cesap
Comité d'Etudes, d'Education et de Soins Auprès des Personnes Polyhandicapées

2013

ACCOMPAGNER LE RESIDANT
Guide de la conduite du projet personnalisé

M.A.S la Cornille

20 rue P. Bigle - 94320 Thiais

Tel. 01 46 81 00 26 – Fax. : 01 45 73 60 95
Email. : lacornille @cesap.asso.fr

Avant propos

Si vous avez ce guide entre les mains, vous êtes probablement dans l'une des situations suivantes :

- Vous participez à la mise en œuvre d'un projet personnalisé,
- Vous avez commencé un projet et vous voulez vous assurer que vous avez réuni les meilleures conditions,
- Vous n'avez rien projeté mais le renouvellement d'un projet se profile,
- Vous voulez conduire une activité avec un résidant et vous voulez savoir si l'activité est en accord avec son projet.

Conduire un projet personnalisé est une démarche qui exige du temps et de l'organisation.

Ce guide vous propose un référentiel construit par les professionnels de la MAS La Cornille.

Trois dimensions sont nécessaires :

- L'engagement du professionnel,
- L'obligation légale,
- La dimension relationnelle.

Sommaire

I - Qu'est-ce que le projet personnalisé ? 4
Les caractéristiques d'un projet personnalisé efficace. 4
II – Le cycle du projet personnalisé 5
Etape 1 : observations et diagnostic 5
• Les chefs de service communiquent un calendrier de planification des dates 5
• le binôme de référence et l'ensemble des professionnels doivent s'assurer 5
Etape 2 : Co construction du projet 5
Le binôme de référence 5
Le personnel médical et paramédical 5
Etape 3 : Mise en œuvre du projet: 6
Etape 4 : Nouveau P.P 6
II - Rôle du binôme de référence, en coordination avec l'éducateur (ce qu'il faut faire et savoir) 7
A- Se repérer dans le temps 7
B– Mon réseau 8
IV – Tableau de synthèse du déroulement de la conduite du projet 10
Etape 1 : Planification annuelle des projets personnalisés 10
Etape 2 : Courrier aux familles 10
Etape 3 : Remise des rapports préparatoires 10
Etape 4 : Présentation des attentes et besoins des familles 11
Etape 5 : Rédaction du projet personnalisé 11
Etape 6 : Restitution à la famille du projet personnalisé 11
Etape 7 : Classement normalisé du projet personnalisé et de ses supports 11
Etape 8 : Bilan Intermédiaire du Projet Personnalisé 12
Etape 9 : Présentation à la famille et ou représentant légal du bilan intermédiaire 12
ANNEXES 13

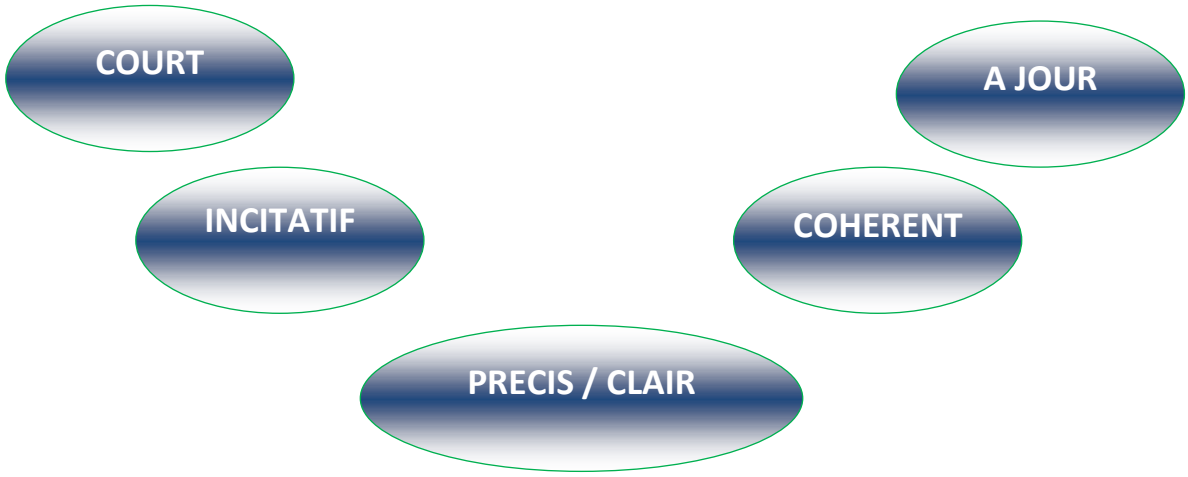
I - Qu'est-ce que le projet personnalisé ?

Le projet personnalisé illustre la connaissance qu'ont les professionnels du résidant et de son entourage. Le projet personnalisé doit témoigner de la prise en compte des besoins du résidant.

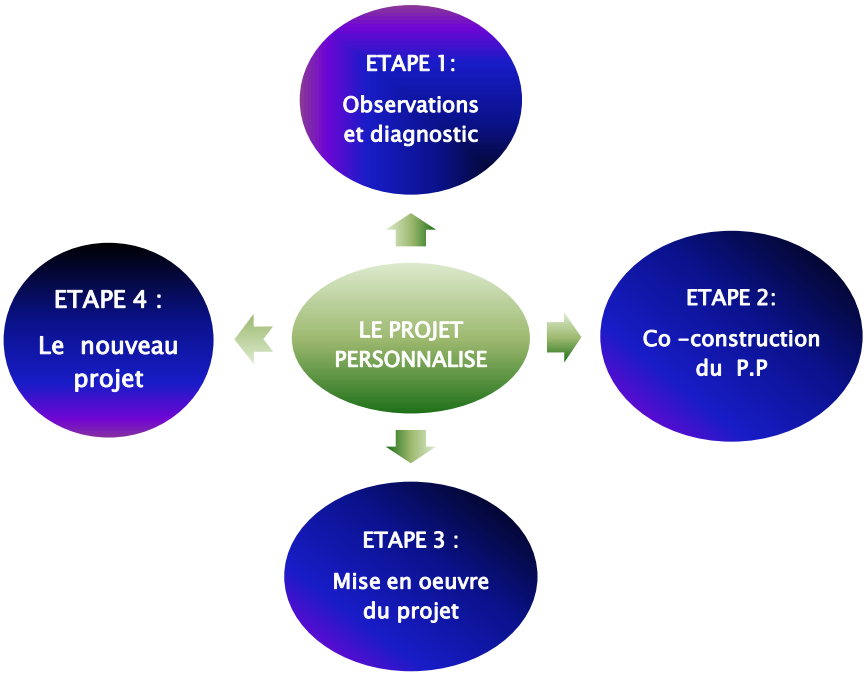
Le projet personnalisé permet de personnaliser au mieux l'accompagnement, d'individualiser le regard porté sur chacun, d'atténuer l'impact de la vie collective pour apporter de la qualité de vie aux résidants.

La finalité du projet personnalisé est de permettre à tous les professionnels, y compris les intervenants extérieurs, d'améliorer avec cohérence la qualité de la vie du résidant.

Les caractéristiques d'un projet personnalisé efficace.



II – Le cycle du projet personnalisé



Etape 1 : observations et diagnostic

- **Les chefs de service communiquent un calendrier de planification des dates** de projet à l'ensemble des professionnels.
- **Le binôme de référence et l'ensemble des professionnels doivent s'assurer** d'utiliser les **supports d'observations** qui ont été validés.

Etape 2 : Co construction du projet

Le binôme de référence

Il informe et échange avec le résidant autour des observations et propositions pour lesquelles il faut laisser place à la créativité. Il s'assure de recueillir l'avis de la famille et présente son écrit à l'ensemble de l'équipe lors d'une **réunion de préparation**. L'équipe doit s'assurer que tous les points ont été abordé y compris la vie affective et que l'avant projet est adapté au résidant.

Le personnel médical et paramédical

Ils transmettent leurs écrits et participent à la réunion de synthèse.

Etape 3 : Mise en œuvre du projet:

- Le binôme de référence et l'ensemble de professionnels doivent connaître leur rôle et missions. Il n'y a pas d'obligation de résultat mais une obligation de mise en œuvre des propositions envisagées dans le cadre du projet. Le binôme de référence coordonne l'ensemble des projets et doit pouvoir rendre compte lors de la réunion de suivi et d'évaluation qui est organisée une fois par trimestre (4 résidants par trimestre) en **réunion d'unité**.

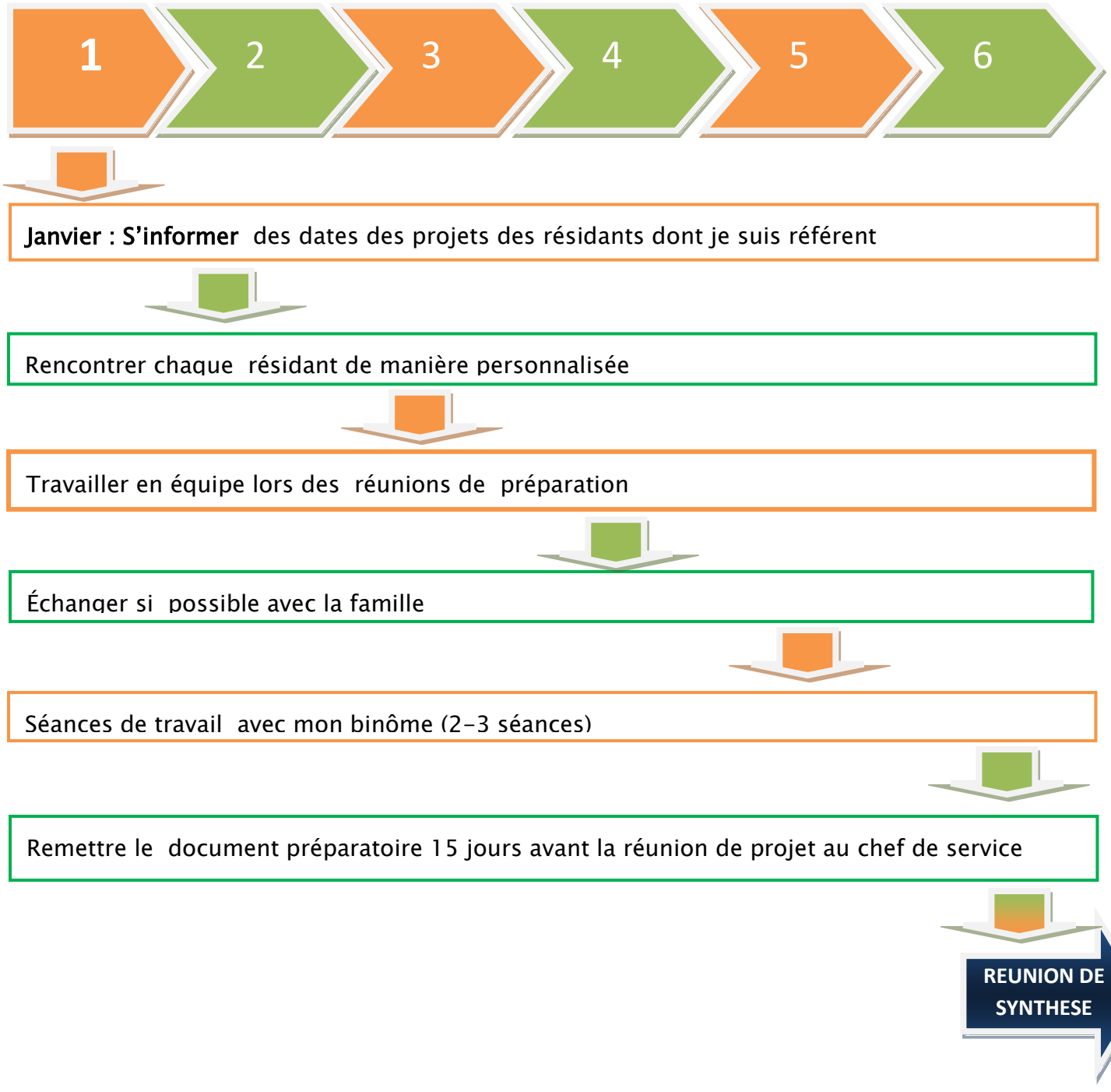
Etape 4 : Nouveau P.P

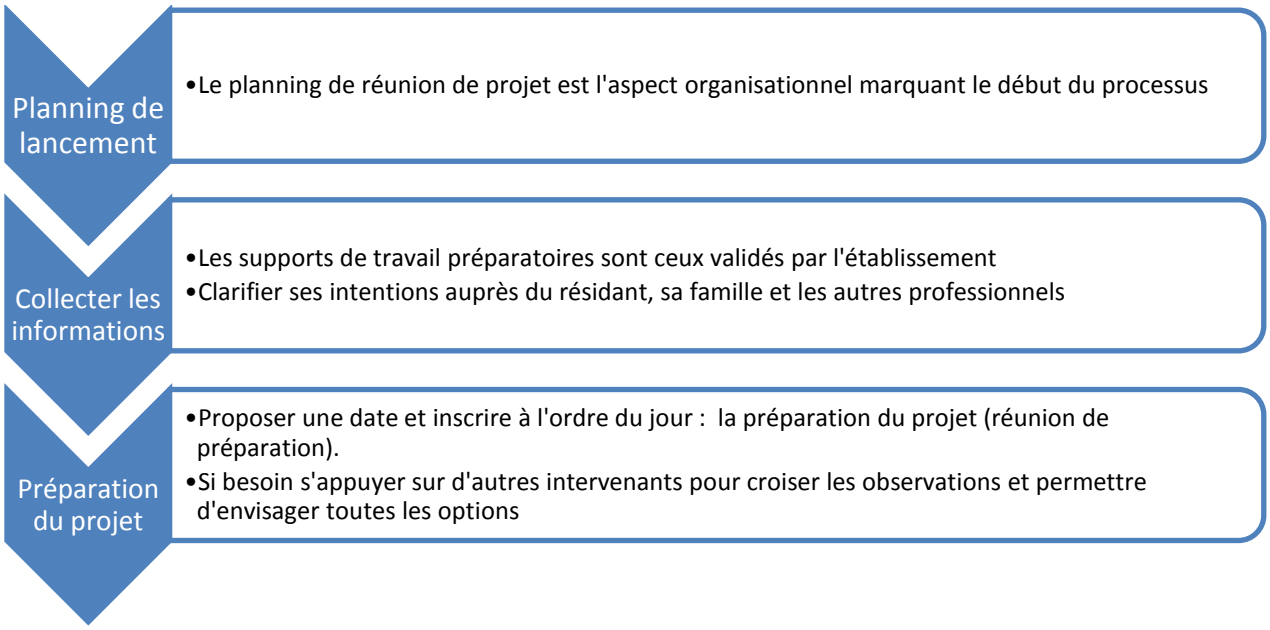
- Le projet est réévalué une fois par an pour l'accueil de jour et tous les 18 mois pour l'internat en **réunion de synthèse**.

- Le binôme de référence recueille l'avis du résidant, de sa famille et des autres intervenants: médicaux et paramédicaux

II - Rôle du binôme de référence, en coordination avec l'éducateur (ce qu'il faut faire et savoir)

A- Se repérer dans le temps





B– Mon réseau

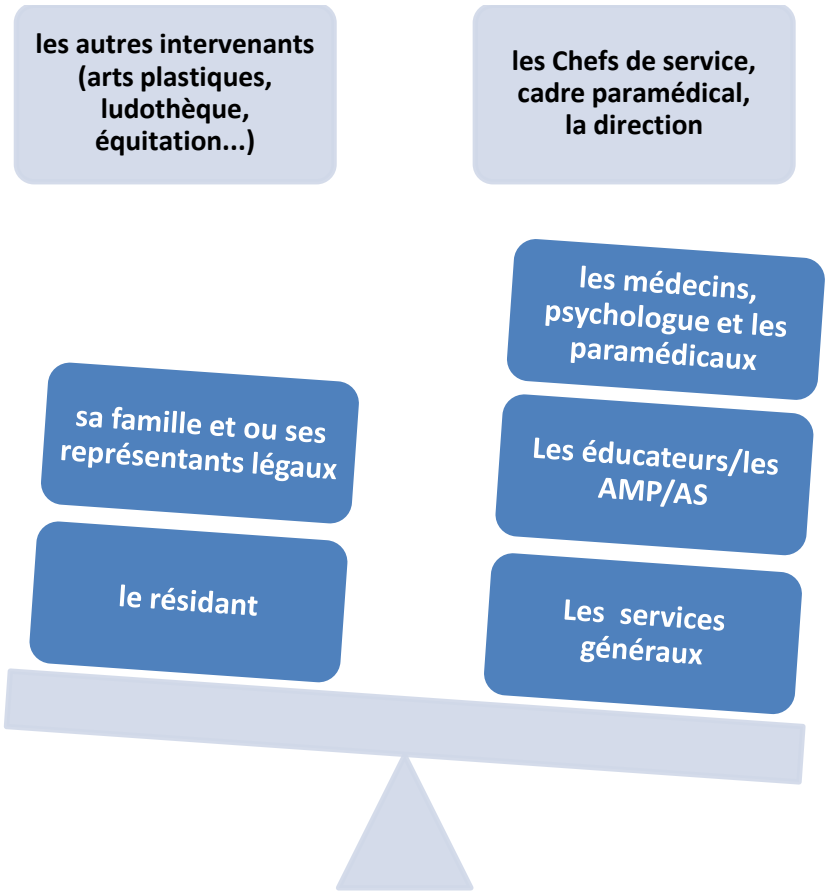
Qu'est-ce qu'un réseau ?

Le réseau est un ensemble de personnes en relation les unes avec les autres, régulièrement ou non. Il permet de faire circuler des informations.

Qui constitue votre réseau ? Vos collègues (jour, nuit et services généraux), vos supérieurs hiérarchiques, les familles, le résidant, les autres partenaires…

Pourquoi est-ce utile ? Pour obtenir :

- Des informations de nature différente
- Des informations qui aident pour les objectifs


les autres intervenants (arts plastiques, ludothèque, équitation...)
les Chefs de service, cadre paramédical, la direction
les médecins, psychologue et les paramédicaux
sa famille et ou ses représentants légaux
Les éducateurs/les AMP/AS
le résidant
Les services généraux

IV – Tableau de synthèse du déroulement de la conduite du projet

Etape 1 : Planification annuelle des projets personnalisés

les chefs de service établissent un planning de réunion de synthèse des projets personnalisés, communiqué à l'ensemble des professionnels. Il s'agit d'une prévision annuelle.

Le projet personnalisé de chaque résidant sera revu :

- tous les 18 mois pour l'internat
- tous les ans pour l'accueil de jour.

Les nouveaux résidants devront avoir un projet personnalisé au bout de 6 mois de leur date d'admission.

Etape 2 : Courrier aux familles

A chaque début de trimestre, les chefs de services envoient un courrier d'information aux familles et ou représentants légaux concernées par la révision du projet de leur enfant et ou protégé.

Ce courrier invite également les familles à faire part de leurs besoins et attentes auprès du chef de service oralement (échanges téléphoniques ou rencontre) ou par écrit. A ce stade,

Les chefs de service seront les interlocuteurs privilégiés.

Etape 3 : Remise des rapports préparatoires

15 jours avant la tenue de la réunion de synthèse, l'ensemble des professionnels : infirmiers, médecin, psychologue, psychomotricien, ergothérapeute, médecin de rééducation fonctionnel (kiné), éducatif (AMP/AS/éducateur, référent de nuit), remettent aux chef de service leur rapport préparatoire.

Etape 4 : Présentation des attentes et besoins des familles

Le chef de service présente les attentes et besoins des familles lors de la réunion de synthèse.

En cas d'absence d'un professionnel, ce dernier sera supplée par son chef de service en charge de restituer ses écrits.

Etape 5 : Rédaction du projet personnalisé

Après la réunion de synthèse, le chef de service transmet l'ensemble des écrits à l'éducateur. Ce dernier a 2 semaines pour rédiger le projet personnalisé sous la responsabilité de son chef de service.

Etape 6 : Restitution à la famille du projet personnalisé

Le chef de service dispose de 2 mois après la réunion de synthèse pour rencontrer la famille.

Participe à la réunion de restitution : le résidant et sa famille ou le représentant légal, un des binômes de référence, l'éducateur, le chef de service ou le directeur adjoint, En cas de besoin ou sur demande de la famille, un professionnel médical, paramédical ou autre, peut participer à cette restitution.

Etape 7 : Classement normalisé du projet personnalisé et de ses supports

A l'issue de la réunion de restitution, deux exemplaires signés du Projet Personnalisé et leurs différents documents préparatoires sont remis :

1- un exemplaire donné à la famille et ou représentant légal,
2- un exemplaire mis dans le dossier du résidant au secrétariat avec ses supports. Une copie est faite pour être mis dans le classeur de l'unité du résidant.

Etape 8 : Bilan Intermédiaire du Projet Personnalisé

Les chefs de service organisent une **réunion de bilan intermédiaire :**

- 6 mois après la réunion de projet pour l'accueil de jour
- 9 mois pour l'internat

Une **réunion d'unité** par trimestre sera spécialement consacrée au bilan de 4 projets de l'unité parmi les douze.

Au début de chaque trimestre, les chefs de service diffuseront le calendrier des bilans du trimestre.

Etape 9 : Présentation à la famille et ou représentant légal du bilan intermédiaire

Le chef de service :

1- rédige le bilan intermédiaire à l'issue de la réunion,
2- présente le bilan intermédiaire à la famille

Observations :

1- un exemplaire donné à la **famille et ou représentant légal,**
2- un exemplaire mis dans le **dossier du résidant** au secrétariat Une copie est faite pour être mis dans le classeur de l'unité du résidant.

ANNEXES

- DOCUMENT PREPARATOIRE A LA REUNION DE PROJETSERVICE MEDICAL ET PARA MEDICAL

- DOCUMENT PREPARATOIRE AU PROJET PERSONNALISE POUR LE SERVICE EDUCATIF

- PROJET PERSONNALISE

- BILAN INTERMEDIAIRE DU PROJET PERSONNALISE

Comité d'Etudes, d'Education et de Soins Auprès des Personnes Polyhandicapées

20, rue Pierre Bigle, 94320 Thiais

DOCUMENT PREPARATOIRE A LA REUNION DE PROJET
SERVICE MEDICAL ET PARA MEDICAL

NOM DU RESIDANT :

Date de la réunion de synthèse :

Bilan de la période écoulée

NOUVELLES PROPOSITIONS

Projet thérapeutique

MOYENS

Comité d'Etudes, d'Education et de Soins Auprès des Personnes Polyhandicapées

20, rue Pierre Bigle, 94320 Thiais

DOCUMENT PREPARATOIRE AU PROJET PERSONNALISE POUR LE SERVICE EDUCATIF

Nom du résidant :

Date de naissance : Tuteur :

Coordonnées :

Entré à la MAS le : Tel :

Date de la réunion de synthèse :

Unité :

Binôme de référence

Professionnels ayant participés à la préparation :

PARCOURS DE VIE

- **Date de naissance** (âge)
- **Présentation Famille** (père /mère /fratrie)
- **Parcours institutionnel**
- **Pathologie**

PRESENTATION DU RESIDENT

1. Relations

- **Communication**
- **Comportement avec ses pairs**
- **Comportement avec l'équipe**
- **Comportement avec la famille**
- **Place au sein de l'unité**

2. Vie Quotidienne

- **Locomotion/ autonomie motrice**
- **Installations jour /nuit**
- **Propreté** (habitudes toilette/ habillage/ participation active passive)
- **Repas** (Appétit et préférences /aliments mixés ou pas/boisson/comportement à table/installation/ fourchette ou cuillère/autonomie)
- **Sommeil**
- **Habitudes**
- **Soins infirmiers**
- **Rééducation motrice, psychomotrice**
- **Vie affective**

3. Relations familiales

Rythme des retours au domicile/visites

EVALUATION DU PROJET EN COURS

- Rappel objectifs moyens précédents

- Evaluation : – Activités institutionnelles
  – Vie quotidienne
  – Des divers moyens et objectifs

NOUVELLES PROPOSITIONS	
OBJECTIFS	MOYENS
1. Comportement/communication Vie quotidienne 2. Suivi médical 3. Soins/ Rééducation 4. Installation 5. Activités	1. 2. 3.

La Cornille

Maison d'Accueil Spécialisé

PROJET PERSONNALISE

M.

Unité

Né(e) le

Référents(es) :

Référent de nuit :

Réunion de synthèse du

Présents :

A- Recueil d'informations et observations :

- **Comportement :**
- **Vie affective**
- **Communication**
- **Participation à la vie de l'unité et de la MAS** :
- **Vie quotidienne**

Motricité et appareillage :

Toilette et propreté :

Repas :

Sommeil :

- **<u>Santé et soins</u>**
- **<u>Activités</u>**
- **<u>Famille</u> :**

B- <u>Besoins identifiés et objectifs du projet</u> :

C- <u>Moyens à mettre en œuvre</u> :

Sur les items suivants :

- *Comportement :*
- *Communication*

- *Vie affective*

- *Vie quotidienne*

  Motricité et appareillage :

  Toilette et propreté :

  Repas :

  Sommeil :

- *Santé et soins*
- *Activités :*

Remise du projet le :

Observations de la famille ou du tuteur :

Référent ou Educateur.	*Chef de Service*	*Parents/Tuteurs et ou résidant :*

Comité d'Etudes, d'Education et de Soins Auprès des Personnes Polyhandicapées

20, rue Pierre Bigle, 94320 Thiais

BILAN INTERMEDIAIRE DU PROJET PERSONNALISE

Nom du résidant :

Né(e) le

Référents(es) :

Référent de nuit :

Réunion de bilan du :

Présents :

20, rue Pierre Bigle, 94320 Thiais

OBJECTIFS	MOYENS	REALISE OU NON	OBSERVATIONS
1 _____	_____	_____	_____
2 _____	_____	_____	_____
3 _____	_____	_____	_____
4 _____	_____	_____	_____
Conclusion du Chef de service			
Observations de la famille			