



*Centre de réinsertion sociale pour
Traumatisés Crâniens et Cérébro-Lésés*

A.T.C.F. région Centre

LIVRET D'ACCUEIL DES STAGIAIRES



Nom et prénom du stagiaire :

Intitulé du stage :

Service :

Période de stage :

Tuteur(s) de terrain :

**Foyer d'Accueil Médicalisé Résidence Algira
2 rue Algira 36190 ORSENNES**

www.fam-algira.com

Tél : 02.54.01.61.01 / Fax : 02.54.01.61.09 / E-mail : fam@algira.org

**Le FAM « Résidence Algira » est géré par l'ATCF région Centre
Association des Traumatisés Crâniens et Cérébro-Lésés et leurs familles de la région Centre6Val de Loire**

Bonjour,

Vous êtes étudiant(e) en soins infirmiers ou stagiaire d'une profession paramédicale ou socio-éducative, vous préparez un brevet d'étude, un certificat d'aptitude professionnelle, un diplôme d'Etat ou un diplôme universitaire, vous suivez un stage de formation alternée, nous sommes ravis de vous accueillir.

C'est dans l'objectif d'une meilleure intégration que nous vous remettons ce livret.

Vous disposerez ainsi de renseignements sur notre établissement et son fonctionnement.

**L'équipe de la résidence Algira vous souhaite la
bienvenue !**

SOMMAIRE

L'Etablissement	P. 3
Informations générales	P. 4
L'équipe pluridisciplinaire	P. 5
Organigramme	P. 6
Présentation du stage	P. 6
Déroulement du stage	P. 6
Missions et rôle du tuteur de terrain	P. 7
Déroulement d'une journée type	P. 7
Présentation des personnes accueillies	P. 8
Activités proposées	P. 10
Glossaire et abréviations	P. 10
Documents et supports de travail	P. 12
Informations pratiques	P. 12

L'ETABLISSEMENT

L'Association des Traumatisés Crâniens et leurs Familles de la région Centre (A.T.C.F. région Centre) est gestionnaire du Foyer d'Accueil Médicalisé Résidence Algira.

Créée le 16 avril 1987, c'est une association à but non lucratif réglementée par la loi du 1er juillet 1901.

Elle est adhérente à l'Union Nationale des Associations de Familles de Traumatisés Crâniens et de Cérébro-lésés (U.N.A.F.T.C.).

L'A.T.C.F. région Centre est co-fondatrice d'un Groupement national de Coopération Sociale et Médico-Sociale, CAP TCL (Coopération pour l'Accompagnement des Personnes Traumatisées Crâniennes et Cérébro-Lésés).

Le Foyer d'Accueil Médicalisé « Résidence Algira » est ouvert depuis le 15 avril 2002. C'est un établissement dont la vocation est de tendre vers la réinsertion sociale de personnes adultes, victimes de lésions cérébrales acquises. La lésion cérébrale peut être d'origine traumatique (accident de la voie publique, du travail, du sport, agressions, auto-agression, chute...), vasculaire (arrêt cardio-respiratoire, rupture d'anévrisme, ...), tumorale, toxique ou infectieuse.

La capacité de l'établissement est de 32 places, dont 2 en accueils temporaires.

La Résidence Algira est située sur la commune d'Orsennes dans l'Indre (36) en milieu rural.

Sa mission : *La Résidence Algira accueille des personnes qui ne peuvent plus reprendre une activité professionnelle en milieu ordinaire, qui nécessitent des soins réguliers et une réadaptation à la vie quotidienne et sociale.*

Son ambition : *L'établissement a pour ambition d'aider la personne à élaborer et à réaliser son projet de vie le mieux adapté à ses besoins et ses attentes. Les professionnels veillent à favoriser la réinsertion familiale, sociale et/ou professionnelle. L'objectif principal est de valoriser et développer les compétences de la personne en respectant ses souhaits.*

Ses moyens : *L'équipe propose dans un environnement sécurisant, un accompagnement aux activités de la vie quotidienne, de la vie courante et une ouverture socialisante et de découverte sur l'extérieur. Dans l'esprit d'accompagner chaque personne dans sa globalité, le Projet Personnalisé d'Accompagnement (PPA, loi 2002-2) tiendra compte de la complexité de chaque situation et s'adaptera à la singularité de chacun. En cohérence avec le projet de vie de chaque personne, l'équipe pluridisciplinaire s'orientera vers des moyens œuvrant sur des aspects préventifs, thérapeutiques, réadaptatifs, culturels et sociaux.*

Dans le prolongement du projet associatif, dans le cadre du projet d'établissement, les professionnels de la Résidence Algira s'engagent à promouvoir et à développer les valeurs suivantes :

- **Respecter la personne et ses droits fondamentaux ;**
- **Permettre aux résidents de trouver leur place dans la société ;**
- **Favoriser l'épanouissement personnel et la liberté de choix ;**
- **Respecter la laïcité ;**
- **Instaurer un climat de confiance et de sérénité ;**
- **Favoriser l'interdisciplinarité ;**
- **S'adapter aux besoins et attentes des usagers.**



Les professionnels s'appuient également sur les concepts de bienveillance contenue dans la recommandation de bonnes pratiques de l'ANESM et au respect de la législation en vigueur.

« La résidence assure l'hébergement complet des personnes Cérébro-Lésées et propose un accompagnement individualisé respectueux du bien-être de la personne, en tenant compte de sa singularité, en veillant à la meilleure qualité de confort, de soins et d'évolution au quotidien, possible. La réinsertion sociale se traduit par un positionnement de la personne accueillie en tant que citoyenne à part entière de notre société et actrice incontournable de son projet de vie ».

L'admission s'effectue après l'étude du dossier par la Commission d'admission ; la personne et sa famille sont conviées à une visite de l'établissement. L'admission définitive est précédée d'une période d'évaluation d'un mois pour toute personne accueillie. Elle est prononcée à partir d'une notification CDAPH en foyer d'accueil médicalisé et de la prise en charge si besoin au titre de l'aide sociale.

La prise en charge et l'accompagnement des personnes accueillies à la résidence Algira sont structurés autour de quatre pôles :

- ✦ Le « **Pôle Evaluation** » favorise la perspective de l'élaboration d'un projet au regard des souhaits, des attentes, des compétences et du potentiel à développer de la personne ;
- ✦ Le « **Pôle Réinsertion sociale** » a pour objectif, la concrétisation du projet de vie en dehors de la structure sur le versant habitat,
- ✦ Le « **Pôle Réinsertion professionnelle** » accompagne la personne dans une démarche de réinsertion professionnelle et sociale ;
- ✦ Le « **Pôle Lieu de vie** » s'adresse aux personnes ayant le projet de s'installer à plus long terme au sein de la résidence.

INFORMATIONS GENERALES

L'accueil et l'encadrement

Le rôle du Cadre de service est axé sur :

- L'organisation de l'accueil du stagiaire ;
- La désignation du ou des tuteurs de terrain ;
- La programmation des bilans de stage ;
- La médiation en cas de difficultés ;
- L'élaboration des rapports d'évaluation.

L'ensemble de l'équipe participe également à l'encadrement :

- Met à la disposition les documents nécessaires à la compréhension du fonctionnement du service ;
- Soutient le stagiaire dans la recherche de situations lui permettant d'évoluer en respectant son rythme d'apprentissage.

1. La tenue

En fonction de votre formation, une tenue de travail sera fournie et portée au moment des accompagnements des soins d'hygiène. Dès ces actes terminés, le stagiaire quittera sa blouse. Il est utile de prévoir des chaussures adaptées.

2. Les clefs

Une clef à usage professionnel sera remise le premier jour du stage et sera rendue le dernier jour du stage.

3. Les repas

Les repas seront pris en salle à manger dans le cadre de l'accompagnement des usagers ou dans la salle de repos du personnel, selon les horaires du stagiaire et le type de formation suivi.

4. L'accès aux dossiers

Les stagiaires disposent d'un code d'utilisateur qui leur permet l'accès au dossier informatisé de l'usager, transmis par le cadre et peut être utilisé par plusieurs stagiaires pour une même période.

Les dossiers médicaux peuvent être consultés, sous réserve d'une autorisation hiérarchique et de l'accord de l'usager, dans le bureau des médecins.

Les dossiers socioéducatifs peuvent être consultés dans le bureau du Cadre Socioéducatif.

5. Les informations mises à disposition

Le règlement de fonctionnement, les classeurs de protocoles, livres, le livret d'accueil des personnes accueillies sont consultables sur demande des stagiaires.

6. Le secret professionnel

Le principe du secret professionnel s'impose à tout professionnel. Art. L.1110-4 du code de santé publique : « Toute personne prise en charge par un professionnel de santé, un service ou un établissement de santé, ainsi que par tout professionnel du secteur médico-social ou social, et tout service ou établissement social ou médico-social, a droit au respect de sa vie privée et au secret des informations la concernant ». Ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne à la connaissance du professionnel, du service ou de l'établissement ainsi que du personnel de ces structures, mais également de toute personne en relation, de par

ses activités, avec ces structures et qu'en conséquence, ce secret s'impose à tout professionnel intervenant dans le système de santé. Un professionnel peut cependant échanger avec un ou plusieurs professionnels identifiés des informations relatives à une même personne, à condition qu'ils participent tous à la prise en charge de cette dernière et que le partage soit strictement nécessaire à la coordination ou la continuité des soins, à la prévention ou au suivi médico-social ou social.

6.1. Obligation de réserve et discrétion professionnelle

Tout professionnel doit observer, dans l'expression de ses sentiments et de ses pensées, une réserve compatible avec la nature de ses fonctions. Il ne peut être autorisé à nuire ni à l'établissement ni aux personnes accueillies, ni au personnel.

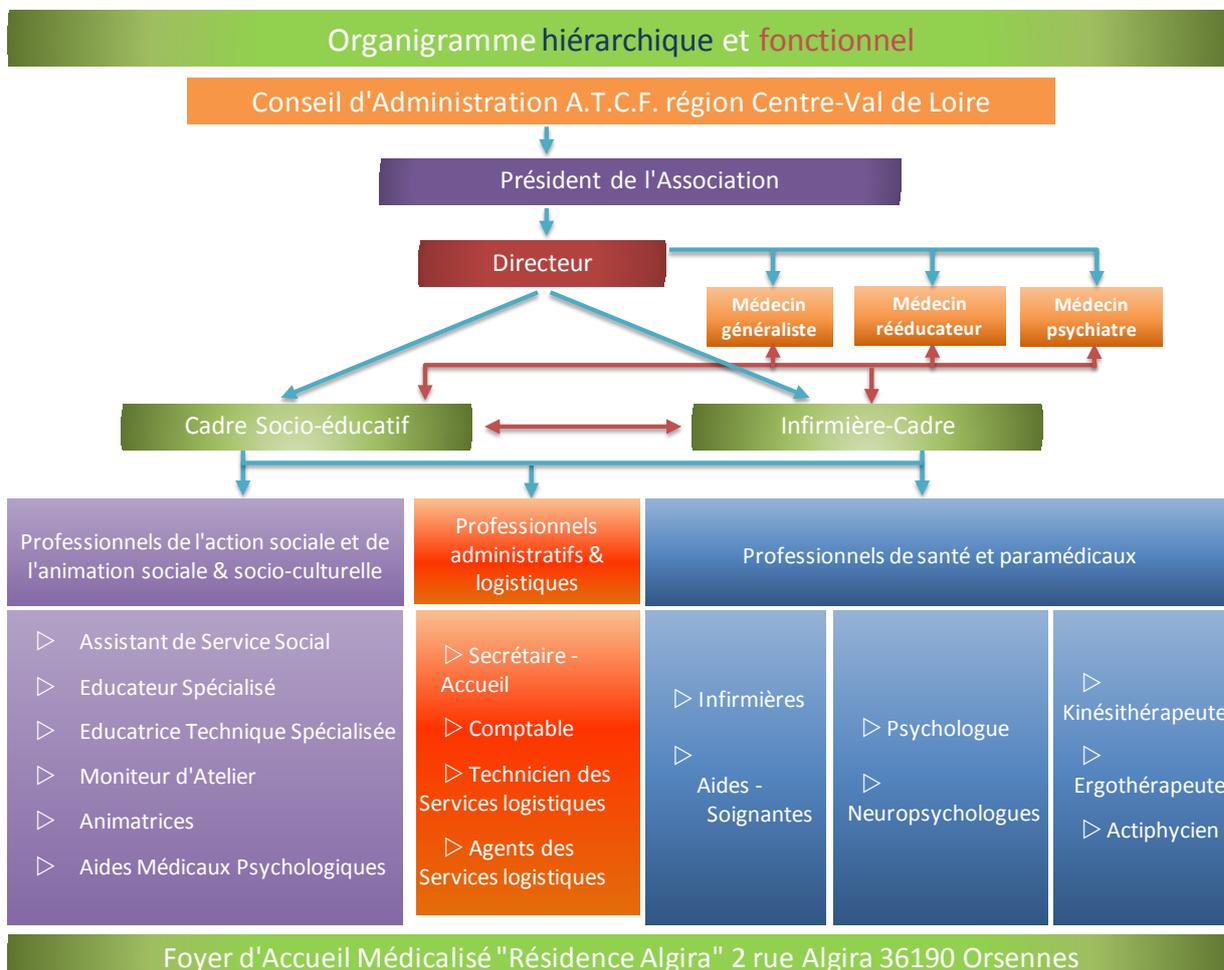
L'obligation de discrétion professionnelle est un sous-ensemble du secret professionnel. Elle s'impose à chaque professionnel. Elle peut se définir comme une attitude de réserve que doit observer tout le personnel envers toutes les informations et tous les faits dont il a connaissance, à l'occasion de l'exercice de son activité professionnelle.

Le manquement à la discrétion professionnelle constitue une faute disciplinaire susceptible d'exposer son auteur à des sanctions administratives. En effet, si tous les professionnels sont soumis à la discrétion professionnelle, tous ne sont pas soumis au secret professionnel. Les professionnels doivent donc faire preuve de discrétion professionnelle pour tous les faits, informations ou documents dont ils ont connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions.

L'EQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE

Elle se compose :

- D'un **Directeur**,
- D'un **Médecin Généraliste**, d'un **Médecin Ré-éducateur**, d'un **Médecin Psychiatre**,
- D'une **Infirmière-Cadre**,
- D'**Infirmières**, qui accomplissent des activités de soins et des tâches administratives,
- D'**Aides-Soignantes**, qui accompagnent les usagers dans les soins d'hygiène et lors de la vie courante,
- D'une **Ergothérapeute**, qui évalue les capacités des personnes accueillies sur les actes de la vie quotidienne, travaille sur le maintien et le développement de l'autonomie, les déplacements et les transferts et pratique des activités motrices,
 - D'une **Kinésithérapeute**,
 - D'un **Actiphysicien psychomotricien**, qui réalise des soins, des activités de rééducation et de stimulation sensorielle,
 - De **Neuropsychologues**, qui évaluent les séquelles cérébrales et travaillent sur les troubles des fonctions supérieures,
 - D'une **Psychologue**, qui met en œuvre des actions préventives, curatives et éducatives à travers une démarche prenant en compte la vie psychique des personnes accueillies,
 - D'un **Cadre Socio-Educatif**,
 - D'un **Educateur Spécialisé**,
 - D'une **Assistante de service social**, qui participe à l'accompagnement des personnes accueillies dans une approche globale en relation avec les projets de sortie, d'orientation, de l'organisation des séjours ainsi que du suivi administratif interne et externe de la structure (partenariats, MDPH, Conseils départementaux, A.R.S.),
 - D'une **Educatrice technique Spécialisée** et d'un **Moniteur d'Atelier** qui évaluent le potentiel professionnel des personnes accueillies, assurent un réentraînement au travail et pratiquent des activités occupationnelles,
 - D'**Animatrices socio-culturelles**, qui élaborent et mettent en œuvre des projets d'animation dans le but de faciliter la socialisation, l'expression, la créativité des personnes accueillies,
 - D'**Aides médico-psychologiques**, qui apportent une aide individualisée dans les gestes de la vie quotidienne, accompagnent dans la relation à l'environnement et au maintien de la vie sociale dans le cadre du projet institutionnel,
 - De **Coordinateurs de projets**, chargés du suivi de la mise en œuvre, de l'application, et de l'évaluation des projets personnalisés,
 - D'un **Technicien des services logistiques**, responsable du bon fonctionnement et de la sécurité des locaux,
 - D'**Agents des Services logistiques**, chargés de la distribution des repas et de l'entretien des locaux,
 - D'une **Comptable**,
 - D'une **Secrétaire-Accueil**, chargée des tâches administratives courantes et de l'accueil.



PRESENTATION DU STAGE

Objectifs de stage

Le premier objectif de l'établissement est de permettre à l'étudiant d'enrichir son parcours de formation, en l'aidant à mettre en adéquation ses objectifs personnels, ceux de l'organisme de formation et ceux de la résidence.

Les attentes de l'établissement

- En termes de connaissances : notions sur le système nerveux central (anatomie, séquelles....), adaptées suivant le type de formation effectuée ;
- En termes de savoir-faire : réalisation de soins de base (sécurité, hygiène, confort, respect de l'intimité), réalisation de soins techniques (efficacité, asepsie, dextérité, efficience), capacités relationnelles, capacités d'analyser différentes situations rencontrées, développer une réflexion critique. Transmissions écrites et orales ;
- En termes de savoir-être : adaptation, intégration, écoute, respect de l'usager et des équipes, discrétion, curiosité intellectuelle, tenue vestimentaire adaptée, ponctualité, assiduité, initiative, esprit d'équipe, dynamisme, respect du secret professionnel.

DEROULEMENT DU STAGE

Le premier jour

Vous serez accueilli(e) à 9 heures par l'Infirmière-Cadre ou le Cadre Socio-Educatif qui :

- Vous présentera l'établissement*,
- Prendra connaissance de votre cursus*,
- Prendra connaissance de vos objectifs*,
- Mettra si besoin un vestiaire à votre disposition,
- Vous présentera à l'équipe,
- Vous confiera au tuteur de stage qui sera responsable de votre encadrement,

- Vous établira votre planning,
- Vous remettra une clé.

* Si un entretien n'a pas été effectué au préalable.

- **La première semaine**

C'est une semaine d'observation et d'intégration dans la structure, auprès de l'équipe et des personnes accueillies.

Vous bénéficierez d'un apport de connaissances d'environ une heure avec une neuropsychologue, portant sur la lésion cérébrale et les séquelles.

Les évaluations de mi- stage et fin de stage seront définies.

- **Les semaines suivantes**

Vous effectuerez les soins et les activités selon votre besoin de formation, vos compétences et vos souhaits, toujours en présence d'un membre de l'équipe.

Un bilan à mi- stage sera réalisé avec l'Infirmière-Cadre ou le Cadre Socio-Educatif ou le tuteur de terrain.

Il aura pour finalité de :

- D'amener le stagiaire à s'exprimer par rapport à son vécu, ses attentes, ses difficultés ;
- D'amener le professionnel à évaluer les points positifs et les points à améliorer ;
- A déterminer de façon collégiale les objectifs à atteindre en termes de progrès.

Vous accompagnerez le ou les usagers qui vous auront été recommandés précédemment (suivant les caractéristiques de votre formation) accompagné de votre tuteur ou d'un membre de l'équipe.

La feuille d'évaluation, le rapport d'évaluation seront remplis en votre présence sur recueil des observations de l'équipe qui vous aura encadrée, et supervisée par le cadre paramédical ou le cadre Socio-Educatif lors d'un bilan de fin de stage.

MISSIONS ET ROLE DU TUTEUR DE TERRAIN

Le tuteur de terrain est sous la responsabilité de son cadre hiérarchique.

Le tuteur de terrain aide le stagiaire à :

- Repérer les membres de l'équipe pluridisciplinaire ;
- Rencontrer les personnes accueillies accueillies ;
- S'orienter dans l'établissement ;
- Développer son sens de l'observation et sa curiosité intellectuelle, son sens critique ;
- Rendre compte de son action auprès des personnes accueillies ;
- Réfléchir, avec une prise de distance, à ce qui est dit ou fait ;
- Se situer et s'investir dans un travail d'équipe ;
- Réaliser des liens avec les enseignements de la formation ;
- Atteindre ses objectifs
- Mieux maîtriser les moyens d'expression : prise de parole, rédaction des écrits, ...

DEROULEMENT D'UNE JOURNEE TYPE

- L'équipe du matin prend ses fonctions à 7h00 ;
- Le réveil s'effectue à partir de 7h30 ;
- Le petit déjeuner est servi à partir de 8h00 jusqu'à 9h30 en salle à manger ;
- Les accompagnements aux soins d'hygiène ont lieu avant 9h30 pour les usagers les plus autonomes ;
- Les activités débutent selon les plannings à partir de 9h30 jusqu'à 12h15 ;
- Le déjeuner est servi à 12h15 dans plusieurs espaces de restauration ;
- Le repas se déroule pendant environ une heure ;
- Accompagnement des usagers pour le brossage des dents, lavage des mains, changes.
- Certains usagers pratiquent une sieste ;
- L'équipe de l'après-midi débute son service à 14h00 ;
- Les activités de l'après-midi reprennent à 15h00 jusqu'à 17h00 et jusqu'à 18h45 dans certains cas ;

- Une boisson est distribuée à 17h00, ensuite les personnes accueillies disposent de temps libre.
- Le dîner est servi à 19h00 et s'étale jusqu'à 20h00 ;
- Un accompagnement au coucher est effectué pour certains usagers ;
- Des activités ponctuelles sont proposées pour les personnes se couchant plus tard pour agrémenter leur temps de soirée ;
- Arrivée de l'équipe de nuit à 21h15.

PRESENTATION DES PERSONNES ACCUEILLIES

Le traumatisme crânien correspond à une lésion cérébrale d'origine traumatique. On y associe aussi les autres lésions cérébrales acquises (accidents vasculaires cérébraux, ruptures d'anévrismes, anoxies cérébrales, tumeurs ...).

La principale cause des traumatismes crâniens est représentée par les accidents de la voie publique, mais il existe aussi de nombreuses autres causes, en particulier les accidents de sports, les actes de violences, agressions, accidents domestiques, suicides.

Bien que nous ne disposions pas de chiffres officiels en France, l'incidence du traumatisme crânien est d'environ 200 cas pour 100 000 habitants par an, dont un peu moins de 10% sont sévères. Le nombre de personnes concernées est donc estimé à environ 120 000 par an en France (dont environ 10 000 sévères).

Les **séquelles** d'une lésion cérébrale peuvent être motrices, sensorielles, cognitives, psycho-affectives et/ou comportementales.

- **Séquelles sensorielles** : troubles visuels (vue double ou diplopie, atteinte d'un nerf optique ou du champ visuel), perte du goût, de l'odorat, du toucher.

- **Séquelles physiques** : il peut exister à des degrés divers des troubles de la motricité (hémiplégie, voire tétraplégie dans les cas les plus sévères), de la coordination et de l'équilibre (syndrome cérébelleux), ou des troubles orthopédiques, dans les cas les plus sévères peuvent persister des troubles vésico-sphinctériens ou de la déglutition (risque de fausse route). Des crises d'épilepsie peuvent survenir au décours, parfois relativement tardivement.

- **Déficit endocriniens**, par lésion de l'hypophyse, pouvant majorer certains troubles, en particulier la fatigue ou les troubles sexuels.

- **Séquelles cognitives** : elles constituent la principale difficulté à la reconnaissance d'un handicap, elles sont la source de ce que l'on appelle communément le "handicap invisible": il s'agit d'une combinaison de différents troubles associant une lenteur mentale, des troubles de l'attention, de la concentration, une difficulté à faire plusieurs choses à la fois, des troubles de la mémoire surtout antérograde, c'est à dire altérant les capacités d'apprentissage de nouvelles informations, et enfin des troubles des fonctions exécutives (difficultés de gestion de tâches nouvelles ou inhabituelles, de planification, d'organisation, d'inhibition, de raisonnement, de jugement).

- Enfin il peut exister des **modifications du caractère et du comportement** sous forme soit d'une perte des initiatives et d'une apathie, soit au contraire d'une désinhibition, et de difficultés du contrôle du comportement pouvant mener à des actes socialement inadaptés (violence, agressivité, conduites addictives,...).

- Il s'y associe souvent une **anosognosie**, c'est à dire que les personnes ne sont pas clairement conscientes de leurs troubles. Tous ces troubles ne sont jamais isolés et interagissent pour donner des séquelles invalidantes car ils touchent aux fonctions supérieures (fonctions cognitives).

Les séquelles cognitives, psycho-affectives et/ou comportementales sont regroupées sous le terme de **handicap invisible**. Ce dernier se caractérise par la diminution de la capacité à réaliser certaines activités et place la personne en situation de handicap dans les activités de la vie quotidienne. En effet, ces personnes présentent des troubles émotionnels, comportementaux, sociaux et cognitifs à des degrés divers.

Le handicap est dit invisible, car il n'est pas palpable et mesurable, comme peut l'être un handicap moteur.

Cela rend la prise de conscience des besoins réels difficile pour l'entourage, la personne accueillie et nécessite un accompagnement spécifique par les professionnels.

Les séquelles cognitives peuvent être d'une gravité plus ou moins importante, elles concernent :

La mémoire et l'apprentissage : Après la période de coma, suit une période d'amnésie post-traumatique, avec un oubli à mesure qui régresse. Mais par la suite la personne conserve souvent des difficultés à retrouver spontanément les informations en mémoire, elle les retrouve plus facilement avec des indices. La mémoire de

travail est également fréquemment altérée, cette mémoire nous permet de maintenir des informations en mémoire et d'effectuer parallèlement un traitement dessus (calcul). La mémoire prospective ou de ce qu'il faudra réaliser dans le futur est également sensible aux lésions cérébrales.

L'attention et la concentration : la personne se concentre moins longtemps et au prix d'efforts plus importants. Elle est plus facilement distraite et ne peut gérer 2 actions en même temps (parler et conduire par exemple). La vitesse de traitement des informations est plus lente, la personne ne peut suivre une discussion en groupe. Elle est aussi plus fatigable.

Le langage peut être réduit ou logorrhéique. La personne a des difficultés à trouver ses mots (manque du mot) ou emploie un mot pour un autre (paraphasies). **La communication** est souvent perturbée, la personne cérébralisée a des difficultés à s'adapter à l'interlocuteur, passe du coq à l'âne, ... La compréhension peut également être perturbée surtout pour les énoncés complexes ou ambiguës. La lecture et l'écriture peuvent être touchées également.

Le raisonnement et les prises de décision : la personne prend des décisions impulsives ou inadaptées sans tenir compte de tous les paramètres.

Les initiatives et la motivation : la personne doit être sollicitée pour accomplir des tâches qu'elle peut pourtant réaliser seule.

L'organisation et la planification : la personne ne peut réaliser une tâche qui nécessite plusieurs étapes bien qu'elle soit capable de réaliser chaque sous-étape.

La flexibilité mentale : la personne ne peut s'adapter à un imprévu ou un changement, elle reste fixée sur son idée, elle persévère sur ses erreurs.

L'anosognosie correspond à l'absence totale ou partielle de prise de conscience des troubles. La personne peut également connaître ses troubles mais ne pas en tenir compte dans la vie quotidienne.

On peut également observer :

Des **difficultés d'orientation spatiale et temporelle** ;

Une agnosie qui correspond à la perturbation des mécanismes de reconnaissance (des objets, des personnes, des bruits, ...) ;

Une apraxie ou trouble de la réalisation des gestes qui peut exister en l'absence ou conjointement avec un trouble moteur ;

Une hémignégligence qui provoque une absence de prise en compte de l'environnement situé à gauche (le plus souvent) de la personne.

Les séquelles comportementales et psycho-affectives :

Les troubles de l'inhibition : la personne peut avoir un comportement trop inhibé ou pas assez, elle peut alterner les deux formes de troubles selon les situations :

Sur le versant inhibition, on regroupe les difficultés qui concernent la perte de l'élan vital, les difficultés à s'engager dans une action, l'apathie, la baisse des intérêts, l'émoussement affectif...

Sur le versant désinhibition, on regroupe les difficultés de contrôle comportemental, la distractibilité, l'irritabilité, la familiarité...

On constate souvent une baisse des capacités d'empathie (capacité à comprendre et partager les émotions d'autrui).

La labilité émotionnelle correspond à des changements d'humeur fréquents et excessifs : on observe des réactions intenses pour des contrariétés minimales.

ACTIVITES PROPOSEES

<p style="text-align: center; margin: 0;"><u>Sportives</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Piscine - Equitation - Attelage - Randonnée - Musculation - Vélo 	<p style="text-align: center; margin: 0;"><u>Manuelles</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Sarbacane - Gymnastique - Gymnase - Musculation - Modelage - Cuir - Bois - Vannerie - Activités créatives - Tricot – crochet
<p style="text-align: center; margin: 0;"><u>Loisirs</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Jardin - Pâtisserie - Percussions - Pêche en été - Informatique - Poésies et chansons 	<p style="text-align: center; margin: 0;"><u>Activités cognitives</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Sorties extérieures - Gardons contact - Cinéma - Journal - Raisonnement - Revue de presse - Groupe de parole - Jeu de l'oie - Groupe agenda - Médiathèque - Métacognition - Théâtre - Organisation sortie - Neuro-jeux - Atelier des sens - Soutien
<p style="text-align: center; margin: 0;"><u>Activités de vie quotidienne</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Lingerie - Entretien de la chambre - Cuisine - Gestion de l'argent personnel - Epicerie sociale - Préparation du pilulier 	<p style="text-align: center; margin: 0; color: purple;">Prises en charge individuelle en kinésithérapie, neuropsychologie, psychologie, gestion de budget, ergothérapie, psychomotricité...</p>

GLOSSAIRE et ABREVIATIONS

AAH : Allocation adulte handicapé.

AFTC : Association de familles de traumatisés crâniens.

AGNOSIE : Incapacité à reconnaître les objets indépendamment de tout déficit sensoriel.

AMNESIE : L'amnésie est la perte partielle ou totale de la mémoire.

AMNESIE ANTEROGRADE : Trouble de la mémoire caractérisé par une incapacité à encoder de nouveaux souvenirs.

AMNESIE RETROGRADE : Oubli partiel (lacunes) ou complet des événements survenus avant la lésion.

ANOSOGNOSIE : La personne n'a pas conscience de ses troubles.

APATHIE : Etat de fatigue physique et intellectuelle profond se caractérisant par une indifférence à l'émotion et aux désirs.

APRAGMATISME : Incapacité à entreprendre des actions. Il en résulte une perte d'initiative motrice.

APRAXIE : Troubles de la réalisation de gestes complets ou symboliques indépendant de toute atteinte motrice ou sensitive et de tout trouble de la compréhension.

APHASIE : Troubles ou perte de l'expression et de la compréhension du langage acquis, parlé ou écrit indépendant de tout état démentiel, atteinte sensorielle ou dysfonctionnement de l'appareil laryngé.

ATAXIE : Perturbation motrice découlant des troubles du sens positionnel et de la sensibilité articulaire.

ANOSMIE : Perte du sens de l'odorat.

ANOSODIAPHORIE : La personne a entièrement conscience de ses troubles mais n'en mesure pas la gravité.

APT : Amnésie post-traumatique.

AVC : Accident Vasculaire Cérébral.

AVP : Accident de la Voie Publique.

AVQ : Activités de la Vie Quotidienne.

COGNITIF : Se dit des processus mentaux (raisonnement, attention, mémoire...) qui permettent l'apprentissage et la manipulation des connaissances.

DTS : Désorientation temporo-spatiale.

DYSMETRIE : Incapacité de régler correctement l'intensité et la durée de l'activation musculaire en fonction du but à atteindre. Exagération de l'amplitude du mouvement qui dépasse son but mais conserve sa direction.

DYSARTRIE : Trouble concernant l'articulation de la parole.

DYSPRAXIE : Discordance entre l'acte voulu et l'acte réalisé, en l'absence de toute paralysie des muscles impliqués dans le mouvement.

ESAT : Etablissement et Service d'Aide par le Travail.

EPILEPSIE : Affection chronique due à l'activation subite et anormale d'une zone du cerveau. Elle se traduit par des crises soudaines et des manifestations très variables allant de la perte de conscience (avec mouvements hypertoniques, morsure de la langue) à de simples absences de quelques secondes.

FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé.

GOS : Glasgow Outcome Scale (score de sortie de Glasgow, échelle de devenir)

- 1- indépendance (séquelles minimales)
- 2- dépendance modérée (physique ou psychique)
- 3- dépendance importante (physique et psychique)
- 4- dépendance totale (EVC ou EPR)
- 5- décès

HEMIPLÉGIE : Paralysie complète ou incomplète d'un hémicorps entraînant une perte de la commande volontaire.

HEMIPARESIE : Paralysie légère (parésie) d'une moitié du corps.

HEMINEGLIGENCE : Ignorance de l'hémi espace.

IMPULSIVITE : Déficit du contrôle inhibiteur. Les paroles et les actions ne sont plus censurées.

MAS : Maison d'Accueil Spécialisée.

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées.

MIF : Mesure de l'Indépendance Fonctionnelle.

PARESIE : Déficit moteur défini par une perte partielle des capacités motrices d'une partie du corps.

PEC : Prise en charge.

PERSEVERATION : Répétition d'un comportement qui peut être verbal (mot, phrase,...), idéatoire (idées fixes) ou comportemental (gestes, actions ...)

POLYHANDICAP : Handicap grave aux expressions multiples associant une déficience motrice et une déficience mentale sévère ou profonde. Il entraîne une restriction extrême de l'autonomie et des possibilités de perception, d'expression et de relation.

SPASTICITE : Elle se traduit par l'exagération du réflexe myotatique d'où une contraction du muscle en réponse à son étirement passif. Elle augmente à la station debout, à l'activité, au froid, à l'émotion.

SYNDROME CEREBELLEUX : Ensemble de signes et de symptômes caractéristiques d'une atteinte plus ou moins grave du cervelet.

SYNDROME FRONTAL : Perturbation des comportements gérés par les lobes frontaux avec fréquents troubles du comportement (désinhibition...), de l'humeur (labilité...), et des fonctions exécutives (avoir une activité contrôlée dirigée en un but).

UEROS : Unité d'Evaluation de Réinsertion et d'Orientation Socio- professionnelle.

DOCUMENTS ET SUPPORTS DE TRAVAIL

Les dossiers médicaux rouges et sont rangés dans une armoire dans le bureau du médecin. Les dossiers médicaux ne doivent pas quitter le cabinet. Les dossiers éducatifs (prise en charge globale de la personne accueillie) sont en salle de transmissions, consultables sur place.

Un classeur d'accompagnement pour la prise des repas est posé sur l'armoire dans l'office. Vous y trouverez tout ce que le résident peut faire, en capacité d'autonomie, son régime et ses habitudes alimentaires.

En salle de transmissions est disponible un classeur avec les habitudes de vie sur les accompagnements des soins d'hygiène pour chaque usager, ainsi que le protocole d'entretien de sa chambre (pour ceux qui sont en capacité de le faire).

Certains résidents possèdent des outils compensatoires, la liste est jointe avec les documents remis. Un protocole d'accompagnement peut être affiché dans la chambre du résident, afin de faciliter l'utilisation de ces outils. Pour plus d'informations vous pouvez rencontrer les neuropsychologues.

INFORMATIONS PRATIQUES

- L'établissement est équipé d'un système informatique, les professionnels travaillent en réseau par le biais d'un serveur.
- Le logiciel « MEDICOR » permet de rassembler toutes les informations, les données, le dossier médical, les bilans de chaque professionnel, les synthèses, les rendez-vous médicaux, autres RDV, les habitudes de vie.
- Chaque professionnel à une licence sur son poste informatique, il lui est attribué un code d'accès par le chef de service à son arrivée.
- Le secrétariat est ouvert du lundi au vendredi à partir de 9h15 jusqu'à 17h15.
- Le fax et le photocopieur sont situés dans le local technique.
- Les codes d'accès et de sortie de l'établissement vous seront fournis par votre tuteur de terrain.
- Une clé (passe) vous sera confiée le jour de votre arrivée.
- Le lieu de pause se situe dans le prolongement de l'unité A, à l'espace de détente du personnel.
- Vous avez la possibilité de commander vos repas auprès de la secrétaire 72h00 avant, moyennant le tarif du moment (environ 5.00 €).
- Le courrier part en fin de matinée, la poste dispose d'horaires d'ouverture.
- Le parking réservé aux salariés est matérialisé par des pancartes visiteurs.

Chaque membre de la direction assure des semaines d'astreintes :

- Le week-end, du vendredi soir 18h00 au lundi matin 7h00, et jours fériés,
- Tous les soirs de la semaine de 18h00 à 7h00 le matin.

Ces périodes sont affichées sur le tableau des horaires de travail à côté de la salle de soins, Unité A.

Il vous sera remis d'autre part :

- Votre emploi du temps ;
- Le règlement de fonctionnement de l'établissement ;
- La Charte des droits et libertés de la personne accueillie ;
- Le règlement intérieur de l'établissement.