : renouveler et renforcer la mobilisation familiale



Les **attentes** tiennent compte des attitudes et des désirs des utilisateurs.
La **satisfaction** découle des résultats et porte sur les adhérents.
L'**efficacité**, c'est la vérification des résultats obtenus par rapport aux objectifs fixés.

Avec la création des services, nous observons actuellement une diversité de situations de familles vis-à-vis de l'association :

- Des familles adhérentes ayant ou non un de leurs proches pris en charge par une structure de l'AFTC,
- Des familles d'usagers adhérentes ou non à l'association,
- Des familles sollicitant ponctuellement l'association pour des informations et des conseils d'orientation et non adhérentes.

L'enjeu actuel est de fédérer le plus grand nombre d'entre elles au sein de l'AFTC afin d'assurer la pérennité de la vie associative et de conforter la légitimité de l'association.

- ***Développer le sentiment d'appartenance à l'AFTC***

Nous observons que les usagers de l'UEROS, du CAJ ou des SAMSAH orientés par les MDPH (Maisons Départementales des Personnes Handicapées) et les adhérents des GEM bénéficient de ces différentes structures créées par l'AFTC mais ne les identifient pas toujours en tant que telles. Il en est de même pour certaines familles qui, tout en étant soulagées et satisfaites par l'accueil de leurs proches blessés ou malades par les services, ne s'impliquent pas dans la vie associative et n'adhérent pas à l'AFTC, pourtant à l'origine de leur mise en place.
Notre communication est à améliorer pour renforcer la lisibilité d'un ensemble cohérent tant vis-à-vis des bénéficiaires que des familles. Elle doit encore se diversifier (supports papier, site internet, rencontres par service…) pour s'adapter aux différents publics visés et de plus, être portée par tous les acteurs associatifs tant bénévoles que professionnels.

- ***Diversifier et valoriser les actions proposées aux familles***

Les rencontres entre familles concernées par la même problématique sont essentielles à la dynamique associative et peuvent favoriser le sentiment d'appartenance évoqué ci-dessus.
Elles peuvent avoir lieu dans des espaces institués comme les Groupes de parole ou depuis peu, les Rendez-vous des familles avec l'appui de professionnels (travailleur social, psychologue) et avoir des visées d'élaboration et de prise de distance pour les personnes impliquées.
Ces actions peuvent alors être complémentaires à l'accompagnement engagé au niveau des services.

Ces rencontres peuvent aussi se dérouler dans un cadre plus festif. Différentes actions conviviales existent déjà : certaines mises en œuvre initialement par les bénévoles, d'autres développées, par la suite, au niveau des services. Elles sont autant d'opportunités d'échanges entre proches et/ou personnes traumatisées crâniennes ou cérébro-lésées et il convient de les poursuivre tout en les diversifiant et en favorisant leur accès (organisation logistique, transport) au plus grand nombre de familles (adhérentes ou non).

Ces différentes offres de rencontre sont donc à développer, mais dans un souci de cohérence et d'implication, il importe de veiller à ce que des familles et des personnes traumatisées crâniennes et cérébro-lésées soient, dans la mesure du possible, associées à leur préparation et à leur mise en œuvre : proposition de création de commission pour des évènements précis (animation, sorties, tombola, etc.).

- ***Renforcer et renouveler la militance***

La dimension militante reste portée par le Conseil d'Administration et les familles se saisissent peu des enjeux associatifs actuels.
Il est essentiel, tout d'abord, de les informer régulièrement sur les moyens actuels et leurs limites, ainsi que sur l'évolution des projets en cours et sur les freins rencontrés pour parvenir à les sensibiliser. Il s'agisse qu'elles deviennent partie prenante, dans l'avenir, de l'association et des services.
De nouvelles formes d'engagement militant sont à rechercher afin de mieux correspondre aux aspirations et aux capacités de mobilisation des familles susceptibles d'être concernées.
Enfin, l'implication des personnes traumatisées crâniennes et cérébro-lésées est également à interroger au regard de la dynamique qui émerge dans les GEM ou le CVS (Conseil de la Vie Sociale). Mettre les personnes handicapées au cœur du projet de l'association, c'est aussi leur reconnaître une capacité à se mobiliser tout en veillant à ne pas les instrumentaliser.

Les professionnels peuvent être un relais important auprès des familles d'usagers au niveau de la communication et/ou de la sollicitation pour certaines actions. Mais pour ce faire, il importe de les informer, de les sensibiliser sur les enjeux et surtout, qu'ils puissent percevoir les impacts positifs possibles pour les personnes qu'ils accompagnent. Ce sera, pour une part, l'objet de l'orientation suivante.

Deuxième orientation : préciser les articulations entre l'association et les services

Avant la création des services, l'association était surtout un lieu de rassemblement et de soutien mutuel des familles. C'était un soutien face à la déroute autour du traumatisme, pour trouver des réponses sur le parcours à venir, même s'il est différent pour chacun. Les familles ont besoin d'une béquille et peuvent à leur tour le devenir pour d'autres.
La mise en place des services ne doit pas, dans la mesure du possible, se faire au détriment de cette pair émulation spontanée mais, au contraire, en favoriser la reconnaissance et la poursuite.
Par ailleurs, le positionnement des bénévoles et des professionnels est, de fait, différent au sein de l'association, face aux familles et aux personnes traumatisées crâniennes et cérébro-lésées, mais doit s'inscrire dans une logique de complémentarité avec un souci partagé de cohérence globale, facilitateur dans les prises en charge.
Enfin, les professionnels comme les familles bénévoles peuvent identifier des besoins non couverts sur le terrain et contribuer à l'élaboration et, si possible, à l'aboutissement de projets de nouveaux services.

Au regard de ces différents points de rencontres, il convient de :
- S'assurer du partage et portage du projet associatif par l'ensemble des bénévoles et salariés,
- Donner à voir aux familles d'usagers et non-usagers les différentes composantes de l'association et leur complémentarité,
- Veiller à préciser les articulations entre les actions menées par les différents acteurs associatifs.

- Favoriser un réel partage et portage des valeurs et du projet associatif entre bénévoles et salariés

Le sentiment d'appartenance à l'association déjà évoqué dans la première orientation est également à promouvoir pour les salariés des services. Il est une garantie de l'acceptation du cadre institutionnel, condition nécessaire au positionnement professionnel et au-delà, l'assurance d'une dynamique associative construite sur des valeurs partagées.
Aussi, le choix a été fait par le Conseil d'Administration d'associer les salariés à l'élaboration de ce nouveau projet associatif, comme ils le seront ensuite par sa déclinaison dans les projets de service. De façon plus générale, une attention particulière sera apportée à l'accueil de chaque nouveau salarié ou bénévole pour qu'il ait connaissance de ce projet et se l'approprie.

Par ailleurs, le partage de lieux, de temps de convivialité, qui permettent la rencontre et où se mêlent professionnels et adhérents, favorise, comme pour les familles et les personnes traumatisées crâniennes et cérébro-lésées, la construction d'une identité associative « AFTC » partagée.

- Permettre aux familles d'identifier les différentes composantes de l'association (bénévoles et services) et d'en percevoir la complémentarité

Les portes d'accès à l'association varient en fonction des situations des personnes (familles adhérentes ou non), personnes traumatisées crâniennes et cérébro-lésées (orientées ou non vers les services) et de leurs demandes et de ce fait, les réponses apportées peuvent prendre différentes formes. Les modalités d'accueil sont donc déterminantes pour que, d'une part, les réponses apportées soient pertinentes et cohérentes et que d'autre part, les personnes puissent, à cette occasion, commencer à identifier les différentes composantes de l'association et leurs rôles respectifs.
Ensuite, tout au long du parcours des personnes prises en charge et de leurs familles, mais également dans les appuis ponctuels apportés aux adhérents, bénévoles et professionnels doivent être en mesure de faire des liens, de valoriser les actions ne relevant pas de leur champ propre d'intervention, dans une vision partagée du mieux être recherché.
Tout ceci suppose une (re)connaissance réciproque des bénévoles et des professionnels, avec des temps d'échanges pour définir ensemble des modalités de communication sur le rôle de chacun.

- Articuler les actions menées par les professionnels et les membres de l'association tout en préservant le positionnement de chaque acteur

Face à la souffrance des familles confrontées au traumatisme crânien ou à la maladie d'un de leurs proches, la parole des professionnels est différente de celles des bénévoles : l'une distanciée, l'autre dans la proximité d'expérience de vie. Aussi, elles peuvent être complémentaires et pertinentes en fonction du moment de la sollicitation des familles, de leurs besoins et de leurs attentes. Il est donc important de favoriser l'expression de chacune avec de possibles allers-retours de façon cohérente et aidante.
Aussi, outre le premier objectif de (re)connaissance sur le rôle de chacun, bénévoles et professionnels doivent affiner ensemble les modalités de leur collaboration dans l'accueil des familles, ou encore leurs contributions respectives dans la communication ou les actions de soutien et de convivialité proposées aux familles et aux personnes traumatisées crâniennes et cérébro-lésées.

Le Conseil de la Vie Sociale, les associations d'adhérents des GEM sont autant de lieux où usagers, représentants de l'AFTC, professionnels et le cas échéant, familles sont amenées à se rencontrer et à intervenir sur le fonctionnement des structures. Ce rôle essentiel est à encourager et à valoriser de façon constante. C'est la garantie que l'action portée par l'ensemble des acteurs associatifs, au sens large soit, toujours centrée sur l'intérêt des personnes traumatisées crâniennes et cérébro-lésées.
Par ailleurs, il paraît intéressant de bien les identifier comme des espaces possibles d'élaboration et de réflexion à mobiliser sur des sujets communs.

Ainsi, professionnels et familles sont amenés à se rencontrer dans le cadre de la prise en charge de leurs proches traumatisés crâniens et cérébro-lésés. Quels liens, quels retours d'information, quelle éventuelle collaboration possibles, à la fois respectueux de la liberté et de l'autonomie de la personne accompagnée et de la reconnaissance de la place et du rôle de sa famille ? Les réponses à apporter ne peuvent pas être uniformes, mais, au contraire, uniques au regard de la singularité de chaque situation familiale. Toutefois, il convient déjà qu'elles puissent être posées avec l'ensemble des personnes concernées. Une réflexion partagée pourrait être proposée dans ce sens dans le cadre du CVS.

Enfin, membres de l'association et professionnels sont susceptibles d'être mobilisés dans le cadre de projets de nouvelles structures. La complémentarité politique/technique peut alors être déterminante pour faire aboutir les projets mais aussi en conforter et en confirmer la pertinence. Là encore, une attention particulière devra être apportée sur les modalités de collaboration et d'information.

Troisième orientation : conforter l'AFTC dans son environnement

Le but est d'assurer, de contribuer et de promouvoir la tolérance, la reconnaissance et le respect de toute personne ayant un handicap cognitif et parallèlement de faire évoluer notre action en fonction des besoins et de trouver les moyens de les réaliser.

- <u>Informer et sensibiliser pour une meilleure (re)connaissance de ce handicap</u>

L'information et la sensibilisation se justifient par le fait que la personne victime d'un traumatisme crânien ou d'une lésion cérébrale est souvent porteuse d'un handicap peu connu du grand public et ces actions visent à permettre une meilleure intégration.
Informer les décideurs politiques et financiers, les professionnels de santé mais aussi sensibiliser le grand public est une action à poursuivre et à développer afin d'apporter de nouvelles réponses adaptées.
Cette information est délivrée par tous les acteurs de l'association et par le biais de différents supports (liens entre familles, plaquettes, affiches, témoignages, internet, éventuellement réseaux sociaux…). Elle peut également prendre forme par l'organisation ou la participation à des manifestations scientifiques ou associatives afin de faire connaître toute la spécificité du handicap dû à une lésion cérébrale.

Notre adhésion à l'UNAFTC, et plus récemment au GCSMS qu'elle a créée, s'inscrit dans cette volonté de reconnaissance de prise en compte de ce handicap. L'Union nationale nous apporte son soutien par ses actions de représentation auprès des Ministères concernés. Nous contribuons, dans la mesure de nos moyens, à ses différents travaux.

- Développer et consolider les partenariats pour améliorer la prise en charge

Portés par cette volonté forte d'agir et de répondre aux attentes des personnes traumatisées crâniennes et cérébro-lésées ainsi que de leurs familles, nous sommes reconnus par les différents acteurs sur le terrain. Il convient de poursuivre le développement du partenariat et, dans la mesure du possible, sa formalisation (conventions, autres formes juridiques…).

- *Au niveau associatif*

L'AFTC cherche à développer et mettre en œuvre des actions communes avec différentes associations qui sont mues par des préoccupations militantes et/ou médico-sociales partagées. Elle commence à être sollicitée par des associations de familles et/ou malades souffrant de troubles cognitifs (AVC – accident vasculaire cérébral, SEP – sclérose en plaques) qui souhaitent bénéficier de son expérience en termes de prise en charge. Enfin, l'AFTC assure un rôle de représentation des personnes traumatisées crâniennes et cérébro-lésées ainsi que de leurs familles.

- *Dans la reconnaissance de notre expertise sur les troubles cognitifs, leurs conséquences et leur prise en charge*

Nous sommes de plus en plus sollicités par différents opérateurs (ESAT, services d'aide à domicile) pour des interventions (in)formatives générales ou ciblées sur les troubles cognitifs et leur prise en charge. La professionnalisation de ces interventions est à conforter et à valoriser.
Dans la même optique, le partenariat avec la MDPH des 4 départements de la Région est à renforcer afin d'obtenir une réelle reconnaissance (labellisation ?) de l'équipe médico-sociale pour l'évaluation de la situation des bénéficiaires.

- *Dans le montage d'offres de service et de projets innovants*

Le développement d'offres de service complémentaires prenant en compte la spécificité du handicap est à poursuivre et à encourager auprès des professionnels et à valoriser auprès des partenaires. Au-delà, l'élaboration et le montage de projets innovants implique de favoriser des partenariats s'inscrivant d'une part, dans une logique de complémentarité de compétences et de moyens et d'autre part, dans une proximité territoriale sur les différents secteurs d'intervention des services de l'AFTC au niveau régional.

- *Dans la gestion des moyens*

Devant un contexte économique de plus en plus difficile, nous sommes amenés à rechercher de nouvelles formes de partenariat afin de mutualiser les moyens disponibles pour être en capacité de répondre aux besoins tout en gardant notre spécificité. Notre convention de gestion avec l'Adapei de Besançon est amenée à évoluer, compte tenu du projet d'association de gestion actuellement en cours avec les autres ADAPEI du département. De même notre implication dans le GCSMS initié par l'UNAFTC sera à préciser en fonction de son évolution.

- *Dans le domaine de la santé*

Depuis 2010, un partenariat avec le Pôle autonomie et Handicap du CHU a été élaboré. D'autres pistes sont à explorer, dans le domaine de la santé, avec d'autres structures sanitaires : services hospitaliers comme la réanimation, la neurologie, la neurochirurgie ou la MPR (médecine physique réadaptation), centres de rééducation, etc. ainsi qu'avec tous les professionnels de santé susceptibles d'intervenir auprès des personnes traumatisées crâniennes et cérébro-lésées.
Ces partenariats, dans la mesure du possible, devront être formalisés par des conventions.

Par ailleurs, l'AFTC souhaite contribuer au rapprochement du sanitaire et du médico-social en s'impliquant dans la mise en place d'outils de suivis partagés, comme le carnet de suivi du patient TC actuellement en projet et en proposant d'accueillir des internes dans ses services.

Enfin, dans le but d'avoir une orientation médicale des victimes et un soutien des familles les plus précoces possibles, des liens sont aussi à travailler avec les pompiers, commissariats, gendarmeries et les services de transports médicaux.

Ces trois orientations ainsi que les objectifs en découlant se concrétiseront sous forme de projets (présentés page suivante) à développer sur 2012/2017.

Ainsi, ce projet associatif devient la nouvelle feuille de route de l'AFTC, garantie d'une cohérence globale partagée tant au niveau du sens que de l'action.

PROJETS POUR LES 5 ANS A VENIR : 2012/2017

- **Au niveau de l'association**

Implication dans les instances nationales (CA de l'UNAFTC, GCSMS) afin de contribuer à la mise en place de politiques dédiées aux personnes traumatisées crâniennes et cérébro-lésées.

Poursuite au niveau régional des actions de sensibilisation et de lobbying auprès des décideurs pour faire reconnaître ce handicap spécifique et améliorer sa prise en charge par l'obtention de moyens supplémentaires.

Rapprochement avec les associations de familles et/ou de malades souffrant de troubles cognitifs (AVC, SEP…) en vue d'améliorer la reconnaissance de ce handicap et de développer des actions communes.

Recherche et accompagnement de nouveaux bénévoles afin d'une part, d'anticiper le renouvellement du Conseil d'Administration, et d'autre part, de favoriser leurs contributions au niveau des structures avec définition des modalités d'intervention dans le respect de chacun (charte de bénévolat). Parallèlement, une réflexion sera à engager sur de nouvelles formes de militance et sur la place qui sera laissée aux personnes traumatisées crâniennes et cérébro-lésées.

(In)formation des administrateurs bénévoles en vue de leur permettre d'assurer pleinement leur rôle de représentation dans les différentes instances où ils sont amenés à siéger.

Renforcement de l'implication des familles et des personnes traumatisées crâniennes et cérébro-lésées dans la mise en place d'actions de convivialité et de soutien diversifiées qui leur sont destinées.

Amélioration des modalités d'accueil des familles et des personnes traumatisées crâniennes et cérébro-lésées en articulant les rôles des bénévoles et des professionnels et en renforçant les liens avec les intervenants externes susceptibles d'être orienteurs ou relais.

Renforcement de la collaboration entre les bénévoles et les professionnels des services par des temps d'échange, de travail sur la mise en place d'actions co-portées : accueil, actions de soutien, événements conviviaux, communication…

Développement de la communication avec un double objectif : en externe, assurer la (re)connaissance du handicap cognitif et des actions de l'association au niveau des décideurs, mais aussi du grand public et en interne, renforcer le sentiment d'appartenance par l'ensemble des acteurs. Propositions d'action telles que « journée portes ouvertes », conférences… Une attention particulière sera apportée à la refonte du site internet. De plus en plus, porte d'entrée à l'AFTC, il doit être plus attractif et le lien avec les services valorisé et immédiat d'accès.

Recherche et adhésion à de nouvelles formes de coopération de gestion des structures afin d'assurer leur pérennité tout en garantissant leur spécificité.

- **Au niveau des structures**

Poursuite de leur développement en vue d'obtenir une couverture régionale au niveau des SAMSAH et des lieux d'accueil à la journée (CAJ, GEM) à proximité des lieux de vie des personnes traumatisées crâniennes et cérébro-lésées.

Renforcement de la qualité des prises en charge par la mise en œuvre des plans d'actions définis dans le cadre de l'évaluation interne, préalable des évaluations externes à venir.

Renforcement de l'implication des usagers et de leurs familles dans le cadre du CVS ou des associations d'usagers pour les GEM au niveau du fonctionnement des services et de leur développement. Les rencontres collectives type Café SAMSAM (réunissant des usagers du SAMSAH du Doubs) seront également encouragées, comme autant de lieux d'expression possible pour les usagers.

Réflexion partagée au sein du CVS sur les modalités d'information et de collaboration avec les familles dans le cadre de la prise en charge des usagers.

Affirmation de la capacité d'expertise des services sur les troubles cognitifs auprès des instances décisionnaires comme les MDPH et par la proposition d'offres de service spécifiques (en particulier, interventions (in)formatives) aux partenaires et financeurs.

Poursuite de l'élaboration et de la mise en œuvre d'offres complémentaires et de projets innovants avec différents partenaires au niveau de l'insertion professionnelle (accompagnement spécifique, création d'activités nouvelles…) et de l'habitat adapté.

Développement d'une logique de réseau avec le sanitaire par la poursuite de la collaboration avec le CHU, le partage de systèmes d'information, l'accueil d'internes…

Annexe 1 - HISTORIQUE DE l'AFTC de Franche-Comté

Création à partir de 1996 avec :
- Le début des rassemblements avec les familles,
- Un premier groupe de paroles qui va souder des futurs administrateurs,
- Les prémisses des actions de prévention,
- Et déjà, le constat de manque de structure.

Restructuration régionale à partir de 2003 avec :
- Un changement déterminant de Présidence,
- La Création du Conseil d'Administration régional avec un vice-président dans chaque département,
- L'arrivée du Jura dans l'association régionale,
- Le développement et la création de nouvelles permanences pour les familles,
- Les débuts de la communication.

Le développement du partenariat de terrain en 2005/2006 : AFTC, SAVS et SIP/ADAPEI, CRM/ Mulhouse, UEROS Franche-Comté de Salins
Mobilisation des professionnels autour de situations concrètes de blessés, partage de points de vue et de réponses aux besoins spécifiques.
Participation mutuelle aux AG respectives : création et tissage progressif de liens à tout niveau.

2005 Lancement d'une étude de besoins sur les traumatismes crâniens : conséquences familiales, sociales et professionnelles.
Étude confiée à l'ORS - l'Observatoire Régionale de la Santé de Franche-Comté - et financée par de multi-subventions : DRASS, Sécurité Routière, AFTC etc.
Cette étude permet par la suite de proposer des services adéquats.

2006 Rapprochement avec l'UEROS de Salins, gérée par le Centre Hospitalier.
L'AFTC se positionne et accepte de reprendre l'agrément de l'UEROS de Salins, dont le transfert sur Besançon est souhaité.
01/01/2007 : à la demande des pouvoirs publics, DDASS et DRASS, convention de gestion avec l'ADAPEI de Besançon afin d'assurer la gestion de l'UEROS.

2008/2011 Poursuite des créations de structures : CAJ, SAMSAH, GEM…

Annexe 2 - RAPPEL DES ACTIONS ASSOCIATIVES ET STRUCTURES EXISTANTES

Les actions associatives

Accueil – information – orientation
L'association, par l'intermédiaire de ses bénévoles et des professionnels, assure sa mission d'accueil des familles et des personnes traumatisées crâniennes et cérébro-lésées.

Communication
En mars 2004, paraît le premier numéro de Ressort. Ce bulletin trimestriel associatif a pour objectif de faire du lien, informer et communiquer… L'AFTC dispose également désormais d'un site internet.

Appui juridique
Le Président de l'UNAFTC, avocat spécialisé dans l'indemnisation des personnes victimes d'un accident assure depuis 2008, à titre gracieux, des permanences mensuelles dans les locaux de l'AFTC sur Besançon.

Prévention routière
Depuis sa création, l'AFTC assure des actions de prévention routière destinées en particulier au public scolaire. Actuellement, un salarié embauché depuis 2007 et des familles bénévoles interviennent dans ce cadre en partenariat avec les autres acteurs de la sécurité routière.

Actions de soutien aux familles
Depuis 1999, l'AFTC met en œuvre régulièrement des groupes de paroles et également depuis 2012, des actions plus facilement accessibles comme les RV des familles.

Vacances adaptées
L'AFTC, en partenariat avec l'UFCV, propose chaque année, un séjour de vacances adaptées pour des personnes traumatisées crâniennes et cérébro-lésées.

Événements conviviaux
Différents événements (sorties, rencontres festives…) sont initiés par les bénévoles de l'association, les professionnels ainsi que depuis peu, le CVS.

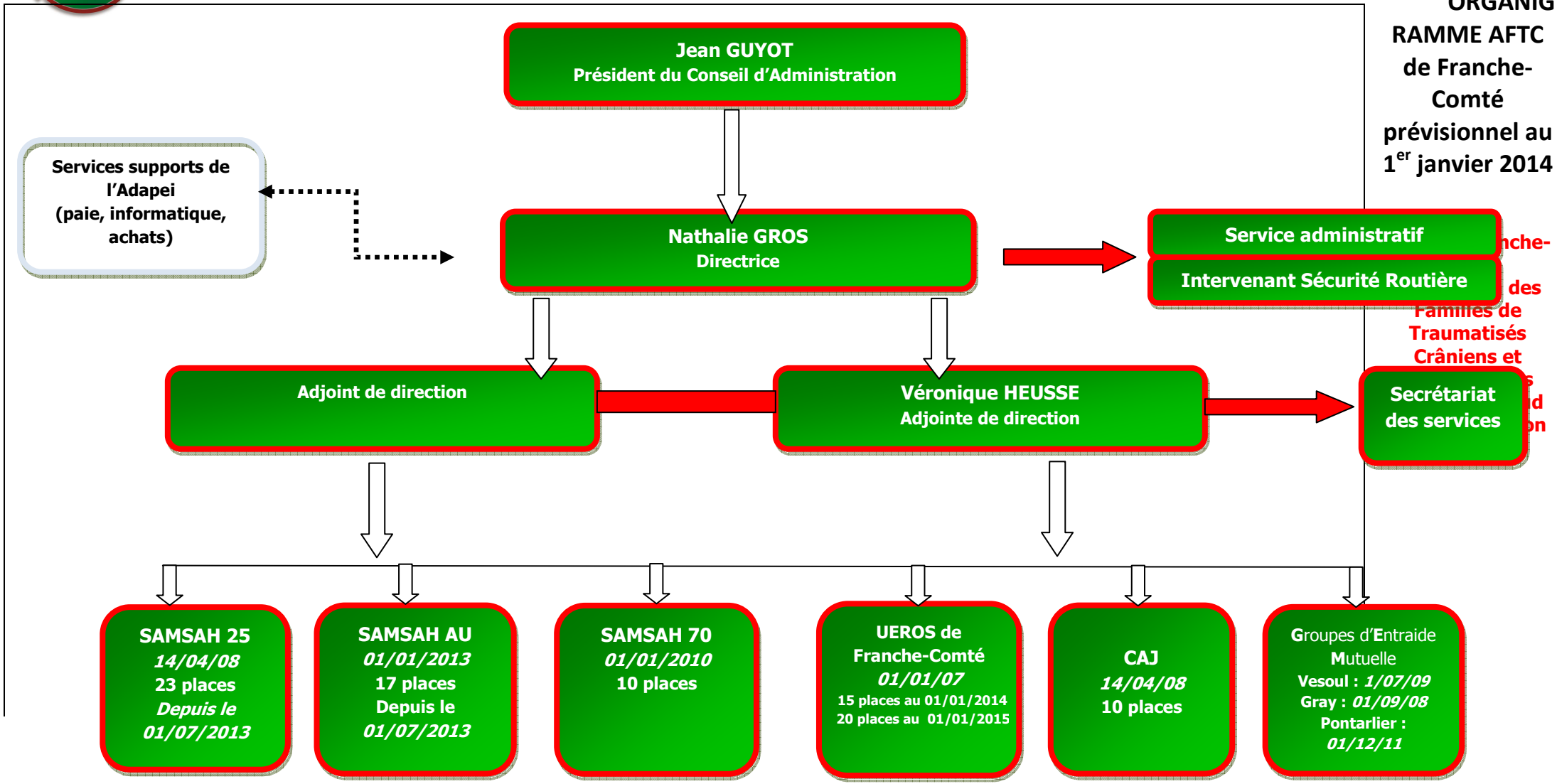
Les services existants

Actuellement, l'AFTC de Franche-Comté dispose des services suivants :
- L'UEROS (Unité d'Évaluation, de Réentraînement et d'Orientation sociale et Socio-professionnelle), dont l'agrément a été repris en janvier 2007 et qui compte 10 places,
- Le CAJ (Centre d'Accueil de Jour), créé sur Besançon en 2008 avec une couverture départementale de 10 places,
- Le SAMSAH (Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adulte Handicapé) du Doubs, créé également en 2008, avec 40 places dont 16 financées fin 2011,
- Le SAMSAH de Haute-Saône, ouvert début 2010, avec 10 places,
- Les GEM (groupes d'entraide mutuelle) de Gray et de Vesoul créés en 2009 et le dernier ouvert fin 2011 à Pontarlier.

ANNEXE 2

ORGANIGRAMME

ORGANIGRAMME AFTC de Franche-Comté prévisionnel au 1er janvier 2014



ANNEXE 3

DÉCRET 19 MARS 2009

Legifrance.gouv.fr
LE SERVICE PUBLIC DE LA DIFFUSION DU DROIT

En savoir plus sur ce texte...

JORF n°0066 du 19 mars 2009 page 4964
texte n° 8

DECRET

Décret n° 2009-299 du 17 mars 2009 relatif aux conditions d'organisation et de fonctionnement des unités d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale et socioprofessionnelle (UEROS) pour personnes cérébro-lésées

NOR: MTSA0827500D

Le Premier ministre,
Sur le rapport du ministre du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville,
Vu le code de l'action sociale et des familles, notamment ses articles L. 312-1 et R. 314-105 ;
Vu le code de la santé publique ;
Vu le code de la sécurité sociale ;
Vu le code du travail ;
Vu l'avis de la section sociale du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale en date du 12 avril 2007 ;
Vu l'avis du conseil de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés en date du 17 septembre 2008 ;
Vu l'avis du conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en date du 24 septembre 2008,
Décrète :

Article 1

Dans la sous-section 2 de la section 1 du chapitre II du titre Ier du livre III du code de l'action sociale et des familles, il est créé après le paragraphe 9 un paragraphe 9-1 ainsi rédigé :

« Paragraphe 9-1

« Les unités d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale
et socioprofessionnelle pour personnes cérébro-lésées
« Sous-paragraphe 1
« Dispositions générales

« Art.D. 312-161-1.-Les dispositions du présent paragraphe s'appliquent aux établissements et services mentionnés au 11° du I de l'article L. 312-1 constitués en unités d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale et socioprofessionnnelle.
« Art.D. 312-161-2.-Les unités mentionnées à l'article D. 312-161-1 accueillent et accompagnent les personnes qui ne sont pas accueillies, simultanément, par les structures mentionnées aux articles R. 6123-119 à R. 6123-126 du code de la santé publique dont le handicap, lié en tout ou partie à des troubles cognitifs ou des troubles du comportement et de la relation affective, résulte d'un traumatisme crânien ou de toute autre lésion cérébrale acquise.
« Ces unités contribuent à garantir la continuité de l'accompagnement de ces personnes en assurant les passages, au besoin itératifs, entre le secteur sanitaire, notamment en soins de suite et réadaptation, le secteur médico-social et social, le secteur éducatif et le secteur du travail.
« Art.D. 312-161-3.-Les unités mentionnées à l'article D. 312-161-1 ont pour mission d'accueillir, d'informer ou de conseiller les personnes mentionnées à l'article D. 312-161-2.L'accueil, l'information et le conseil peuvent être assurés de manière individuelle ou collective.
« Ces unités ont également pour mission :
« 1° A la demande d'un professionnel intervenant de sa propre initiative ou d'une maison départementale des personnes handicapées :
« a) De réaliser des évaluations préliminaires médico-psychologiques de courte durée afin de déterminer si l'intéressé peut bénéficier d'un programme de réentraînement ;
« b) D'aider l'intéressé à élaborer son projet de vie ;

« c) D'informer les professionnels.
« 2° D'apporter, lorsqu'elles en font la demande, leur concours aux équipes pluridisciplinaires mentionnées à l'article L. 146-8, notamment dans le cadre de conventions passées avec les maisons départementales des personnes handicapées ;
« 3° Sur décision d'orientation de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées :
« a) D'évaluer de manière approfondie les potentialités et les difficultés de l'intéressé, notamment en identifiant les troubles neuropsychiques en termes cognitif, comportemental, relationnel ou affectif ; de construire et mettre en œuvre un programme de réentraînement qui doit permettre de consolider et d'accroître l'autonomie de l'intéressé ; de construire avec l'intéressé et son entourage un projet d'insertion sociale incluant, le cas échéant, une intégration scolaire ou professionnelle en milieu ordinaire, adapté ou protégé en se fondant sur l'évaluation et le programme de réentraînement mentionnés précédemment.
« Cette phase d'accompagnement se fait sur une période et un rythme adaptés aux besoins de la personne. Elle peut être réalisée à titre permanent, temporaire ou selon un mode séquentiel, à temps complet ou partiel.
« Elle ne peut excéder une durée cumulée de six mois par période de trois ans, sauf dérogation par décision motivée de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées ;
« b) De mettre en place un suivi du projet d'insertion sociale et, le cas échéant, scolaire ou professionnelle et d'intervenir sur demande de l'intéressé ou de son représentant légal pour en faciliter la mise en œuvre. Ce suivi est assuré en liaison notamment avec les établissements et services chargés, le cas échéant, de l'accompagnement de l'intéressé.
« Le suivi du projet est assuré pendant une durée de deux ans, au terme de laquelle il est proposé à l'intéressé de faire le point sur sa situation et de procéder, si nécessaire, à une nouvelle évaluation.
« Art.D. 312-161-4.-L'évaluation mentionnée au 3° de l'article D. 312-161-3 doit être réalisée au moins au début et au terme du programme de réentraînement par les unités mentionnées à l'article D. 312-161-1 et dans la mesure du possible en situation réelle.
« Elle est communiquée à l'intéressé ou à son représentant légal.
« Art.D. 312-161-5.-Le programme de réentraînement mentionné au 3° de l'article D. 312-161-3 vise, notamment, à optimiser les capacités cognitives et comportementales des personnes mentionnées à l'article D. 312-161-2 en vue de favoriser leur insertion sociale, familiale et, le cas échéant, scolaire ou professionnelle en milieu ordinaire, protégé ou adapté.
« Il comprend des évaluations, des ateliers et des mises en situation progressives de vie familiale, sociale, scolaire ou professionnelle.
« Art.D. 312-161-6.-Le projet d'insertion sociale mentionné au 3° de l'article D. 312-161-3 et les éventuelles mesures d'accompagnement préconisées sont formulés dans un document remis à l'intéressé ou son représentant légal. Ces mesures d'accompagnement sont également communiquées à la maison départementale des personnes handicapées.
« Le projet d'insertion sociale et les éventuelles mesures d'accompagnement préconisées peuvent constituer des éléments du plan personnalisé de compensation mentionné à l'article R. 146-29.

« Sous-paragraphe 2
« Personnels

« Art.D. 312-161-7.-Les équipes pluriprofessionnelles des unités mentionnées à l'article D. 312-161-1 comprennent ou associent tout ou partie des professionnels suivants :
« a) Des médecins, avec, dans la mesure du possible, un médecin de soins de suite et de réadaptation et un psychiatre ;
« b) Des psychologues ;
« c) Des auxiliaires médicaux tels que mentionnés au livre III de la quatrième partie du code de la santé publique, notamment un orthophoniste, un psychomotricien et un ergothérapeute ;
« d) Des travailleurs sociaux, notamment un assistant social et un éducateur spécialisé ;
« e) Des professionnels des secteurs de l'insertion, de l'orientation et de la formation professionnelles, issus de préférence des établissements mentionnés au b du 5° du I de l'article L. 312-1.
« Art.D. 312-161-8.-Les personnels mentionnés à l'article D. 312-161-7 peuvent être salariés du service ou de la structure à laquelle ce service est rattaché ou exercer à titre libéral lorsqu'ils sont habilités à pratiquer ce mode d'exercice. Dans ce dernier cas, les professionnels libéraux concluent avec les unités mentionnées à l'article D. 312-161-1 une convention précisant notamment l'engagement du professionnel libéral à respecter le règlement de fonctionnement et le projet de service ainsi que les modalités de son intervention au sein du service de nature à garantir la qualité des prestations.

« Sous-paragraphe 3
« Organisation et fonctionnement

« Art.D. 312-161-9.-Les unités mentionnées à l'article D. 312-161-1 peuvent être autonomes ou rattachées à des établissements ou services mentionnés à l'article L. 312-1 du présent code ou à l'article L. 6111-2 du code de la santé publique. Lorsque ces unités ne sont pas autonomes, l'article R. 314-10 du présent code s'applique.
« Ces mêmes unités peuvent également être membres de groupements assurant la coordination des interventions en matière d'action sociale et médico-sociale ou être constituées sous forme de ces mêmes groupements dans les conditions prévues aux articles R. 312-194-1 et suivants du présent code.
« Art.D. 312-161-10.-Pour chaque personne accompagnée et suivie par l'unité mentionnée à l'article D. 312-161-1, un membre de l'équipe pluriprofessionnelle est désigné comme référent.

« Art.D. 312-161-11.-Lorsque la direction de l'unité mentionnée à l'article D. 312-161-1 n'est pas assurée par un membre de l'équipe pluriprofessionnelle, un professionnel de l'équipe est chargé d'assurer la coordination des actions et veille à la cohérence des interventions. »

Article 2

Les unités d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale et socioprofessionnelle doivent satisfaire aux conditions prévues par le paragraphe 9-1 de la sous-section 2 de la section 1 du chapitre II du titre Ier du livre III du code de l'action sociale et des familles (partie réglementaire) dans un délai de trois ans à compter de la publication du présent décret.

Article 3

La ministre de l'économie, de l'industrie et de l'emploi, le ministre du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville, le secrétaire d'Etat chargé de l'emploi et la secrétaire d'Etat chargée de la solidarité sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 17 mars 2009.

François Fillon

Par le Premier ministre :

Le ministre du travail, des relations sociales,

de la famille, de la solidarité

et de la ville,

Brice Hortefeux

La ministre de l'économie,

de l'industrie et de l'emploi,

Christine Lagarde

Le secrétaire d'Etat

chargé de l'emploi,

Laurent Wauquiez

La secrétaire d'Etat

chargée de la solidarité,

Valérie Létard