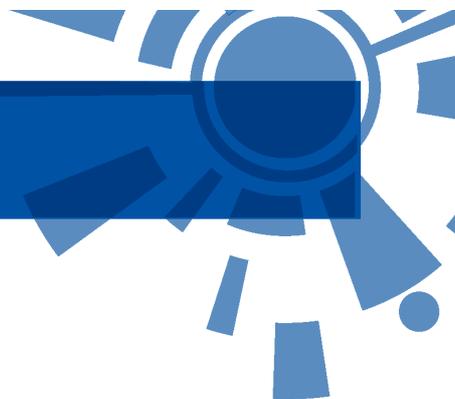




PÔLE HABITAT / PÔLE SERVICES

4 & 6 Chemin de Conton
03700 Bellerive-sur-Allier
Tél. 04 70 90 90 00
Fax 04 70 32 35 99



PROJET D'ETABLISSEMENT

FOYER DE VIE

Site **MONZIERE**

Site **BOIS du ROI**

2018 - 2023

Coordination – méthodologie – rédaction :

Marie Christine GUILLAUMIN - Conseillère Technique Qualité SAGESS,
Eric AUGUSTE - Chef de service,
Kaoutar ACHOUR - Chef de service,
Marie Pierre JOBERT - Directrice adjointe,
Betty CHAPELIER - Directrice.

(Consultation CE le 22/05/18 – Consultation CVS le 18/06/18 – Validation CA le 21/06/18)



SOMMAIRE

INTRODUCTION	4
L'AVERPAHM, une association engagée.....	5
La démarche méthodologique du projet d'établissement	9
1 MISSIONS DU FOYER DE VIE	10
1.1 L'autorisation de fonctionnement du Foyer de vie.....	10
1.2 Cadre juridique du Foyer de Vie et ses missions	11
1.3 Le parcours des personnes accueillies.....	12
1.4 Le circuit administratif de la prise en charge de l'hébergement	13
2 LA RECONNAISSANCE DES DROITS FONDAMENTAUX.....	13
2.1 La loi du 02 janvier 2002 de rénovation et de modernisation de l'action sociale	13
2.2 La loi du 11 février 2005 : handicap et compensation.....	15
3 DEMARCHE D'ACCOMPAGNEMENT ET OUTILS	17
3.1 Le projet personnalisé.....	17
3.2 Le référent coordonnateur de projet.....	19
3.3 Intégrer la notion de parcours dans la gestion des orientations.....	22
4 REFERENTIEL DIFFERENCIE DE COMPETENCES ET D'EVALUATION	24
4.1 Foyer de vie Monzière	24
4.1.1 Les besoins des usagers – Analyse psychopathologique et psychopédagogique	24
4.1.2 Foyer multi générationnel : le nécessaire repérage des âges et leur reconnaissance.....	29
4.1.3 Le maintien et le développement des actions favorisant l'inclusion.....	31
4.2 Foyer de vie Sénior du Bois du Roi	33
4.2.1 Connaissance de la population vieillissante.....	33
4.2.2 Les conséquences du vieillissement de la personne handicapée.....	34
4.2.3 L'observation appropriée des changements qui peuvent être liés au vieillesse.....	36
4.2.4 La prise en compte spécifique aux besoins des personnes vieillissantes au Foyer Sénior	37
4.2.5 La fin de vie : Accompagner jusqu'au bout	40
5 LES QUESTIONS CLES DE L'ACCOMPAGNEMENT EN FOYER DE VIE.....	41
5.1 La vie affective et relationnelle	41
5.2 Promotion des bonnes pratiques autour des questions liées à la bientraitance et à la gestion des risques de maltraitance	43

5.3	Animation et activités au cœur de la vie quotidienne	44
5.4	Les activités inscrites comme outils à part entière du projet personnalisé	46
5.5	Les prestations de services	48
6	ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT	51
6.1	Le partenariat	51
6.2	Le Personnel	52
6.3	Le travail en équipe	55
6.4	La gestion des ressources humaines.....	56
6.4.1	Le recrutement.....	56
6.4.2	La formation.....	57
6.4.3	La prévention des risques professionnels	59
6.4.4	L'accueil de stagiaires	59
7	LA DEMARCHE QUALITE.....	59
8	PLAN D'ACTION	60

INTRODUCTION

Le foyer de vie s'adresse à 41 personnes adultes en situation de handicap.

Ce foyer s'inscrit dans une histoire corrélée aux évolutions du secteur médico-social. Quelques dates permettent de baliser l'histoire des établissements du pôle habitat et pôle services de l'APERPAHM, réuni en pôle accompagnement social en 2015 (non différenciation entre les services et les établissements dans une logique de prise en charge globale), puis devenu plateforme accompagnement social au 1^{er} janvier 2018 :

1974, premier projet d'intégration du département, projet réalisé mais non formalisé,

1985, ouverture du Foyer de Vie « le bois du roi » qui se situe dans le mouvement lié à « l'anti psychiatrie », pour rompre avec les modes d'accueil asilaires,

1988, le premier projet personnalisé est élaboré dans un souci permanent de ne pas stigmatiser les personnes en situation de handicap, de les rendre actrices, de valoriser leur image dans la société.

1998, ouverture d'un établissement secondaire, le foyer de vie « les Rès de Dursat » situé sur la commune du Vernet (mitoyenne de la commune de Vichy).

2008, première évaluation interne qui a institué les axes de la loi du 02 janvier 2002 et construit un ensemble de procédures relatives à l'organisation et à la formalisation de processus en relation avec le droit des usagers.

2008 et 2011, nouveaux projets d'établissement.

2014, première évaluation externe avec le cabinet Kairos dont nous indiquons les principales préconisations :

- Compléter et actualiser le projet d'établissement actuel du Foyer de Vie et inscrire le fonctionnement, en partie spécifique de chaque site, dans ce projet d'ensemble nécessairement commun. L'élaboration de ce nouveau projet d'établissement devait être fondé sur la réécriture de l'actuel projet de service du site des Rès de Dursat. Sa transformation se voulait être un projet d'établissement prenant en compte le fonctionnement de chacun des deux sites, et ce même si nous n'avons qu'une autorisation unique – l'occasion était ainsi d'en préciser certains aspects particuliers, en se fondant notamment sur une analyse des besoins liés aux profils apparemment différenciés des usagers.
- Repréciser la méthode d'élaboration et d'actualisation des projets personnalisés.
- Renforcer les moyens d'expression et de participation des résidents.
- Ré-interroger le sens et l'organisation de certaines activités.
- Renforcer le travail collaboratif avec les familles.
- Mettre en place une procédure de signalement et de traitement des événements indésirables.

Depuis ces dates fondatrices, le Foyer de vie est un maillon important du parcours résidentiel de personnes adultes en situations de handicap, éloignées du travail, présentant des troubles du comportement, avec des liens familiaux restreints dans de nombreux cas, et vieillissantes.

C'est ainsi que le Foyer de vie a dû faire évoluer ses réponses pour s'adapter aux besoins des résidents.

2017 : L'actuel projet tient compte de ces préconisations et celles émises lors de la réalisation du nouveau projet associatif fin 2015. Il a été réalisé de la manière la plus participative possible avec les équipes. Il est le résultat d'un certain nombre d'échanges qui ont permis de « cimenter » un dispositif institutionnel en réunissant deux sites autour d'enjeux communs et de valeurs partagées.

La particularité de chaque lieu de vie



Le foyer de vie Monzière à Bellerive-sur-Allier a été construit en 2016/2017. Il accueille 24 résidents sur ce site depuis avril 2017, et dispose de 2 places d'accueil temporaires supplémentaires.

Il est composé d'espaces privés, de chambres individuelles dans lesquelles l'intimité est respectée.

Des espaces collectifs (salle télé, salle à manger, salle d'activités...) qui permettent des activités en groupe, favorisent la convivialité. Ce lieu de vie offre un cadre de vie contenant et sécurisé.



Le foyer de vie sénior du Bois du Roi à Bellerive-sur-Allier, dans sa nouvelle formule construite à neuf, accueille 17 personnes depuis 2012, et est ouvert sur le Foyer d'Accueil Médicalisé. Il dispose également d'un accueil temporaire. Il est conçu dans la même idée que le foyer de vie de Monzière privilégiant tant les espaces individuels que collectifs. Les revêtements bois, à l'extérieur de bâtiment et à l'intérieur des chambres, sont des choix architecturaux importants liés à la destination du foyer (matériau « apaisant »).

L'AVERPAHM, une association engagée

👉 Historique, valeurs de l'association AVERPAHM

Fondée en 1962 sous le nom APEIVER (Association des parents d'enfants inadaptés de Vichy et sa région) avec la création de l'Institut Médico Educatif "La Vernière", elle est devenue en octobre 1992 l'AVERPAHM (Association pour Vichy et sa région de parents et d'amis d'handicapés mentaux - puis Association pour Vichy et sa région de parents et d'amis de personnes en situation de handicap).

L'AVERPAHM accompagne tout au long de leur vie des personnes présentant une déficience intellectuelle associée ou non à des troubles sensorielles, ou des troubles psychiques ou du développement. Depuis septembre 2011, l'AVERPAHM accueille également des personnes de tous âges présentant d'autres déficiences.

Aujourd'hui, l'AVERPAHM accompagne 590 personnes en situation de handicap et réunit 280 salariés. Elle œuvre sur le bassin de Vichy avec ses 11 établissements et services, répartis sur 10 sites de l'agglomération vichyssoise.

Gouvernance

L'AVERPAHM est une association parentale, loi 1901. Son conseil d'administration est constitué de membres élus (parents et amis de personnes en situation d'handicap), de membres de droit représentant les collectivités territoriales et locales (le Conseil départemental de l'Allier, la communauté d'agglomération Vichy Communauté, la Mairie de Vichy, la Mairie de Cusset, la Mairie de Bellerive-sur-Allier), et de membres d'associations amies poursuivant des buts complémentaires à ceux de l'AVERPAHM.

Une réunion de bureau composé d'administrateurs et de directeurs des établissements et services se réunit tous les mois. Les décisions sont prises collégalement.

L'AVERPHAM est affiliée à l'Union nationale des associations de parents, de personnes handicapées mentales et de leurs amis (UNAPEI). Elle bénéficie ainsi de la reconnaissance d'utilité publique de l'UNAPEI et peut, à ce titre, recevoir des dons et legs.

Elle adhère depuis 2012 au Groupement de coopération sociale et médico-sociale Solidarité Associative pour la gestion des établissements et services spécialisés (GCSMS SAGESS). A ce titre, elle partage une direction générale commune avec les trois autres associations adhérentes : l'Association pour la gestion des établissements pour personnes âgées et personnes handicapées (AGEPAPH), l'Association Bourbonnaise pour Adultes Handicapés (ABAH) et l'Association départementale de sauvegarde de l'enfance et de l'adolescence (ADSEA).

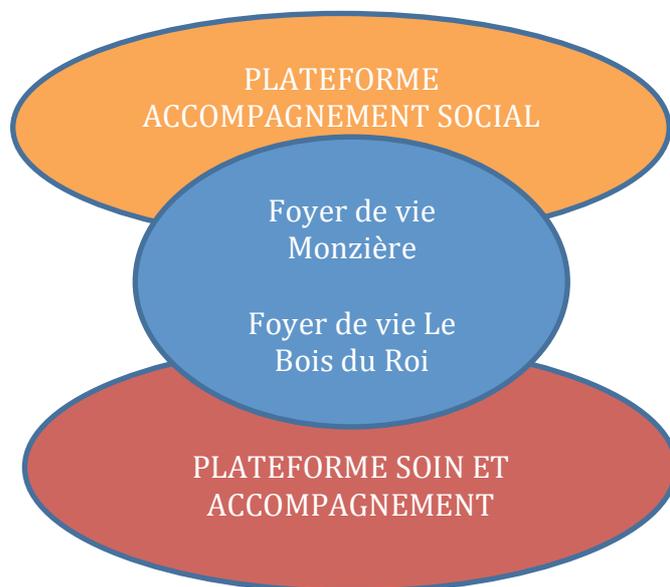
Le groupement permet le partage d'un certain nombre de fonctions supports, la mise en commun des compétences, des expériences et des engagements des associations adhérentes. Son organisation politique garantit la souveraineté de chacune.

Le GCSMS SAGESS est signataire d'un CPOM qui devrait être renouvelé en 2019 pour 5 ans, et porte sur l'activité des établissements, des associations qui le composent.

Le travail de projet du foyer de vie s'inscrit dans la même projection à 5 ans.

Organisation

L'AVERPAHM gère sept établissements et quatre services regroupés jusqu'au 1^{er} septembre 2017 en 4 pôles afin de s'inscrire dans une logique de parcours. Afin de répondre davantage à cette notion de parcours, l'AVERPAHM, ainsi que les 3 autres associations du GCSMS SAGESS, ont opté pour une nouvelle organisation sous forme de plateformes métiers inter associatives, mise en œuvre depuis le 1^{er} janvier 2018. Le foyer de vie, au travers du public accueilli et de ses missions, se situe à cheval entre la plateforme accompagnement social et la plateforme soins et accompagnement.



L'AVERPAM se veut être garante d'une interrogation et d'un questionnement permanent de ses pratiques. C'est donc selon une éthique de responsabilité que l'association s'inscrit dans les politiques sociales, s'adapte aux évolutions de la société, analyse, anticipe des projets de solidarité et d'utilité sociale. De même, c'est avec une éthique de conscience professionnelle qu'elle veut apporter une réponse sans cesse améliorée aux exigences des lois concernant l'accompagnement du handicap.

Pour l'AVERPAM, les personnes en situation de handicap sont des membres actifs de la communauté associative. À ce titre, elles participent pleinement au développement de l'Association et à la construction de la société, en partageant avec les autres membres les valeurs qui fondent l'action de l'Association :

- Le respect de la personne dans sa différence : il n'est pas question de vouloir faire disparaître cette différence, ni de la gommer, mais de lui donner sa place ;
- La laïcité : l'acceptation de l'autre et de ses origines, de ses choix de culture, d'idées, de confession et la stricte neutralité à l'égard de celles-ci ;
- La citoyenneté : pour que chacun soit acteur dans la cité et accède à tout ce qu'offre celle-ci ;
- Les valeurs de l'institution médico-sociale : la promotion du droit de la personne, l'exigence d'une prise en charge de qualité, adaptée aux besoins et aux désirs de l'utilisateur, la nécessité de la participation de celui-ci à la construction de son projet de vie ;
- Le respect mutuel et la collaboration harmonieuse entre tous les membres de la communauté associative ;
- L'engagement désintéressé des militants et le respect des décisions démocratiques.

☞ **Les principes d'action de l'AVERPAHM**

Trois grandes lignes directrices sous-tendent l'action de l'AVERPAHM :

- Apporter aux personnes en situation de handicap et à leur famille l'appui moral et matériel dont elles ont besoin.
- Être particulièrement attentif au développement moral, physique, intellectuel et affectif des personnes accompagnées.
- Promouvoir la mise en œuvre de parcours constamment adaptés en s'appuyant sur l'inclusion scolaire, l'éducation, la formation, la mise au travail, l'hébergement, l'insertion socio-professionnelle et l'organisation d'activités culturelles, sportives et de loisirs.

☞ **Le projet associatif de l'AVERPAHM du 7 Novembre 2015**

Dans un monde qui change vite et face aux enjeux futurs, l'AVERPAHM devait se doter d'un nouveau projet. Ce projet associatif « Une nouvelle ambition au service des personnes en situation de handicap » est le fruit de la réflexion de représentants du conseil d'administration, des professionnels de l'Association, des usagers, des familles. Il constitue le fondement de l'approche stratégique de l'Association pour les années 2015 - 2019, et témoigne de la volonté de l'AVERPAHM de poursuivre son action dans le respect des valeurs qu'elle porte et dans la continuité du chemin déjà parcouru.

Au travers de ce projet associatif, l'AVERPAHM a pour ambition de s'adapter aux évolutions sociétales, aux politiques publiques et d'être toujours au plus près des projets de vie des personnes accueillies.

Pour cela, l'AVERPAHM a défini des orientations et objectifs qui constitueront les fils directeurs de l'action au quotidien des établissements et services de l'Association, et le cadre dans lequel les futurs dispositifs ou projets devront s'inscrire.

Ces orientations et objectifs représentent également la trame à partir de laquelle, au fur et à mesure de leur réécriture, les projets des établissements et des services se caleront.

Globalement, les actions projetées visent à satisfaire des politiques d'inclusion.

Elles favorisent les logiques de parcours des personnes accompagnées par l'Association, en particulier au travers du décloisonnement et de la mise en lien des différents établissements et services, et plus généralement dans une dynamique de "faire institution autrement" qui constitue l'identité de marque de l'AVERPAHM. Bien loin d'une logique de mise à l'écart des personnes porteuses de handicaps, ou de structures uniformisées sans prise en compte des singularités, les bénévoles et professionnels de l'Association se battent pour permettre à chacun de tracer un parcours singulier.

C'est pourquoi les dispositifs ou projets proposés se veulent des passerelles, des entre-deux qui doivent améliorer l'offre de service de l'Association et promouvoir la citoyenneté des personnes accompagnées.

Ils n'occultent pas les actions qui sont développées au quotidien dans les établissements ou services de l'Association, mais au contraire se fondent sur elles et ont vocation à les valoriser. Le foyer de vie, dans ses deux déclinaisons, est par nature un établissement qui s'intègre dans cette politique.

La démarche méthodologique du projet d'établissement

Un calendrier de mise en œuvre a été construit avec l'ensemble de l'équipe d'encadrement afin de construire une réflexion autour des axes qui allaient constituer le projet d'établissement. La durée de réalisation s'est construite sur une période allant de janvier 2017 à décembre 2017, avec une période de relecture partagée sur le 1^{er} trimestre 2018.

Le travail s'est élaboré en parallèle sur les 2 sites, car des habitudes de travail se sont installées avec un souci de « singularité » des pratiques entretenant des représentations et des distinctions dans l'imaginaire collectif. Cependant, quelques réunions transversales se sont déroulées permettant de situer certains enjeux partagés tels que : les activités, la vie affective et sexuelle, la bientraitance dans une communauté de pensée.

Le constat de ces démarches mutualisées montre sans doute une prudence de l'expression en groupe, mais aussi une richesse de réflexions et une reconnaissance des points de vue.

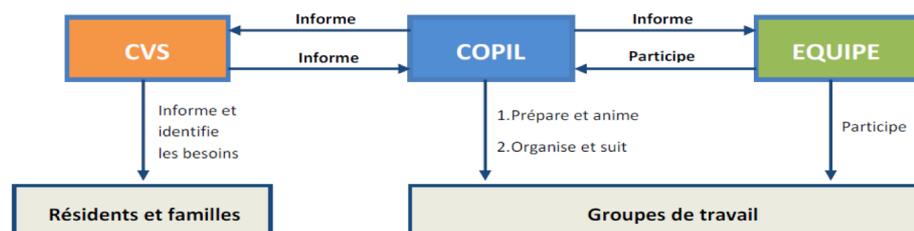
L'important était également de se détacher de l'ancien projet d'établissement uniquement axé sur le foyer de vie les Rès de Dursat, sans attention particulière du cheminement pensé et réalisé avec la construction de l'unité « le Bois du Roi ».

L'engagement dans le projet d'établissement s'est réalisé de manière contrastée :

- Pour le foyer de vie sénior du Bois du Roi : il s'est inscrit dans la continuité de celui du FAM, terminé en 2016, dans une période où le besoin de structuration et de rebasage des pratiques était devenu indispensable notamment du fait du vieillissement des résidents.
- Pour le Foyer de vie de MONZIERE : il s'est inscrit dans une période de déménagement dans un espace nouveau et vient à la suite de nombreuses redéfinitions et prises en compte des préconisations de l'évaluation externe, notamment autour du projet personnalisé.

L'écriture du projet a été coordonnée par la conseillère technique du GCSMS SAGESS, après une phase de compréhension de la démarche et de reconnaissance réciproque. Bien que ne répondant pas exactement aux normes de la démarche participative pour les raisons évoquées précédemment, ce travail repose sur les propositions et réflexions des équipes réalisées dans des temporalités différentes.

Un groupe de pilotage avec l'ensemble de l'encadrement s'est réuni tout au long de la démarche pour organiser et relancer la dynamique, mais aussi pour apprécier les difficultés rencontrées par les équipes. Le vieillissement a notamment fait l'objet d'attentions spécifiques tout comme le constat de besoins de psychologue, poste laissé vacant pendant 12 mois à la suite d'un départ à la retraite. Ce comité a vérifié que le contenu est conforme au Code de l'Action Sociale et des Familles (ci-dessous).



1 MISSIONS DU FOYER DE VIE

1.1 L'autorisation de fonctionnement du Foyer de vie

La loi du 21 Juillet 2009 (dite loi HPST) réorganise de façon profonde le système de soins et de santé en France. Elle a bien sûr des conséquences dans le secteur médico-social. Les Conseils départementaux et les ARS coordonnent leurs réponses en termes d'équipement.

La procédure d'autorisation des ESMS : Au-delà de cet outil de planification, la loi HPST a profondément réformé la procédure de délivrance des autorisations. Dans ce cadre et en application de cette loi, le décret n°2010-870 du 26 juillet 2010 fixe la procédure d'appel à projet et d'autorisation des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESMS).

L'évaluation : Par modification de la loi 2002-2, la loi HPST prévoit que les ESMS sont tenus de procéder à deux évaluations internes et deux évaluations externes durant leur cycle d'autorisation (quinze ans). L'évaluation interne est réalisée par l'organisme gestionnaire ; l'évaluation externe est réalisée par un organisme habilité par l'ANESM. Le décret N°2010-1319 du 3 novembre 2010 précise le calendrier de réalisation des évaluations externes.

Le schéma unique des solidarités du département de l'ALLIER (2017-2021) : La volonté d'adopter un schéma unique s'appuie sur une conviction : la personne et son parcours de vie doivent être au centre de tous les dispositifs. Tout citoyen peut être un jour confronté à la protection de l'enfance, au vieillissement, au handicap, à la précarité. Le schéma doit permettre de s'adapter au projet de vie de chacun. Les objectifs du schéma sont les suivants :

- Servir de cadre de référence et garantir la cohérence de l'action départementale ;
- Etablir une correspondance entre les politiques et les dispositifs pour faciliter l'accompagnement des personnes tout au long de leur vie ;
- Formaliser les conditions de mise en œuvre des partenariats institutionnels ;
- Déterminer l'organisation de l'offre et les modes de financement des futures actions.

A l'heure de l'écriture de ce projet d'établissement, un projet de refonte du décret précisant les autorisations est en cours de rédaction, sous réserve de modifications et de précisions. L'objet est d'insérer dans le code de l'action sociale et des familles (CASF) une nomenclature simplifiée des établissements et services assurant l'accompagnement des personnes handicapées ou des malades chroniques. Il deviendra ainsi possible d'autoriser une capacité globale exprimée en nombre de personnes accompagnées simultanément, lorsque les dispositions relatives à la tarification n'y font pas obstacle, dans les établissements faisant l'objet d'un financement globalisé. Toute structure autorisée pour la prise en charge d'un type de handicap doit pouvoir prendre en charge les personnes présentant également des troubles associés, le cas échéant en partenariat avec d'autres structures elles-mêmes spécialisées dans ces troubles.

Raison sociale	Foyer de Vie
Adresse 1	Foyer Sénior le « bois du roi » - 6 Chemin de Conton 03700 BELLERIVE/ALLIER
Adresse 2	Foyer de vie « Monzière » - rue de la croix des barres 03700 BELLERIVE /ALLIER
Coordonnées	04 70 90 90 00 Mail : accueil-foyers@orange.fr
Capacité / Activité	41 places dont 3 accueils temporaires
Nature juridique de la structure	61 - loi 1901 non R.U.P
Propriétaire des locaux	AVERPAHM
Autorisation	Arrêté du 03/01/2017
Tarifcation	Dotation CD
Code FINESS	030783591 et 030001069
SIRET	779 004 845 002 19
APE	8720A
Président du Conseil d'administration	Monsieur Christian FELICITE
Directeur	Madame Betty CHAPELIER – foyer de vie Monzière Monsieur Christophe BOUTEILLER – foyer de vie Bois du Roi

Contrat de séjour	Date d'actualisation : juillet 2017
Livret d'accueil	Date d'actualisation : 2013
Règlement de fonctionnement	Date d'actualisation : 15/09/2016
Conseil de la Vie Sociale	Date de création : 01/05/2004 Nombre de réunions annuelles : 3
Projet d'Etablissement	2017
Prix de Journée moyen 2017	121,09 €
CPOM	2013-2017 dans le cadre du GCSMS SAGESS

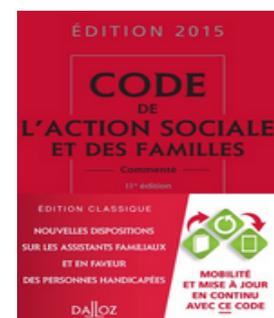
1.2 Cadre juridique du Foyer de Vie et ses missions

L'ensemble des textes règlementaires et législatifs suivants a été travaillé en équipe et constitue la « toile de fond » des choix méthodologiques et éthiques qui vont être développés tout au long du projet.

Article 312-1 du Code de l'action sociale et des familles – 7ème point

Sont des établissements et services sociaux et médico-sociaux, au sens du présent code, les établissements et les services, dotés ou non d'une personnalité morale propre, énumérés ci-après :

7° Les établissements et les services, y compris les foyers d'accueil médicalisé, qui accueillent des personnes handicapées, quel que soit leur degré de handicap ou leur âge, ou des personnes atteintes de pathologies chroniques, qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale ou bien qui leur assurent un accompagnement médico-social en milieu ouvert.



Ce type d'établissement connaît des dénominations multiples, il s'agit toujours de proposer aux personnes accueillies des animations quotidiennes, une série d'activités à même de les occuper de façon utile, intéressante et agréable, en fonction bien sûr de leur handicap.

Un foyer de vie est destiné, à titre principal, aux personnes handicapées adultes ne relevant **ni d'un Etablissement et service d'aide par le travail (ESAT), ni d'une Maison d'accueil spécialisée (MAS)**. Trois types d'accueils sont possibles : internat, semi internat ou accueil de jour.

1.3 Le parcours des personnes accueillies

La personne susceptible d'être accueillie en foyer de vie doit bénéficier d'une autonomie suffisante pour se livrer à des occupations quotidiennes. Elle est accueillie de façon permanente, temporaire ou selon un mode séquentiel, sur décision de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (C.D.A.P.H.) [CASF - Article D312-155-13]. Des critères sont requis :

- Être reconnu handicapé, c'est-à-dire avoir une incapacité permanente au moins égale à 80 % ou être, compte tenu du handicap, dans l'impossibilité de se procurer un emploi ;
- Avoir entre 20 et 60 ans au moment de la demande, voire plus de 60 ans si le handicap a été reconnu avant cet âge limite ;
- Bénéficier d'une décision d'orientation prononcée par la CDAPH de la Maison Départementale de l'Autonomie (MDA) qui tient compte de :

➤ Prise en compte du projet de vie de l'utilisateur

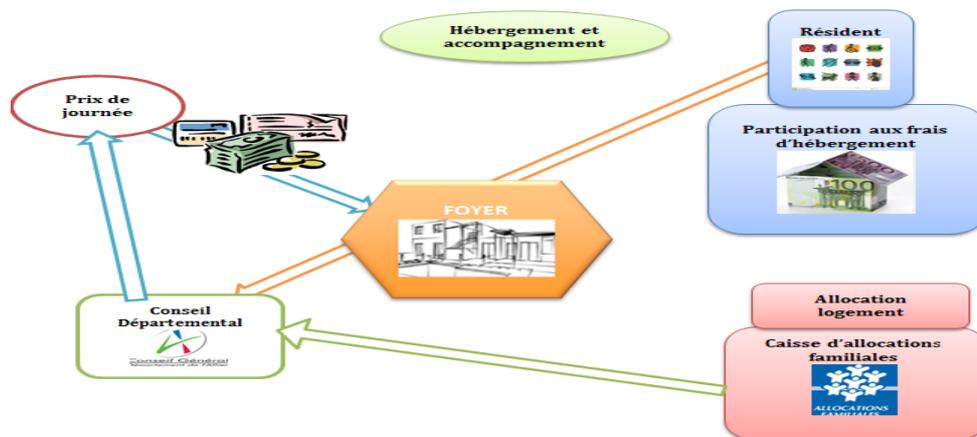
Les besoins de l'utilisateur sont définis par l'équipe pluridisciplinaire avec lui, dans le cadre de l'élaboration de son projet individualisé de prise en charge et d'accompagnement. Ce projet tient compte de son projet de vie (en matière de logement, de vie sociale et familiale, de citoyenneté, d'accès aux soins, etc.), de ses capacités d'autonomie et de vie sociale et des préconisations de la commission des droits et de l'Autonomie des personnes handicapées (CASF - D312-172).

➤ Type de handicap

Les Foyers de vie peuvent accueillir, en fonction de leur projet d'établissement, des personnes en situation de handicap

- somatique : déficience motrice, sensorielle,
- handicap psychique
- la déficience mentale
- lié au vieillissement
- des personnes polyhandicapées

1.4 Le circuit administratif de la prise en charge de l'hébergement



La personne, dès son entrée, a un nombre important de démarches à réaliser pour pouvoir intégrer l'établissement. Il est alors question de ses droits de toute nature (santé, handicap, protection...) et de ses obligations. La finalisation du contrat de séjour est l'étape ultime de ce parcours administratif. Pour aider le futur résident, sa famille, ou encore son mandataire, tous nos services contribuent à la compréhension de ces démarches, voire à la réalisation : direction, direction adjointe, secrétariat, chef de service, assistante sociale.

C'est ainsi que le résident participe aux frais d'hébergement et d'entretien. Une aide peut être accordée par le département, au titre de l'Aide Sociale, quand cette participation réduit trop fortement les ressources de la personne. Cette participation est calculée en fonction de ses ressources et est plafonnée afin qu'elle conserve un minimum de moyens financiers équivalent à 10% de ces ressources mensuelles. Compte tenu de la somme laissée à sa disposition, le surplus des frais d'hébergement et d'entretien est pris en charge par l'aide sociale du département.

2 LA RECONNAISSANCE DES DROITS FONDAMENTAUX

2.1 La loi du 02 janvier 2002 de rénovation et de modernisation de l'action sociale

Au cours de la décennie 70, la place que la personne en situation de handicap occupait dans la société a commencé à évoluer vers une plus grande participation à la vie collective, citoyenne et sociale.

Elle se base sur 5 orientations :

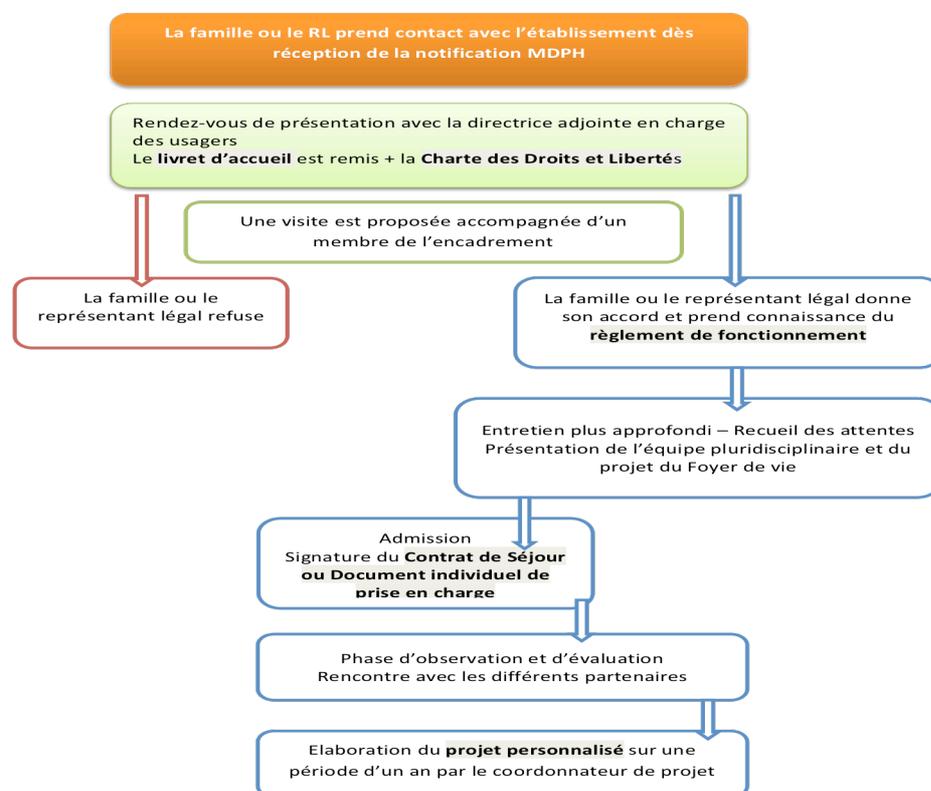
- Affirmer et promouvoir les droits des usagers
- Diversifier les missions et les offres en adaptant les structures aux besoins.
- Piloter le dispositif : articulation de la planification, programmation, allocation de ressources, évaluation.
- Instaurer une coordination entre les différents acteurs.
- Rénover le statut des établissements publics.

La loi a mis en place 7 outils dans le cadre de la première orientation en établissement :

- Le livret d'accueil
- La charte des droits et libertés
- Le contrat de séjour ou DIPC
- Un conciliateur ou médiateur
- Le règlement de fonctionnement de l'établissement
- Le projet d'établissement ou de service
- Le conseil de la vie sociale

La loi a rendu obligatoire l'auto-évaluation (évaluation interne) pour les établissements (avec communication tous les 5 ans) et l'évaluation externe tous les 7 ans par un organisme habilité.

Le processus d'accueil situe les étapes concrètes au cours desquelles se décline l'application de ces droits, dès lors que la notification de la MDPH a été adressée à l'établissement.



Pour les recours et autres formes de médiation avec l'établissement :

Un protocole conjoint ARS Auvergne Rhône Alpes et Conseil Départemental de l'Allier met à la disposition des usagers des établissements médico sociaux des personnes qualifiées tel que prévu à l'article 311-5 du Code de l'Action Sociale et des Familles

Pour l'arrondissement de VICHY: Mr GUY LEPRAT – Mme Françoise VIDAL

Antenne du Conseil Départemental - 71 Allée des Ailes VICHY

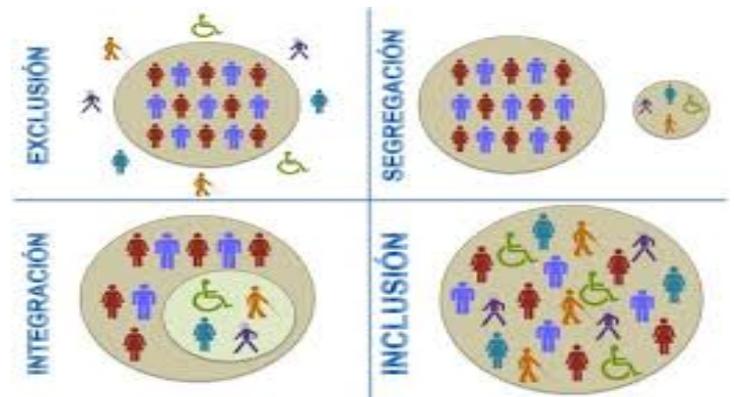
1° lundi de chaque mois de 10h à 12h

3° jeudi de chaque mois de 15h à 17h

2.2 La loi du 11 février 2005 : handicap et compensation

La loi du 11 Février 2005 a renforcé l'accès au droit commun et soutient la démarche inclusive, mais surtout elle reprecise la notion de handicap et introduit la notion de compensation.

Ce n'est pas l'altération de fonction (déficience) qui constitue le handicap mais l'interaction entre cette altération et l'environnement de la personne et le retentissement induit sur la vie de la personne.



Art. L.114 du CASF :

- *Constitue un handicap (...) toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. »*

La définition de la compensation

- Un conception large du droit à compensation
 - Art. L. 114-1-1 du CASF : « La personne handicapée a droit à la compensation des conséquences de son handicap quels que soient l'origine et la nature de sa déficience, son âge ou son mode de vie. Cette compensation consiste à répondre à ses besoins, qu'il s'agisse de l'accueil de la petite enfance, de la scolarité, de l'enseignement, de l'éducation, de l'insertion professionnelle, des aménagements du domicile ou du cadre de travail [...] des aides de toute nature à la personne ou aux institutions pour vivre en milieu ordinaire ou adapté [...] »

Les principes de la Loi n°2005-102 :

- Le droit à la solidarité de l'ensemble de la collectivité nationale.
- L'accompagnement et le soutien des familles et des proches.
- Le maintien dans un cadre ordinaire de scolarité, de travail et de vie.



3 DEMARCHE D'ACCOMPAGNEMENT ET OUTILS

3.1 Le projet personnalisé

La recommandation ANESM « Les attentes de la personne et le projet personnalisé » a permis de cerner mieux la démarche prévue par la loi de 2002, tout en produisant des échanges actualisés au sein de l'équipe.



Les différents projets doivent avoir une cohérence et le Foyer Sénior trouve sa cohérence au sein du projet général du Foyer de vie.



Le terme « personne » est celui retenu par le législateur et la distinction avec « individu » nous précise que l'intervention de professionnels vise à considérer la liberté et la singularité de chacun. C'est ainsi que le projet appartient à la personne et il se construit et s'élabore au fil de son histoire.



Le projet personnalisé obéit à une démarche construite et partagée en équipe. Les premiers contacts sont essentiels, ils permettent de construire une alliance avec la personne ou (et) sa famille.

La première phase de rencontre permet de recueillir les attentes, les besoins et les souhaits exprimés par la personne ou par son représentant légal.

Cette étape se réalise en 2 temps :

- ➡ au niveau de la directrice adjointe,
- ➡ avec l'équipe et le chef de service.

L'objectif est de permettre à la personne et sa famille de comprendre le sens de l'orientation, des attendus de la vie en collectivité, de respecter des éléments d'antériorité, autre région, famille, famille d'accueil... Une trame d'entretien est constituée et s'intègre au dossier individuel.

Savoir ou ne pas savoir, la question vaut pour le professionnel. Il est essentiel dans le respect des droits et libertés de ne chercher à savoir que ce qui est utile tel que : histoire familiale, scolarité, centres d'intérêt, capacités de base, santé, réseau social.

En plus des éléments recueillis en amont, l'accueil, l'accompagnement, les entretiens, les observations, conduits par l'ensemble des professionnels du Foyer Sénior permettent de recueillir et de disposer des informations nécessaires à l'analyse de la situation de la personne.

La vie quotidienne permet des rencontres, de repérer les capacités de chacun, l'adaptation sociale, l'investissement de l'espace collectif ou privatif, la participation au quotidien. Le temps libre offre la liberté d'aller vers autrui, de verbaliser les besoins de tranquillité, de développer ses habitudes de vie, de respecter et mesurer la fatigabilité.

Envisager un outil de présentation de la personne pour travailler le parcours et la transition à l'arrivée au foyer senior ou autre type d'établissement.

Production d'une analyse partagée entre les professionnels

La réunion qui peut se tenir hors de la présence de la personne est utile si elle permet à chaque professionnel, quelle que soit sa fonction

- d'exprimer son point de vue
- de distinguer dans les propos l'exposé des faits ou des observations et l'interprétation qui en est faite
- d'approfondir les échanges pour que le consensus entre les professionnels soit réel et non de façade
- de dégager des lignes directrices claires, facilitant le positionnement des professionnels et la compréhension pour la personne

L'ANALYSE DE LA SITUATION

- La trame est formalisée autour de 5 grands domaines et champs de compétences,
- Le chef de service a un rôle d'arbitrage dans la conduite des projets, et rôle du référent est de recueillir des informations et de coordonner l'équipe pour une bonne mise en œuvre du projet,
- La personne et son représentant légal sont associés et peuvent participer aux réunions,

Il s'agit d'un premier bilan au bout de 3 mois de vie, qui instaure un dialogue régulier et réajusté autant que nécessaire. Il évite une soumission à un fonctionnement institutionnel et permet d'intégrer les habitudes de vie de chacun.

- Il permet de formaliser et structurer un pré projet
- Il se fait en présence du médecin psychiatre qui a, au préalable, rencontré les personnes,
- Ce bilan est écrit par le référent qui recueille les différents avis,

Cette co-construction se matérialise par un temps consacré avec chaque personne ; leurs demandes sont prises en compte et se font par l'expérimentation. Selon les personnes, l'anticipation du projet est située dans le temps. Le projet personnalisé revêt une importance particulière et doit permettre un véritable dialogue autour des aspirations et des envies de la personne. La signature du projet avec tuteurs, personnes de confiance est instaurée tout comme une phase de négociation possible.

A l'issue de ces démarches sont définis les objectifs de l'accompagnement :

Objectifs à court terme
Objectifs à moyen terme
Objectifs à long terme

Ces objectifs sont priorités

LES OBJECTIFS

Des réajustements à court terme et moyen terme, les demandes des usagers ou autre sont prévus et matérialisés par un avenant au projet.

Des réunions de suivi sont établies et programmées, et permettent de déterminer les moyens à mettre en œuvre.

Des écrits réguliers consignent dans un classeur dédié les éléments d'avancée du projet. Chaque intervenant a un accès direct à l'ensemble des écrits des projets.

Un projet d'informatisation du dossier « usager » est en étude.

Le projet personnalisé est mis en place, il est coordonné par le référent en relation avec le chef de service. Ce projet est co-évalué avec la personne et ses représentants légaux, ou encore avec les aidants et les partenaires concernés. Un plan d'actions et d'activités adaptées au projet est mis en place et les effets sont repérés.

Les résultats de cette co-élaboration permettent d'élaborer de nouveaux objectifs, modifier les actions proposées, ajuster les types d'accompagnement et réinvestir le projet personnalisé afin de l'actualiser.

3.2 Le référent coordonnateur de projet

La réflexion conduite par l'équipe met en tension deux conceptions :

- La première, celle d'un référent coordonnateur des projets personnalisés en cohérence avec la loi de 2002 ;
- La seconde, celle qui met en jeu la distance professionnelle et l'implication.

Les 2 sites du foyer de vie ont une perception contrastée en écho à la construction de l'équipe et du groupe de résidents respectifs.



Le décret 2009-322 du 20 Mars 2009 relatif aux « établissements et services accueillant ou accompagnant des personnes handicapées adultes n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie » est le seul qui officialise la fonction de référent ; il fait obligation aux directions de nommer un « référent » pour chaque personne accompagnée. Le Foyer de vie peut entrer dans ce cadre réglementaire et à fortiori le Foyer Sénior. Cependant, les lois de 2002 et 2005 mettent l'usager au cœur du dispositif et poussent à une nécessaire vision plus globale et à une démarche de coordination de projet. Les équipes s'accordent pour maintenir le terme de référent qui est reconnu par les résidents, mais dont la fonction renvoie à la coordination de projet. La recommandation ANESM¹ apporte des précisions et met aussi en lumière les enjeux perçus par l'équipe des foyers :

« Les organisations des professionnels prévoient souvent qu'un (ou parfois deux) d'entre eux soit le coordinateur du projet personnalisé, signifiant par là qu'il est l'interlocuteur privilégié des parties prenantes, qu'il veille au déroulement des différentes phases du projet personnalisé et à la cohérence des interventions.

Cette fonction de coordination est particulièrement importante quand le projet personnalisé est suspendu du fait d'une hospitalisation, d'un incident de parcours involontaire, etc.

¹ Recommandation ANESM Janvier 2009 – Les attentes de la personne et le projet personnalisé

Le coordinateur de projet et les équipes analysent avec la personne elle-même (et son représentant légal) les conséquences sur le projet personnalisé.

Le coordinateur porte une attention particulière aux professionnels intervenants à temps partiels, ou ne participant pas aux réunions liées aux projets personnalisés, afin de les associer aux différentes étapes.

La désignation d'un coordinateur de projet n'exonère pas l'ensemble des professionnels qui interviennent autour de la personne de maintenir un lien attentif et respectueux avec elle.

La personne est d'ailleurs susceptible de choisir un moment et un professionnel pour exprimer son avis ou montrer satisfaction ou malaise, qui ne sont ni les moments officiels de bilan, ni le coordinateur désigné. »

- Au Bois du Roi, le groupe de 17 résidents est partagé en 3 groupes de référents ;
- A Monzière, le groupe de 24 résidents est partagé en 3 groupes de référents.

Chaque groupe de coordination comporte un éducateur et un AMP, et l'objectif réside dans la mise en œuvre du projet personnalisé (décliné ci-dessous) ; le fait de travailler en équipe garantit la continuité du suivi.

Les réunions d'équipe permettent de penser, de construire et d'organiser la démarche du projet personnalisé.

La fonction du référent coordinateur au Foyer :

➤ **Un positionnement institutionnel :**

- Il représente un relais, une interface identifiée des projets personnalisés.
- Il inscrit sa pratique en cohérence avec le projet associatif et avec le projet d'établissement.
- Il garantit la continuité de la prise en charge institutionnelle.
- Il permet la mise en œuvre du droit à la compensation et garantit à chacun une considération égale.

➤ **Une mission définie et partagée :**

- Il remplit une fonction de préparation, de liaison et d'évaluation du projet personnalisé.
- Il coordonne, sans relations hiérarchiques avec ses collègues, les projets personnalisés et veille à une transmission en équipe.
- Il met à disposition, dans un classeur, l'ensemble des informations en relation avec le projet de la personne.
- Il est un interlocuteur privilégié pour relayer les attentes et les intérêts de la personne.
- Il est un repère pour les résidents - On les renvoie au référent pour des choses spécifiques.
- Il se situe en interface avec les différents intervenants externes (tuteurs, partenaires, familles) - il peut faciliter des négociations.
- Il garantit la participation des personnes et co-construit le projet avec elles.
- Il informe l'utilisateur de ce qui se partage entre professionnels, et veille à sa compréhension facilitée et adaptée.
- Il est identifié par les familles et représentants légaux, et échange régulièrement avec ces derniers.



Selon chaque projet, il peut y avoir nécessité de changer une personne de groupe de référents, notamment pour éviter tout épuisement, répétition de l'échec. Il s'agit alors d'identifier les écueils avec l'appui du médecin psychiatre, de la psychologue, de l'encadrement, et de chercher à regarder la personne au travers d'une nouvelle approche. Il est important de lui adresser qu'on prend en compte sa demande parce que l'équipe en a compris les motivations ; mais un changement de référent ne peut pas être une injonction ni de la personne ni de sa famille le cas échéant.

Les personnes peuvent demander à changer de groupe de référents pour se reconnaître dans des groupes de pairs.

La coordination du projet personnalisé est à mettre en lien avec des stratégies éducatives qui mettent en jeu le « travail à plusieurs » et peut bouleverser des repères individuels qui peuvent être très liés à un engagement personnel. Des repères identitaires professionnels sont à construire en permanence, au risque sinon de s'inscrire dans une répétition aux effets mortifères. « On a vieilli avec eux et on les connaît depuis des dizaines d'années » ; c'est dans ces constats que la dynamique qui doit s'entretenir autour de la coordination de projet, trouve tout son sens afin de soutenir une démarche dynamique et réflexive. « Un accompagnement de chaque résident et un engagement de chaque professionnel sur le long terme permettent de tenir compte de l'expérience de vie au foyer et du travail réalisé avec les collègues, sans enfermer la personne dans une représentation ».

Permettre à l'équipe du Bois du Roi de continuer à avancer sur la remise en question de ses pratiques

La référence « coordination des projets » met aussi en jeu des paradoxes, avec les familles notamment, et il est important que ces positions respectives n'engagent ou n'entretiennent des conflits. La personne peut alors se trouver dans un conflit de loyauté entre l'équipe et sa famille parfois. L'équipe constate que les questions liées aux capacités, au statut d'adulte peuvent faire l'objet de tensions. L'encadrement prend alors une place de médiation afin que l'équipe puisse engager les projets personnalisés au plus près des besoins de la personne.

Penser à adapter les pratiques aux usagers qui ont eu un parcours d'inclusion, et aux familles qui ont acquis des connaissances sur le handicap

Des conflits peuvent exister autour de la médicalisation, « les familles connaissent très bien leur enfant », et il est souhaité une plus grande coopération avec les médecins traitants. La quasi absence de personnels soignants est un frein à ce besoin de lien et de partage autour de la question du soin.

La référence « coordination de projet » permet d'individualiser et de personnaliser l'intervention en prenant en compte le sujet et les interactions sociales, notamment au niveau du foyer. Ainsi, des modifications des aspects de la vie collective peuvent se mettre en œuvre. Par exemple, la modification de l'organisation des repas a été décidée après avoir pris en compte les besoins exprimés par les usagers.

Des limites de la fonction de référent coordonnateur sont repérées :

- Idéalisation du référent par le résident, faisant office de figure de la vertu par l'exemple.
- Déresponsabilisation possible des autres membres de l'équipe dans l'acte éducatif et la nécessaire compensation du handicap.

- Confusion entre la notion de référence et l'identification.
- Appropriation des résidents par le professionnel référent.
- Risque de toute puissance par le seul référent.
- Individualisation ne signifie pas relation individuelle et exclusive.

3.3 Intégrer la notion de parcours dans la gestion des orientations

Le foyer de vie de Monzière est engagé dans un renouvellement progressif de sa population d'origine.

Depuis 5 ans, le flux des entrées et sorties de l'établissement se répartit comme suit :

* 7 entrées d'une tranche d'âge entre 20 et 30 ans

pour une moyenne d'âge de 23,08 ans

* 1 entrée d'une tranche d'âge entre 30 et 40 ans (37ans)

* 2 entrées d'une tranche d'âge entre 40 et 50 ans (47 et 51 ans)

* 1 entrée d'une tranche de plus de 60 ans (62 ans)

	Entrées et provenance	TOTAL
20-30 ans	1 SAF 3 SAJ 1 Autre FV 2 IME	7 entrées dont 1 hors AVERPAHM
30-40 ans	1 Autre FV	1 (hors AVERPAHM)
40-55 ans	1 SAJ 1 Famille	2 entrées dont 1 en externe
55 ans et + de 60 ans	1 CHB	1 interne

*5 sorties et réorientations en FAM pour une tranche d'âge de 59 à 65 ans et une moyenne d'âge de 61 ans.

* 2 changements de lieu de vie sans réorientation vers le foyer de vie Senior le Bois du Roi pour un âge respectif de 44 et 53 ans.

*3 décès survenus à l'âge de 58 ans, 60 ans et 66 ans

Sorties	FV Senior	FAM	Etablissement externe	Décès
20-30 ans			0	
30-40 ans				
40-55 ans	2			
55 ans et + de 60 ans		5		3

Le nombre de sorties et d'entrées traduit des mouvements majoritairement internes et strictement organisés par filière (Foyer de vie ⇒ FAM interne à l'association)

Ce nombre est préoccupant si on considère l'évolution en âge des autres structures et notamment du Service d'Accueil de Jour pour lequel la question d'une orientation en foyer de vie ou en FAM sera inévitablement traitée en urgence.

Néanmoins, cette embolie est quasi inévitable au regard de la mission des foyers de vie, et de l'âge d'entrée possible dès 20 ans.

Le foyer se veut être un « chez soi » pour toute personne en situation de handicap, et la vie dans l'établissement ne se conçoit alors naturellement qu'au long court.

Les personnes orientées au foyer de vie de Monzière proviennent:

- des IME pour les jeunes adultes qui voient leur projet évoluer hors champ du travail ;
- des ESAT pour les travailleurs qui souhaitent un arrêt de leur activité ou qui partent en retraite ;
- des Foyers d'hébergement pour des raisons de retraite anticipée (la question du vieillissement devant être croisée avec le foyer de vie Senior).

Il est aussi nécessaire d'être vigilant à la question des ruptures de parcours. L'organisation du parcours s'est développée au sein des établissements du pôle adulte et, depuis 2002, pour un accompagnement en interne et tout au long de la vie de la population historique. Le foyer de vie intègre donc dans ses modalités d'accompagnement **le risque de régression** et la gestion du **risque de rupture dans le parcours** de la personne.

Les acteurs sont informés des évolutions comportementales et le médecin psychiatre contribue à l'ajustement des stratégies éducatives et du projet personnalisé.

Priorité : ouvrir le système d'entrées et sorties ⇒ intégrer l'évaluation des besoins dans une anticipation des risques de régression et d'évolution du projet personnalisé

La démarche de **signalement des événements indésirables** contribue à la prévention des risques de rupture dans le parcours.

RAPPEL : critères de signalement quel que soit l'événement

- ✚ *Inhabituel par sa nature, son ampleur, son intensité ou sa gravité*
- ✚ *Susceptible d'être médiatisé*
- ✚ *Ayant pour conséquence une exclusion temporaire ou définitive*
- ✚ *Ayant pour conséquence une sanction disciplinaire grave ou une procédure judiciaire*
- ✚ *Nécessitant l'activation d'un plan bleu*

« Ce n'est pas seulement en situation de crise qu'un signalement doit être fait à l'autorité administrative compétente »

La procédure définit et explicite la nature des événements qui pourraient compromettre la sécurité et la santé du résident. Elle permet dans son application un état de veille continue et garantit aux usagers le respect de leur dignité, de leur intégrité physique et psychologique.

Le travail autour des **réorientations implique une anticipation** fondée sur des **observables et des variables** identifiées. Le travail en cours est à poursuivre sur les référentiels d'observation et projets personnalisés en lien avec la psychologue qui procède à une évaluation des comportements socio-adaptatifs des personnes.

Les observations et évaluations psychométriques sont complétées d'une évaluation systématique du vieillissement, afin d'anticiper et d'accompagner les risques de régression. Cette évaluation est déclenchée à l'âge de 40 ans ou au besoin.

Les mandataires judiciaires sont associés et une communication continue est assurée par des rencontres mensuelles avec les usagers, ainsi que la possible participation aux réunions de synthèse et de projet personnalisé.

La participation des mandataires judiciaires et ou des familles aux réunions n'est pas systématique ; elle intervient sur demande du mandataire et ou de l'établissement. La restitution et la collaboration autour des projets personnalisés s'organisent en lien avec le chef de service et l'éducateur référent au rythme d'une fois par an.

Le foyer de vie de Monzière est impacté également par la question des parcours individuels et de la dynamique des projets de vie : la stabilité de vie ne veut pas dire chronicité et suppose une évaluation plus fine et continue des parcours individuels.

La gestion des orientations et d'une « réponse apportée à tous » doit pouvoir garantir que l'évolution des pratiques soit une conséquence de l'évolution générale des publics, qu'ils soient « historiques » ou « entrants », et non de l'embolisation des systèmes internes et du risque d'inertie qui en découle.

Le rôle du médecin psychiatre dans sa fonction de régulation et d'étayage des pratiques, le rôle du psychologue dans le soutien et l'accompagnement notamment des familles, participent à la construction d'espaces de réflexion partagés et élargis aux usagers, aux familles et ce, en lien avec les chefs de service, la technicienne qualité et la directrice adjointe.

Réinterroger les pratiques et les risques d'usure professionnelle liés à la chronicisation du système. Programmation des réunions « bientraitance » structuration des espaces de concertation et de participation

Le secteur psychiatrique : un relais

Le médecin psychiatre et la psychologue sont en lien direct avec la directrice adjointe laquelle a pour fonction :

- de rendre compte en conseil de direction des évolutions significatives observées chez la personne en lien avec le chef de service ;
- d'organiser les relais de soin éventuellement nécessaires afin de prévenir les risques de décompensation.

Dans les cas où la personne est suivie en externe, le service prend contact avec le médecin psychiatre prescripteur afin d'organiser une éventuelle hospitalisation avec le consentement de la personne ; à défaut, le service se rend aux urgences ou appelle le 15.

Il s'agit de limiter les hospitalisations en dernier recours et de favoriser un partenariat en amont des situations de crise.

4 REFERENTIEL DIFFERENCIE DE COMPETENCES ET D'EVALUATION

4.1 Foyer de vie Monzière

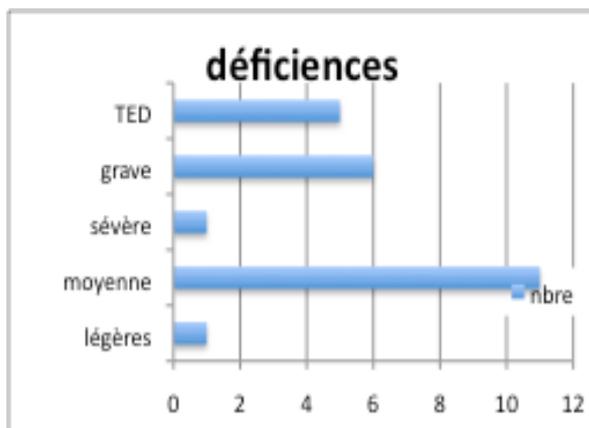
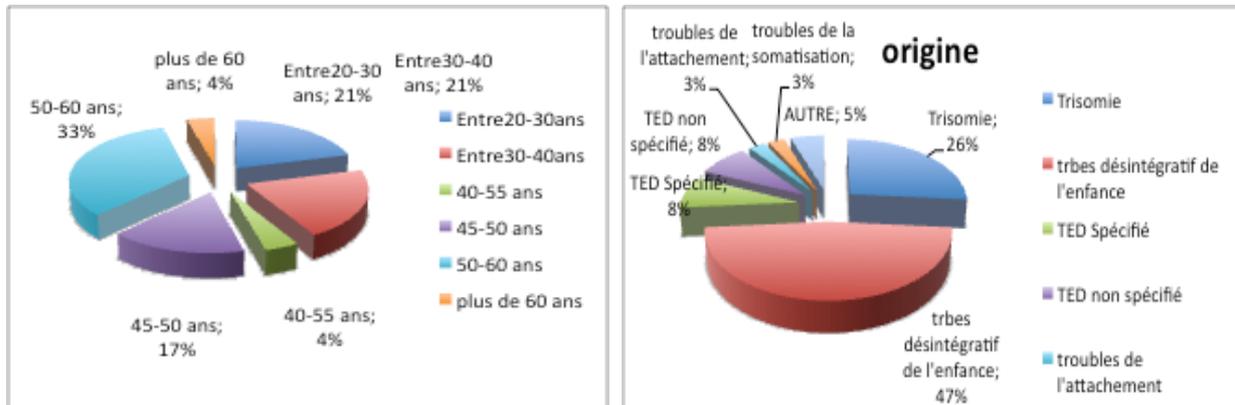
4.1.1 Les besoins des usagers – Analyse psycho-pathologique et psychopédagogique

Afin d'ajuster les prestations de service aux besoins et attentes des usagers, deux études de populations ont été établies. Celle réalisée sur le foyer de vie Le Bois du Roi s'appuie sur des critères issus de la « nomenclature des besoins et prestations détaillées » et relatifs à la tarification des établissements pour Personnes Handicapées (PH).

L'autre étude de population s'appuie sur les critères diagnostiques du DSM IV et propose une lecture psycho-pathologique du profil de la population sur le site de Monzière ; cette démarche est validée par le médecin psychiatre.

Elle complète une étude strictement fonctionnelle par la perspective psychogénétique.

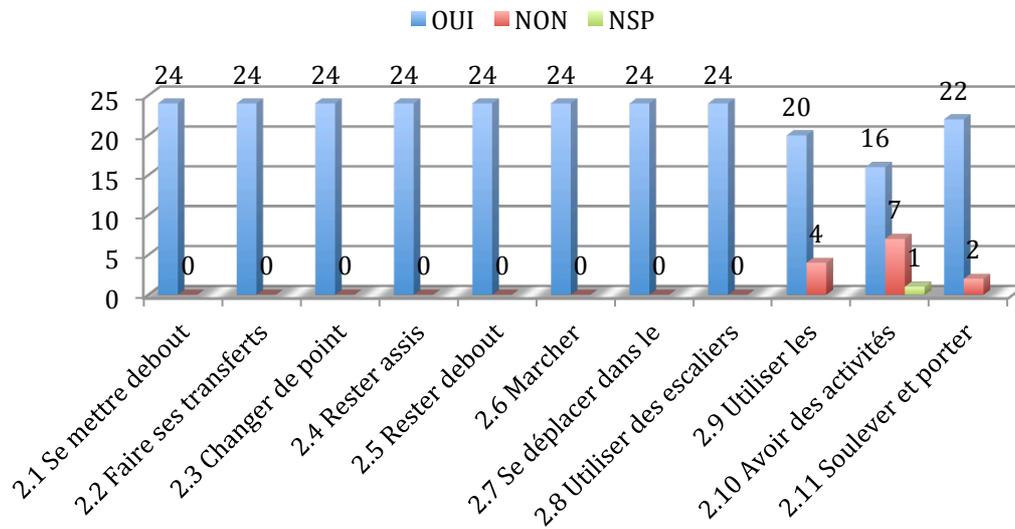
Cette étude de population fait ressortir une forte proportion des troubles désintégratifs de l'enfance tel que le DSM IV, ainsi que de TED spécifiés ou non.



Pour la majorité des personnes accueillies au Foyer de Vie de Monzière, les tâches et exigences générales et relation avec autrui sont réalisées.

L'item « relation avec ses pairs », demande à être approfondi : 3 personnes n'ont pas de relation avec les autres résidents (pas d'échanges) ; sur les 20 qui ont des relations, quelques-unes se côtoient plus qu'elles échangent (elles se retrouvent régulièrement dans le même espace pour les repas). Pour 2 d'entre elles, il s'agit de contacts. Se pose la question de l'identification de l'autre, de la conscience de l'autre.

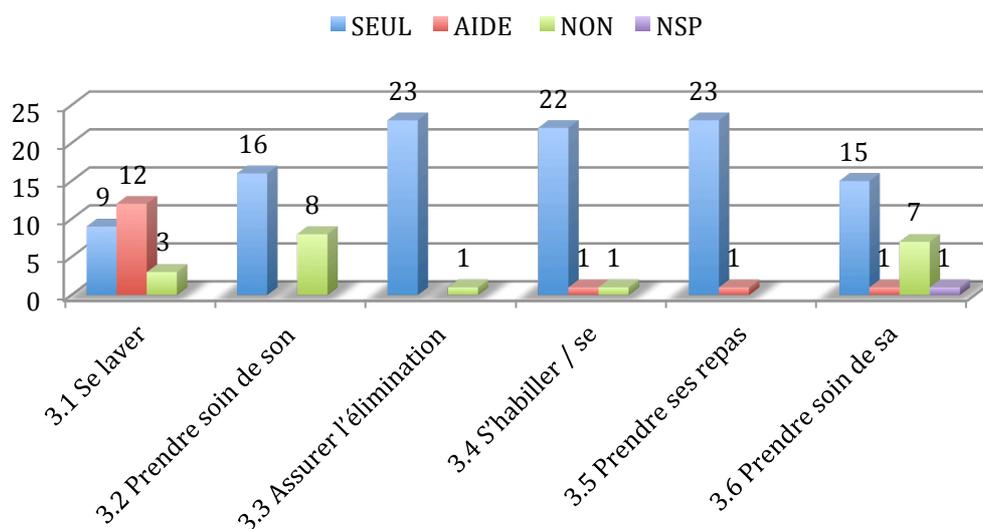
2. Mobilité, manipulation



Il apparaît sur cet item qu'aucun n'a de problème de mobilité, mais cette affirmation est à nuancer sur la « marche » pour 1 personne qui manifeste une fatigabilité et des difficultés dues à un surpoids ; et pour 1 autre qui marche de plus en plus lentement (signe peut être précurseur au vieillissement).

Pour l'utilisation des transports en commun, 1 seule personne est autonome, 19 les utilisent lors d'une activité accompagnée d'un éducateur. Les 4 personnes n'utilisant pas les transports en commun ne participent pas à ce type d'activité ou n'ont pas fait de séjour dans les grandes villes (Paris, Lyon) où l'utilisation du bus et du métro était inévitable.

3. Entretien personnel

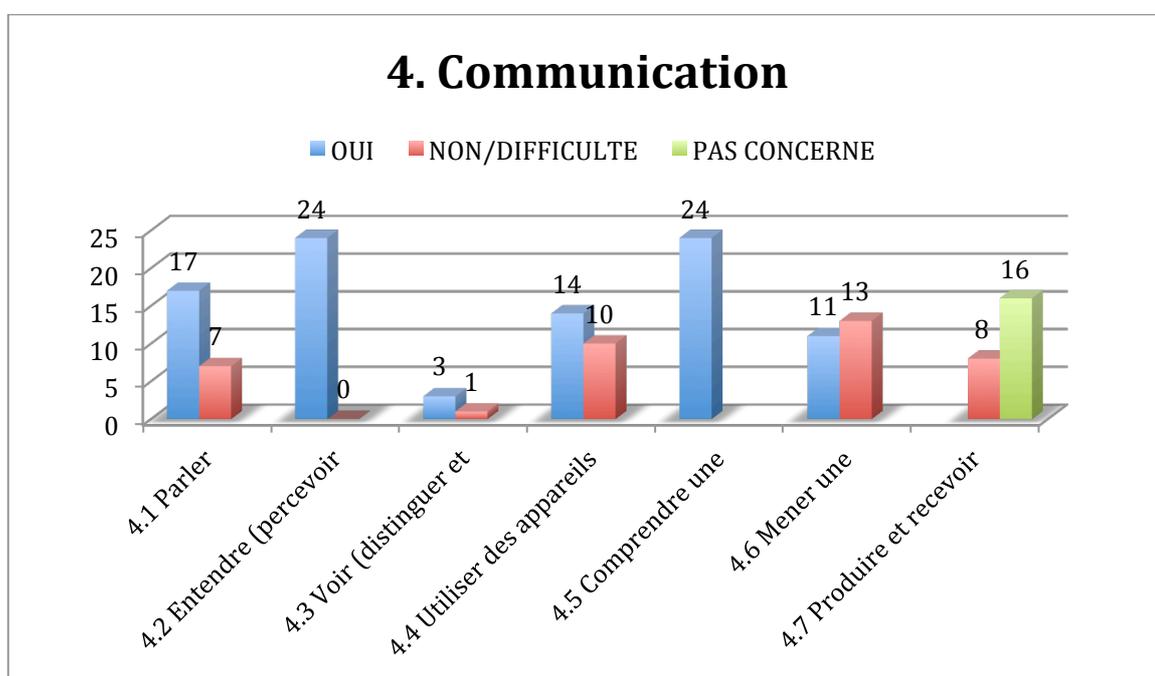


Les aides partielles ou complètes pour « se laver » et « prendre soin de son corps » permettent une veille éducative sur les soins à apporter au corps, et sont tout autant de signes à prendre en compte et à observer.

Sur le plan de la santé, la population accueillie en foyer de vie nécessite :

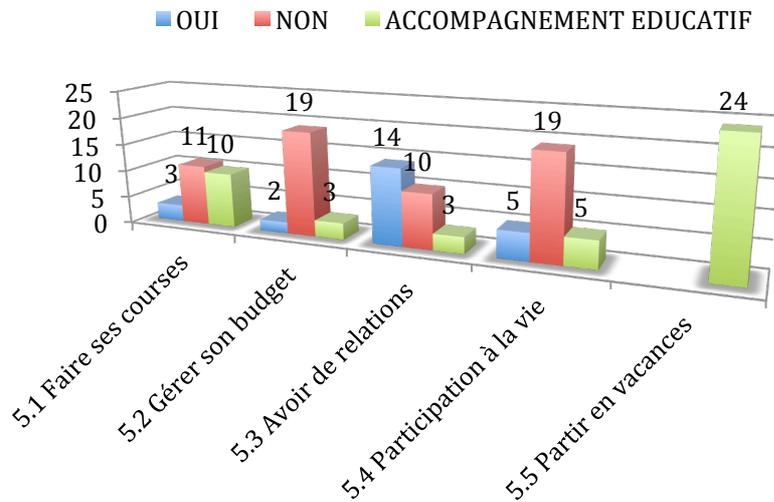
- une attention particulière aux régimes alimentaires, et notamment afin de réduire les fausses routes (problème dentaire et non de déglutition) ;
- une vigilance accrue pour ceux qui ne sollicitent pas ;
- une identification des signes de douleurs ou des comportements inhabituels.

Le recours à l'infirmier de la structure, au médecin traitant de la personne, nous permet d'avoir une vision partagée, et de ne pas passer à côté de difficultés plus importantes (cancer notamment).



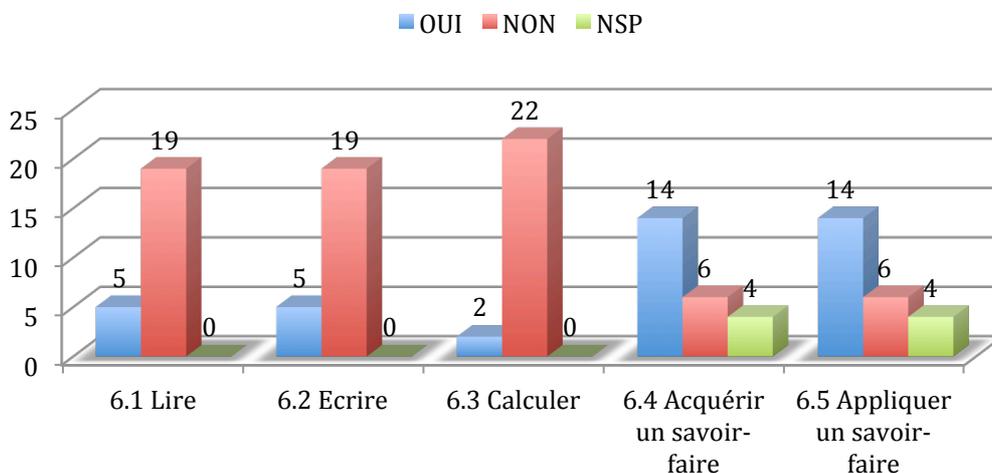
Au foyer de vie de Monzière, les moyens de communication non verbale sont encore peu utilisés. L'accueil de nouveaux résidents plus jeunes ainsi que le renouvellement partiel de l'équipe sont un levier de développement de la communication augmentative, en fonction des besoins de la personne.

5. Vie domestique et vie courante



Dans la vie courante et domestique, très peu de personnes sont autonomes (3). L'accompagnement éducatif est prépondérant dans les activités à l'extérieur.

6. Application des connaissances, apprentissage



2 personnes ont eu accès aux bases de l'enseignement primaire (lire, écrire, calculer). A noter qu'un grand nombre de personnes accueillies peuvent acquérir et appliquer des savoir-faire, ce qui est à consolider chez chacune d'elles dans les projets personnalisés.

L'équipe a mené une réflexion par groupe de travail sur la base des 3 principales caractéristiques de la population accompagnée au foyer de vie de Monzière :

- Groupe 1 : les jeunes de 20 à 40 ans, âge à partir duquel une veille sur les risques de vieillissement active une trame d'observation spécifique.

- Groupe 2 : les plus anciens de 40 à plus de 60 ans et dont le profil psychopathologique est majoritairement moins entravé.
- Groupe 3 : un groupe de personnes qui présentent un profil psycho-pathologique nécessitant un accompagnement singulier en raison d'une déficience intellectuelle grave, sévère ou de TSA.

Les espaces de calme-retrait, l'isolement temporaire de la personne :

Les principes: prévention-anticipation, exception.

Le foyer de vie de Monzière dispose d'un espace de vie adapté à des personnes dont le besoin de contenance est assuré en partie par une architecture spécifique. Les personnes avec TSA peuvent bénéficier de cet espace.

Néanmoins, l'agrément historique du foyer de vie reste le même, soit déficience intellectuelle avec ou sans troubles associés, et ne permet donc pas d'accueillir des personnes qui requièrent au quotidien une structuration forte de leur environnement et un accompagnement dédié aux TSA, tel que la HAS et l'ANESM le préconisent.

Le recours à des mesures d'isolement ou de retrait dans des espaces de calme sont des mesures contrôlées, à visée préventive ou de dernière nécessité.

Elles s'inscrivent dans la continuité de l'accompagnement de la personne. Il s'agit d'une mesure au « cas par cas » et qui fait l'objet d'un processus de décision collégiale, pluridisciplinaire sur avis du médecin psychiatre et de la psychologue.

4.1.2 Foyer multi générationnel : le nécessaire repérage des âges et leur reconnaissance

Cette démarche permet que soient reconnues et développées des compétences sociales en rapport avec le statut d'adulte des personnes, et a un impact jusque dans l'organisation des équipes.

Cette question de la prise en compte de l'âge a des répercussions chez la personne, en lien avec la construction de son identité, de sa représentation de son image, son corps, de son autonomie.

➤ **Des unités de vie différenciées et une démarche apprenante continue**

Le foyer de vie s'organise en **3 unités de vie** distinctes, et la décision d'emménager dans l'une ou l'autre de ces unités est prise en fonction de 3 critères :

⇒ le **critère psycho-pathologique** et ses conséquences en matière d'identification des besoins ;

⇒ le **critère d'âge** et ses conséquences en matière de potentialités maturatives et de développement des compétences ;

⇒ les **attentes** exprimées, les affinités manifestes ou décelables entre les usagers.

Un travail en continu est effectué par le biais des réunions, sur les actions favorisant la structuration de l'identité d'adulte.

L'évaluation interne est également un levier d'élaboration et d'accompagnement au changement des pratiques, notamment en interrogeant le statut et le fonctionnement des groupes de référent.

Les réunions « bientraitance » sont un appui à la réflexion : certaines réunions pourront être organisées en lien avec le Service d'Accueil de Jour, service qui voit les 2/3 de sa population augmenter en âge, et dont les familles ne parviennent pas à anticiper une orientation incontournable de leur enfant.

➤ Les enjeux de la « séparation », l'identité d'adulte

Le passage du secteur « enfant » au secteur « adulte » organise les prémices d'une « identité paradoxale » qui fige la représentation que se font les professionnels des personnes en situation de handicap. La déficience (et ses conséquences en matière de symbolisation, d'efficacité cognitive et de maturation affective) réactualise le paradoxe d'un statut jamais tout à fait acquis, car chaque jour remis en question par des conduites et des comportements de type infantiles.

Le temps est suspendu, figé, et la personne cantonnée dans une représentation de l'enfance éternelle.

L'identité d'adulte est développée au travers des formes d'accompagnement quotidien dans l'application et la valorisation de :

⇒ la **personnalisation** de l'accompagnement au sein d'un collectif envisagé comme source de développement des compétences individuelles : l'espace collectif est envisagé comme espace communautaire et de contribution au vivre ensemble.

⇒ la **participation** et la prise en compte de la parole et/ou des expressions individuelles : le CVS, les réunions de résidents ou les groupes de paroles, commissions repas.

⇒ la **valorisation des rôles sociaux en interne et en externe** : des responsabilités sont attribuées et reconnues au sein du collectif ainsi qu'à l'extérieur, notamment par le biais d'activités à valeur travail et inclusives.

⇒ **l'association des familles** dès les premiers entretiens et tout au long du processus d'accompagnement. Différents outils sont utilisés ou informations recherchées :

- le recueil d'informations sur l'histoire et le contexte de vie de la personne.
- lors des premiers contacts après l'admission : en associant la famille lors de l'emménagement de la personne, si celle-ci le souhaite et en s'assurant de la confidentialité des espaces d'échanges avec les professionnels.
- lors de la co-construction du projet d'accompagnement personnalisé : définition en équipe des stratégies et des modes d'action visant à accompagner et garantir le lien familial (séparation, conflit, reprise de lien...).

L'intervention et le rôle de la psychologue auprès de la personne, de sa famille, aide chacun à se situer dans le schéma familial et à conforter la construction identitaire de la personne.

- lors de sa mise en œuvre et de son évaluation: le référent identifie des points de convergences ou divergences et associe la famille en prenant appui sur ses compétences et savoirs

Les points de tension tels que le rapport au corps et aux soins, l'habillement, les activités, la sexualité...sont abordés dans un cadre prédéterminé en équipe et répond à la question « qui intervient ? » (chef de service, référent, psychologue, directrice adjointe).

4.1.3 Le maintien et le développement des actions favorisant l'inclusion

Les compétences sociales de la personne font l'objet d'un travail quotidien dans le cadre collectif pris comme point d'appui à l'insertion sociale : aide à la compréhension et transmission des codes sociaux, évaluation des comportements et des compétences en matière de communication, d'interaction.

Les groupes de parole mensuels co-animés par un éducateur et la psychologue sont un appui à l'élaboration et l'expression autour de thématiques définies avec les usagers.

Les réunions de résidents trimestriels constituent un espace d'expression et d'interrogation autour des règles de vie et de l'articulation des dimensions individuelles et collectives.

Le foyer de vie s'appuie sur l'environnement pour favoriser **l'expérience** du lien social : commerces de proximité, appui sur le droit commun et l'extérieur chaque fois que possible (coiffeur, loisirs, accès à la culture, manifestations locales...).

Le foyer développe les partenariats avec le **réseau associatif et solidaire** du territoire comme point d'appui à reconnaître les personnes dans leur citoyenneté, leur utilité sociale et contributive: Pain Contre La Faim, banque alimentaire, Groupe d'Entraide Mutuelle, « semaine du handicap » organisée par la commune de Bellerive-sur-Allier.

Le programme d'activité proposé sur le site de Monzière est établi à partir de l'étude de population psycho-pathologique ; toutefois, il s'appuie plus sur les capacités de symbolisation des usagers que sur le strict diagnostic.

En effet, 30 ou 40 ans après le primo développement, il est difficile de poser formellement un diagnostic, soit qu'il n'a pas toujours été posé précocement, soit qu'il n'apparaît pas dans les sources issues du dossier de l'utilisateur.

Enfin, même si tel est le cas, le parcours institutionnel participe à socialiser les signes les plus symptomatiques du profil psycho-pathologique d'origine.

Le croisement des données fonctionnelles et cliniques permet de mettre en évidence des caractéristiques physiques, psychiques, cognitives, émotionnelles, relationnelles et familiales, à partir desquels décliner plus finement les actions et postures éducatives.

Il s'agit de relier les éléments d'observation, d'analyse et d'élaboration d'hypothèses en vue d'un ajustement individualisé des prestations du service.

Le projet personnel et personnalisé spécifie les axes de progression ou de maintien des acquis en jeu dans les activités proposées.

Les activités sont un appui de structuration du temps et de l'espace ; elles sont majoritairement axées sur le développement et/ou le maintien des acquis en matière de développement cognitif et de développement des compétences sociales.

Elles constituent un espace d'acquisition ou de maintien des compétences repérées dans chacun des domaines d'observation (voir référentiel d'observation), mais également de transformation des points d'équilibre interne à partir d'une expérience subjective et représentative en appui sur le matériau et/ou l'espace d'activité proposé.

Le tableau ci-dessous répertorie les principales caractéristiques et points de développement psycho affectif, cognitif et comportementaux à partir desquels se déduisent les objectifs opératoires à développer dans l'activité, au-delà de la classification par grands domaines d'activités (de loisir, de socialisation, manuel, sensoriel, créatif etc.).

Problématique/ Symbolisation	Caractéristiques	Conséquences	Objectifs / fonctions	Activités privilégiées	
Représentation Spéculaire <i>Constitution image de soi/autre</i>	<ul style="list-style-type: none"> Confusion perceptive troubles de l'identité (groupement-décomposition): appréhension confuse de soi et de l'environnement avec fusion-fragmentation Trouble de la modulation des informations sensorielles Représentation du « corps propre » défaillant (non unitaire) et « sans limites » (démantèlement/effondrement... Altération du schéma corporel) 	<p>Difficulté de filtrage, de triage des informations sensorielles Vécu d'éparpillement de soi et de l'environnement</p> <p>Troubles psychomoteurs maladresses</p>	<p>Fonction imaginaire /symbolique: Eprouvé d'indestructibilité du matériau de son potentiel malléable-transformable Passer des sensations aux représentations « choses », figuration; construire/déconstruire Différenciation couleurs matière</p> <p>Intégration sensori-motrice Sensation/Perception Relaxation</p> <p>Motricité fine</p>	<p>Conte Théâtre Modelage, poterie Peinture, dessin Jeux de construction d'assemblage Cuisine</p> <p>Parcours motricité, piscine, danse expériences multi-sensorielles/image de soi(esthétique) Cuisine Mandalas Atelier création manuelle</p>	
	<ul style="list-style-type: none"> Séparation/Individuation partielle, confusion soi/autre, « capacité à être seul » défaillante Identification projective Difficultés de symbolisation, d'anticipation et d'élaboration, déliaison 	<p>Représentation du monde « clivé » menaçant==ritualisation, immuabilité de l'environnement</p> <p>Isolement/inhibition/dépression Conduites régressives : « faire le bébé », mutisme, phobies graves</p> <p>Angoisse de séparation éprouvée de détresse, d'arrachement, envahissement de soi et des autres fantasmes de dévoration, de morcellement, destruction,</p>	<p>De l'imitation au faire semblant Créer les conditions d'expérience sécurisée de la rupture du dedans dehors par similarité et distinction Repérages quotidiens : planification répétition des temps repérés ; recréer de la transitionnalité</p>	<p>Conte, Théâtre</p> <p>Activité visée socialisatrice dans un cadre spécifique : SAJ ; GEM</p> <p>Activités internes fondées sur le quotidien et le « faire avec » : rangement, tri, petit ménage...</p>	
Représentation Symbolique <i>Stabilisation narcissique</i>	<ul style="list-style-type: none"> Difficulté d'assimilation/intériorisation de la loi, des interdits, des codes sociaux Problématique d'image de soi, d'identité sexuée (corps global sexué) 	<p>automutilation, espace-temps défaillant Troubles du comportement agressivité, colères Rapport à la frustration Suggestibilité/auto-détermination</p>	<p>Expérience de la réciprocité dans l'interrelation, de la règle ; passage de l'action et du sensori-moteur à la symbolisation Renforcement des identifications sexuées, altérité</p>	<p>Activités de socialisation/expérience de l'adaptation Jeux de société et interactif Valorisation des rôles sociaux Soins esthétiques Activités fondées sur l'identification par les pairs journées à thème type soldes entre filles...</p>	
Représentation Perceptive <i>Fonctionnement auto sensoriel</i>		<ul style="list-style-type: none"> Défaillance du processus d'intégration sensorielle, Echec de la fonction contenante : échec de la constitution de l'image du corps 	<p>Hyper ou hypo sensorialité</p> <p>Rapport au corps propre démantèlement effondrement, liquéfaction... l'autre est un prolongement (utilisation de la main de l'autre) Anxiétés corporelles, agonies primitives, autostimulation sensorielles (gestes répétés comme remuer les doigts près du visage, balancements, stimulation vestibulaire ; troubles moteurs, du tonus, troubles de la latéralité Recherche infiniment répétée pour établir des bords, une limite, une enveloppe: recherche d'appui sur des supports, de contact avec des objets durs</p>	<p>Récupération de la peau, d'un contour, d'un bord, d'une limite ; enveloppement et contour/enveloppe corporelle</p> <p>Sensations proprioceptives Résonnance et appropriation de l'espace</p>	<p>Jeux d'eau Piscine Bainé Modelage Expériences multi sensorielles type Snoezelen,</p> <p>Atelier musique Parcours motricité Médiation animale équitation</p>
		<ul style="list-style-type: none"> Echec de l'identification primaire, fusion indistinction, continuité du vécu corporel et environnemental, ne se vit pas et ne vit pas l'environnement comme séparé et comme pouvant être en interaction avec le reste 	<p>Identification adhésive Angoisse de changement : recherche d'immuabilité : maintien à l'identique ; si le changement est accepté c'est d'1 seule chose à la fois=préoccupation exclusive pour le repérage de ce qui varie, comparaison excessive des éléments variables focalisation, préoccupations exclusives Objets autistiques, intérêts restreints</p>	<p>Cadrage des lieux des espaces et du temps : espaces dédiés non interchangeable</p> <p>L'objet autistique une solution une « trouvaille » du sujet</p>	<p>Activités quotidiennes étayées : outils de communication augmentative : rangement cuisine...</p> <p>Temps de répit à respecter</p>
Autisme/TSA	<ul style="list-style-type: none"> Déficit de la cohérence centrale ou déficit d'unité (cohésion) et de délimitation : le tout est appréhendé sans composition, c'est un tout sans organisation entre les parties et le tout. C'est le caractère parcellaire, restreint et simplifié qui l'emporte, perception en îlots non liés de la situation Carences au niveau des fonctions exécutives 	<p>Difficultés à généraliser Difficultés d'attention ou hyperactivité Liée à une sensation de chaos</p> <p>Difficulté à s'organiser, à planifier, à imaginer, à choisir pour réaliser une tâche complexe, atteindre un but</p>	<p>Application d'une consigne, généralisation Organisation de l'événement par séquençage des actions</p>	<p>Activités manuelles : collage découpage, peinture à la main...</p>	
	<ul style="list-style-type: none"> Déficit de l'attention conjointe (absence d'attention focale partagée et non désignation par pointage du doigt) 	<p>Difficultés dans l'interactivité sociale : absence de relation, évitement, agitation/destructivité,</p>	<p>Apprentissage et la reconnaissance des émotions de base</p>	<p>Jeux d'entraînement aux « habiletés sociales » Théâtre Activités de socialisation fondées sur intérêts particuliers</p>	

4.2 Foyer de vie Senior du Bois du Roi

4.2.1 Connaissance de la population vieillissante

« Est considérée comme personne handicapée vieillissante toute personne qui a entamé ou connu sa situation de handicap avant de connaître par surcroît les effets du vieillissement. »²
Le seuil de 40/50 ans est souvent retenu dans la littérature sur le vieillissement des personnes handicapées³.

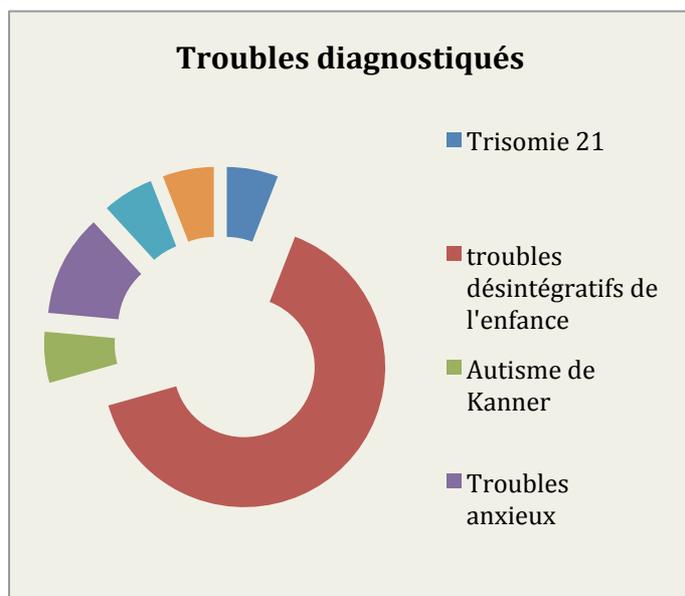
Les résidents ont un parcours inscrit dans une filière institutionnelle. Sans l'identifier formellement, le site du Foyer de vie du Bois du Roi répond aux aspirations de personnes vieillissantes ou dont les capacités ont décliné au regard des résidents des foyers de vie.

Les plus anciens ont entre 25 et 18 ans de vie institutionnelle.

6 sur 17 résidents, sont retraités de l'ESAT de Creuzier.

15 sont issus d'un parcours institutionnel AVERPAHM (SAJ, Foyer de vie Ballore, ESAT de Creuzier-le-Neuf) et 2 ont un parcours autre : famille et département de l'Essonne. L'offre d'hébergement s'étant développée, une priorité a été donnée aux anciens de l'ESAT, dont le départ est établi à 60 ans.

Les flux internes offrent une sécurité, les résidents retrouvent des connaissances et des repères, et ont une forte intégration des schémas institutionnels. Ce type de parcours limite les effets « rencontre ». Les professionnels ne repartent pas de zéro « on oublie de se poser des questions ». Ces pratiques présentent un risque de déterminisme dans les réponses éducatives et sociales. Les effets positifs d'ouverture du groupement SAGESS permettront d'élargir le recrutement à d'autres parcours institutionnels.



Les synthèses et projets personnalisés permettent de réajuster et définir l'accompagnement.

Le Docteur GEMBARA permet d'éclairer la réflexion de l'équipe et de renouveler des connaissances en relation avec les évolutions des situations individuelles (2x par mois).

² Définition retenue depuis le rapport de B. Azema et N. Martinez réalisé pour la DRESS en 2003 : *Les personnes handicapées vieillissantes ; espaces de vie, projections démographiques et aspects qualitatifs, éléments pour une prospective.*

³ Recommandation ANESM « Adaptation de l'intervention auprès des personnes handicapées vieillissantes », mars 2015

4.2.2 Les conséquences du vieillissement de la personne handicapée

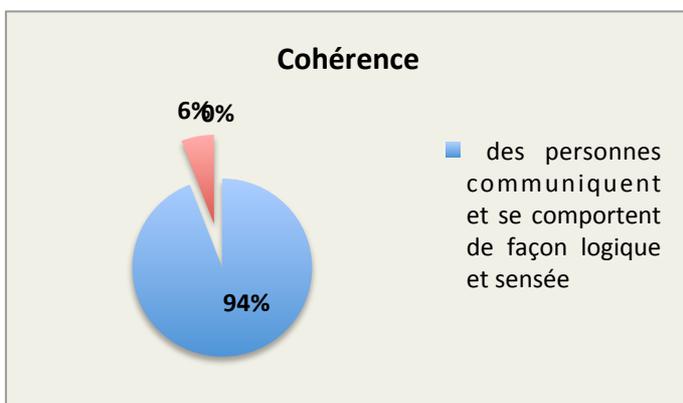
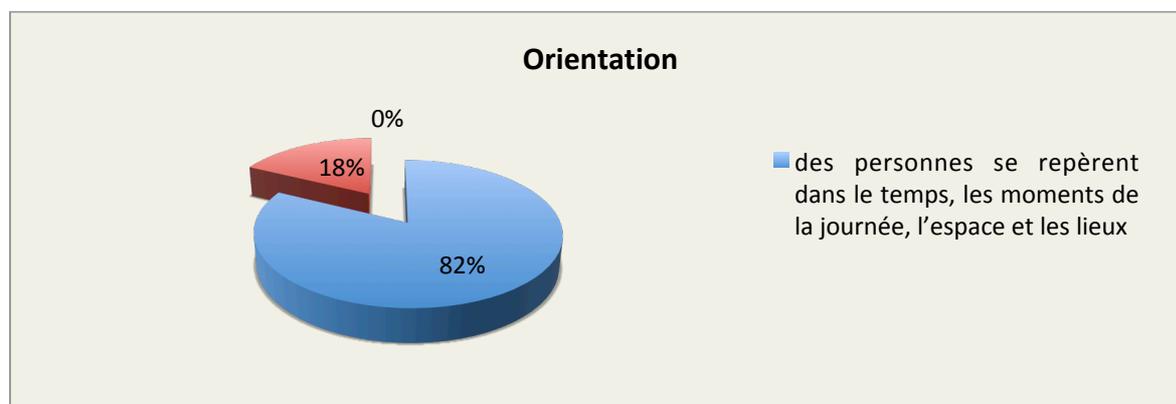
Ces effets se traduisent, plus ou moins tardivement en fonction des personnes, par l'apparition simultanée :

- D'une baisse supplémentaire des capacités fonctionnelles déjà altérées du fait du handicap ;
- D'une augmentation du taux de la survenue des maladies liées à l'âge, maladies dégénératives et maladies métaboliques, pouvant aggraver les altérations des fonctions déjà présentes ou en occasionner de nouvelles »⁴.

Travailler l'évaluation pluridisciplinaire adaptée au vieillissement

« Le vieillissement des personnes handicapées renvoie à deux réalités différentes (le handicap et l'âge), mais qu'il présente des spécificités propres, qu'une superposition seule des effets du handicap et de ceux du vieillissement ne peut pas refléter. »⁵

Nous constatons qu'il demeure difficile de distinguer les effets du handicap et ceux du vieillissement, une évaluation pluridisciplinaire est indispensable. Les personnes arrivant du centre d'habitat ont souvent des automatismes qui ne sont pas de l'autonomie. Les données suivantes nous montrent ainsi que la dépendance n'est pas très forte mais que des changements interviennent progressivement. Une évaluation régulière est indispensable, permettant ainsi de travailler en équipe certains aspects de l'accompagnement.



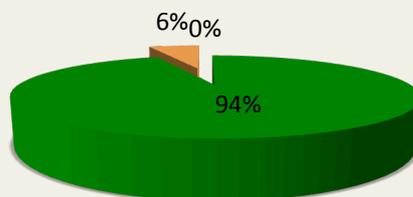
La communication adaptée au handicap explique ce résultat. Il est à mettre en relation avec l'expérience des professionnels, le cadre sécurisant et le contexte propice aux échanges.

⁴ Travaux de la CNSA menés en 2010 et relatés dans « Les Mémos de la CNSA » n°16 de juin 2014

⁵ Rapport GOHET

Déplacement

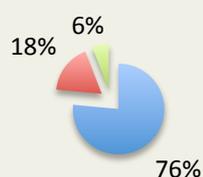
- se déplacent seuls, avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil
- ont besoin, appareillés ou non, d'une aide partielle pour se déplacer d'un point à un autre
- dépendent totalement d'une tierce personne pour tout déplacement



Les constats concernant les déplacements, l'orientation, la cohérence sont à mettre en relation avec les mécanismes répétitifs induits par la vie en institution depuis longtemps. Les effets de la vie en institution en limitent la production, et donc l'observation, car ils permettent au sujet de pallier à ses pertes.

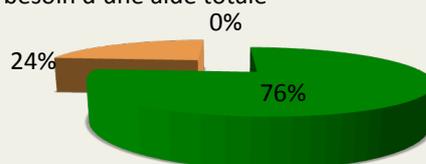
Habillage

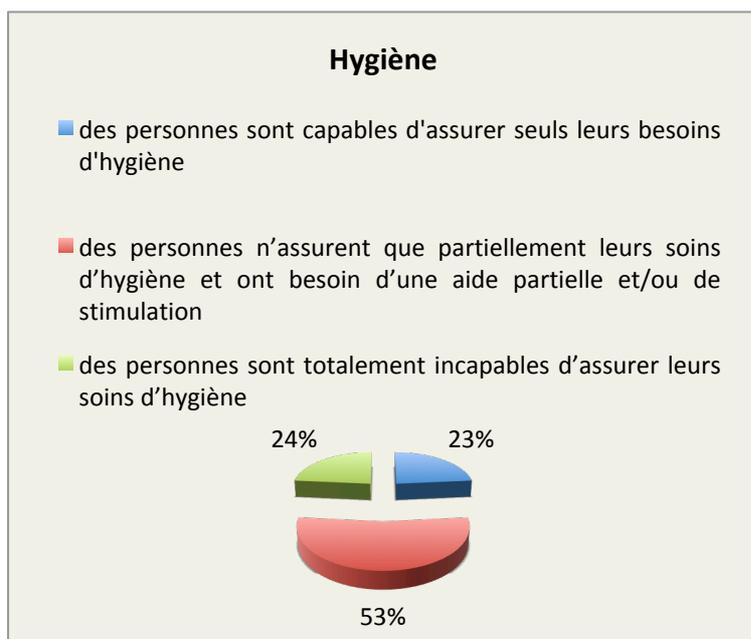
- sont capables de s'habiller seuls
- ont besoin d'aide et/ou de stimulation pour s'habiller
- ne peuvent pas s'habiller seuls et ont besoin d'une aide totale



Alimentation

- des personnes boivent et mangent seuls
- ont besoin d'une aide partielle et/ou de stimulation
- ont besoin d'une aide totale





L'hygiène corporelle est un axe important du travail et la toilette constitue l'acte le plus important. Pour autant un travail de prévention serait à développer (maladies de peau, bien être). La toilette peut aussi être un moment d'esthétisme (au-delà de l'hygiène).

La dépendance est limitée au Foyer Sénior, car dès qu'elle se présente une réorientation au FAM est mise en œuvre pour des raisons de prise en charge adaptée, notamment sur le volet médical.

4.2.3 L'observation appropriée des changements qui peuvent être liés au vieillissement

Si la difficulté est d'identifier ce qui relève du handicap ou du vieillissement, un certain nombre d'indicateurs sont à prendre en compte sur une durée longue. Ainsi les données recueillies pourraient être à nouveau réexaminées lors du prochain projet d'établissement. Par ailleurs, la recommandation ANESM met en lumière un ensemble d'indicateurs qui permettent de conduire des observations et conduire des actions personnalisées. Ces indicateurs sont à structurer dans un document personnalisé consignnant des observations.

Nous distinguons les types d'observations suivants :

🌱 Observer les évolutions de la personne :

- Lenteur inhabituelle, fatigabilité, baisse de rythme (pouvant se traduire par une difficulté à se lever le matin, des retards fréquents, etc.),
- Chutes, pertes d'équilibre, difficultés motrices,
- Pertes et détériorations cognitives,
- Diminution globale de l'autonomie,
- Changements (voire troubles) du comportement et de l'humeur,
- Plaintes répétées (expression d'un mal-être, de douleurs, etc.),
- Repli sur soi, isolement ; limitation des échanges

Travailler à partir de la Loi Santé la transmission d'informations relatives à la santé par l'équipe de Soins

La connaissance ancienne du public réduit l'objectivité des observations, la rencontre quotidienne renforce les capacités d'adaptation des professionnels. La transmission orale doit être limitée et des outils communs recherchés.

Sur le plan de la santé, devront faire l'objet d'une vigilance particulière :

- Les comportements alimentaires (compulsions, pertes d'appétit, etc.), les variations de poids, etc. ;
- La qualité du sommeil : diminution de la durée, angoisses nocturnes,
- La récurrence de problèmes bucco-dentaires,
- Les pertes sensorielles,
- Les hospitalisations répétées.

La récurrence et le cumul de plusieurs facteurs permettent de prendre en compte les facteurs de vieillissement.

Observer de quelle manière la personne investit son espace de vie.

Être notamment vigilants vis-à-vis des évolutions suivantes :

- Lorsque la personne n'utilise plus certains espaces de vie (pièces du domicile, espaces privés ou collectifs en établissement, etc.) ;
- Lorsqu'elle n'utilise plus, ou peine à utiliser certains meubles ou objets usuels (personne n'arrivant plus à monter dans son lit, à utiliser son téléphone, à utiliser ses toilettes sans aide humaine, etc.) ;
- Lorsqu'elle trébuche, se cogne ou perd ses repères spatiaux ;
- Vérifier auprès de la personne, et le cas échéant avec ses proches, si elle utilise toujours ses aides techniques et si ces aides restent adaptées à ses besoins (mal adaptées, elles peuvent accélérer la perte d'autonomie, aggraver une situation de handicap, provoquer des douleurs supplémentaires, etc.).

Observer le vieillissement des proches, aidants (effet miroir)

Chez la personne en situation de handicap avançant en âge, toute modification de comportement ou d'habitude n'est pas nécessairement imputable au vieillissement. La multiplicité des changements observés doit en revanche particulièrement alerter. En effet, lorsque plusieurs changements sont constatés, qui impactent plusieurs domaines de la vie de la personne (santé, habitudes de vie, sociabilité, travail, etc.), il est probable, bien que non systématique, que ces pertes et troubles aient pour cause le vieillissement. Des formes de mimétismes entre enfants et parents sont parfois observées.

4.2.4 La prise en compte spécifique aux besoins des personnes vieillissantes au Foyer Sénior

Importance de l'observation pour penser l'action

Sans une observation objective et systématisée des habitudes de vie, des comportements des personnes accueillies, il existe un risque de ne pas faire les liens nécessaires entre les changements visibles, et le vieillissement qui peut en être la cause.

Mettre en place une veille, tableaux d'indicateurs (fiche de poids, indices de douleurs, ...), fiche individuelle, calendrier perpétuel (rdv à long terme)

L'utilisation partagée et systématique d'un même outil d'observation commun entre les professionnels s'avère donc particulièrement utile pour saisir et anticiper les changements en cours et pour planifier les adaptations.

Dans quels domaines les signes peuvent être évaluables ?

L'état physiologique : observation de l'état physiologique dans différents aspects concrets de la vie quotidienne, pas uniquement dans le sens d'un diagnostic de santé.

Observations	Ce qui est fait	Améliorations
Alimentation, digestion, perte du goût	Sollicitation et stimulation modérée sans une insistance trop prononcée Repas mixé, haché	Repas test par l'infirmière puis prescription du médecin selon évaluation
Les organes des sens (vue, ouïe)	Suivi médical régulier (spécialistes)	
L'élimination	Commande protections adaptées (jour, nuit ...) Action d'éducation Bilans colo rectaux	Fiche commande de protections avec FAM
Perte ou augmentation de poids	Fiche de « pesée » à renseigner tous les 2 mois	
Hygiène buccodentaire	Suivi dentaire régulier	Travail avec service spécifique du centre de soins dentaires du CHU de Clermont-Ferrand
Mobilité (difficulté motrice), baisse de tonicité	Lit médicalisé Déambulateurs Fauteuil Assistance humaine	

Le rythme de vie

Observations	Ce qui est fait	Améliorations
Fatigabilité / Pénibilité Ralentissement du rythme	Aménagement des sorties Aménager les activités	
Perte de motivation	Attention particulière pour ne pas oublier la personne Eviter l'isolement	
Difficulté à accomplir les tâches usuelles	Maintenir des activités « de service » et évaluer les capacités	
Besoin de sommeil	Mise en place et respect de temps de repos : sieste	Proposition d'activité en fonction de ce temps de repos
La nuit	Ne pas réveiller les personnes le matin. Eviter les inversions jour-nuit Transmission	

Dépendance physique : observation de l'autonomie et des habiletés fonctionnelles en ce qui concerne les activités de la vie quotidienne

Observations	Ce qui est fait	Améliorations
Hygiène corporelle	Aide partielle ou complète ; guidance	Mise en place d'un siège de douche
Habillage et déshabillage	Aide partielle ou complète ; guidance	
L'usage des toilettes	Incitation à aller aux toilettes	
La locomotion (ex : marche peu sûre nécessitant des moyens auxiliaires ou une adaptation de ces moyens)	Mise en place d'un transport sur le chemin retour	Maintien des habitudes et des capacités avec adaptation
Les repas : difficulté à couper les aliments	Aide de l'éducateur	

Troubles cognitifs : observation permettant d'être attentif à :

Observations	Ce qui est fait	Améliorations
L'expression : agitation, prostration, cris, expression verbale non appropriée, mutisme	Adaptation des conduites Intervention psychiatre analyse de la situation et adaptation de traitements	Travailler à comprendre des difficultés neurologiques
La compréhension	Adaptation de codes de communication	Pratiquer l'évaluation à plusieurs professionnels
L'orientation dans l'espace		
L'orientation dans le temps, repère du temps écoulé, des jours, des heures...		Besoin de retravailler les repères avec un psychologue
La mémoire		Besoin de travailler et comprendre les pertes de mémoire
Les rituels et stéréotypies	Cristallisation de certains comportements Retour d'expériences entre professionnels	Besoin de temps pour aborder certaines questions avec un psychologue
Modifications des habitudes de vie	Prise en compte dans les synthèses	

Etat psychique : observation de l'humeur en étant attentifs à :

Observations	Ce qui est fait	Améliorations
La vie relationnelle : ne manifeste pas d'intérêt pour les diverses activités proposées		Chercher dans les reco ANESM
Expression de ses émotions : repli sur soi, mutisme, cri, irritabilité, pleurs	Identification de la cause (intolérance au bruit de la collectivité,	
Image de soi		
Gestion de son espace privé		

La relation aux familles reste complexe, car souvent vieillissantes elles-mêmes. Cependant, leurs observations sont utiles pour évaluer plus largement. L'équipe constate que parler de vieillissement aux parents reste très délicat, c'est souvent le médecin qui peut le mieux en parler car il a une autre légitimité que les personnels éducatifs. Le travail avec les familles se traduit aussi au sein du CVS, qui favorise les rencontres et permet d'aborder les questions organisationnelles et pédagogiques.

4.2.5 La fin de vie : Accompagner jusqu'au bout

Cette question reste sensible, elle peut être abordée avec les familles, la personne de confiance et les directives anticipées peuvent être établies. Mais cela ne suffit pas et plusieurs décès ont impacté l'équipe, chacun utilisant ses ressources personnelles pour que les souffrances vécues par la personne ne fassent pas écho avec l'histoire de chacun. Le deuil des professionnels existe et il faut le prendre en compte.

Un premier travail autour des soins palliatifs a été mis en place, mais il est à renouveler. Pour l'équipe il est important d'évoquer la mort de la personne, en quelque sorte de « se préparer », donc il faut la penser et le rôle d'un psychologue est indispensable pour aider à en parler. *« Pour tout être vivant, la mort est une réalité inéluctable (...) Cet aspect de l'existence est un des plus difficiles que la vie nous propose. Il peut sembler totalement désespérant et absurde à celui qui refuse d'y faire face et de l'assumer complètement. Mais pour celui qui parvient à accepter vraiment cette réalité, c'est toute la valeur de la vie, du présent, des relations interpersonnelles et du développement personnel qui se trouve changée. »⁶⁶*

Un protocole est établi mais l'équipe ne se l'est pas approprié, c'est une « marche à suivre » en cas de décès.

Besoin de construire un groupe de travail permanent et pluridisciplinaire

⁶⁶ Garneau Jean, Psychologue, article du magazine en ligne « La lettre du Psy » Octobre 2001

Nous retiendrons 3 aspects essentiels pour l'accompagnement de la personne en fin de vie :

- **Apaiser** la douleur, la proximité permet de percevoir des signes exprimés souvent en langage non verbal. La permanence de la douleur laisse des traces dans le psychisme qui s'exprime par de l'angoisse : « à la douleur du corps, répond la souffrance du sujet. »⁷
- **Familiariser** l'équipe avec la fin de vie et la mort, comprendre les étapes traversées, être soutenus.
- **Vivre le deuil** au sein de l'établissement

Travailler autour de la personne concernée en équipe et avec un psychologue sur la fin de vie.

Ce qui importe c'est l'accompagnement de fin de vie dans toutes ses dimensions (dont émotionnelles), et pas uniquement celle liée aux soins ou à l'acte médical.

5 LES QUESTIONS CLES DE L'ACCOMPAGNEMENT EN FOYER DE VIE

5.1 La vie affective et relationnelle

Cet aspect de l'accompagnement n'est jusqu'alors pas reconnu comme un point fort du projet du service. Le débat indispensable bouscule les pratiques éducatives et nécessite de trouver un juste milieu entre le respect du droit de la vie privée et la protection des personnes vulnérables. Aujourd'hui, plusieurs recommandations ANESM, des travaux d'auteurs engagés sur le sujet, offrent des voies pour étayer une pratique en équipe. « La sexualité se compose globalement de l'identité sexuelle, des rôles que l'on adopte, de l'expression de soi à travers la tendresse, le plaisir, l'amitié, l'amour, l'érotisme, la sensualité, les stéréotypes culturels que l'on admet parce qu'ils font notre affaire ou que l'on condamne parce qu'ils ne le font pas. Au même titre que le bien-être physique, mental, émotionnel, la sexualité fait partie intégrante de la santé et de la qualité de vie »⁸. Cette approche relative à l'éducation à l'affectivité proche de la définition de l'OMS a permis de replacer les échanges dans une humanisation reconnue largement par le droit.



Plusieurs voies ont été privilégiées pour orienter les réflexions sur les pratiques de l'ensemble des équipes du Foyer de vie :

Juridique : Les lois de 2002 et 2005 reconnaissent à la personne déficiente mentale l'égalitarisme du droit commun et à ce titre l'objet d'une restriction imposée serait discriminatoire.

⁷ Ouattara BOURAHIMA, Adorno, Une éthique de la souffrance, l'Harmattan, Paris, 2004

⁸ Jocelyne . Robert « Parlez leur d'amour et de sexualité ». Editions de l'Homme Février 2001

Ces avancées législatives, pour aboutir, ont été soutenues par des textes spécifiques tels que la Déclaration des droits du déficient mental de l'ONU le 20 décembre 1971 qui renforçait la reconnaissance du droit à la vie privée prévu à l'article 12 de la Déclaration des Droits de l'Homme du 10 Décembre 1948.

Ethique : Au même titre que d'autres questions essentielles qui traversent les pratiques, cette question relève du domaine de l'éthique au risque de rester dans la morale. « L'éthique ne donne pas de réponses visant l'universalité. Elle ne forme pas les principes, mais plutôt met en question la façon dont ces derniers sont actualisés dans les situations rencontrées. »⁹.

C'est ainsi que des difficultés ont été questionnées. Des solutions sont trouvées par le biais d'une réflexion pluridisciplinaire, en garantissant le respect de la singularité de chaque situation. L'intervention auprès de personnes déficientes mentales présente des constantes aux enjeux complexes. L'étude de Denis VAGINAY¹⁰ a fait écho aux expériences vécues par les professionnels :

- *Il demeure difficile d'interpréter des comportements individuels sans se projeter individuellement, et le professionnel se trouve en tension entre le principe d'égalité et son application dans un cadre institutionnel.*
- *La question des valeurs, de la norme, des croyances sont souvent relatives à des conduites de « fidélité », d'homosexualité, d'auto-érotisme, des capacités à « faire couple ».*
- *Les notions d'emprise et de consentement sont à interroger car le risque existe de fait compte tenu de la complexité même des relations affectives, et d'un interdit qui peut être posé comme un postulat.*
- *La vie sexuelle et affective des résidents est corrélée avec une autorité de fait qui est issue de l'exercice de l'autorité parentale élargie, alors que les personnes sont majeures, et dont « hérite » tout professionnel qui intervient dans les relations avec le résident. La position du professionnel doit se décaler des attentes (ou injonctions) parentales.*
- *La contradiction existe entre la volonté sociale qui reconnaît les libertés individuelles et la possibilité reconnue à la personne en situation de handicap d'expérimenter par des jeux d'appropriation. Amorcer une relation affective reste très complexe et conditionne parfois des réponses standardisées des professionnels « elle est trop fragile, vulnérable, infantile... » « cela réactive des traumatismes...ou un désir d'enfant... ». Dès lors que l'équipe peut réfléchir, partager des connaissances, les effets d'une morale discrète et supposée protectrice apparaissent. L'échange et le partage de connaissances permettent de lever des freins qu'elle s'oppose parfois.*

Inscrire et signifier la question de la vie affective dès l'admission. Pour faciliter un questionnement

La réflexion éthique ne dispense pas les professionnels de leur responsabilité. La décision appartient aux acteurs de terrain qui ont intégré les questions et conclusions de l'instance éthique de réflexion

⁹ ANESM Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux

¹⁰ Denis VAGINAY Sexualité, handicap mental et société. Carnet Psy 2012 Editions Cazaubon

- *Il demeure que la vie collective nécessite des règles de respect de la vie privée, du corps, mais que l'espace garantissant l'intimité doit être tout autant respecté et garanti sans être « contrôlé ou normé ».*
- *Une fonction de veille, de sécurité doit aussi être garantie, et des conduites pulsionnelles nécessitent une vigilance des professionnels. Le débat ne se situe pas autour de « protection » ou « autonomie », mais dans l'entre deux. La vulnérabilité se traduit aussi à l'extérieur de l'établissement, et des risques sont à mesurer. En aucun cas l'établissement n'interprètera des faits délictuels sous couvert de pathologies ou d'irresponsabilité ; l'établissement se trouve dans l'obligation de signalement à l'autorité judiciaire et administrative.*
- *Le traumatisme vécu par une personne peut se manifester plusieurs années après si aucun traitement post traumatique n'a été mis en place, les équipes peuvent se trouver démunies faces à des personnes qui ont une mémoire traumatique permanente. L'aide d'un psychologue est indispensable.*

Permettre un échange dès l'admission avec le médecin psychiatre de la structure psychologue selon les demandes.

5.2 Promotion des bonnes pratiques autour des questions liées à la bientraitance et à la gestion des risques de maltraitance

Le Foyer de vie de Monzière et le Foyer Sénior du BOIS DU ROI inscrivent pleinement leurs actions dans une démarche de bientraitance telle que définie par l'ANESM¹¹.

"La bientraitance est une démarche collective pour identifier l'accompagnement le meilleur possible pour l'usager, dans le respect de ses choix et dans l'adaptation la plus juste possible à ses besoins. La bientraitance est une culture inspirant les actions individuelles et les relations collectives au sein d'un établissement ou d'un service. Elle vise à promouvoir le bien-être de l'usager en gardant en permanence à l'esprit le risque de maltraitance."

Les fondamentaux décrits dans cette recommandation inspirent la relation éducative qui est promue dans les foyers :

- Une culture du respect de la personne et de son histoire, de sa dignité et de sa singularité.
- Une manière d'être des professionnels au-delà d'une série d'actes.
- Une valorisation de l'expression des usagers.
- Un aller-retour permanent entre réflexion et action.
- Une démarche continue d'adaptation à chaque situation.

Le Foyer de Vie s'engage chaque année dans une réflexion qui traite directement ou plus largement des questions de bientraitance. Pour cela, les réunions sont articulées autour du projet personnalisé, pivot et indicateur continu de la qualité et de la pertinence des prestations et de l'accompagnement.

Faisant suite aux préconisations de l'évaluation externe, l'année 2015-2016 a été consacrée à l'amélioration de la méthodologie et à l'articulation de l'écrit de synthèse avec les projets personnalisés.

¹¹ La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre. ANESM Juin 2008

Ce travail se poursuit notamment par l'évaluation fine et précise des besoins des usagers et de l'actualisation des critères d'observations.

La bientraitance se décline en permanence au travers d'un ensemble de domaines relatifs à la vie en foyer de vie décrit précédemment.

5.3 Animation et activités au cœur de la vie quotidienne

L'accompagnement socio-éducatif au **Foyer Sénior** du Bois du Roi se trouve dans une continuité inscrite dans les foyers de vie et d'hébergement de l'AVERPAHM. Toutefois, et en relation avec les besoins identifiés des personnes accueillies, cette notion doit être réinscrite dans les pratiques de l'équipe.

L'équipe souligne combien la vie quotidienne dans son apparente banalité établit les bases indispensables d'une continuité sécurisante, éléments qui font défaut dans la construction identitaire des adultes accueillis au Foyer Sénior. Un ensemble d'actes quotidiens, dans leur répétition, étayent le rapport au temps, au corps, à la pensée, aux autres... et offrent une richesse de relations, d'émotions entre professionnels et résidents. C'est ainsi qu'un karaoké spontané, la décoration d'une chambre ...sont des activités qui ponctuent le quotidien. L'activité organisée telle qu'elle est proposée et vient compléter la vie quotidienne, donne un rythme qui est à la fois collectif et personnalisé.

Les notions d'animation et d'activités sont repérées comme des temps qui séquent le déroulement de la vie au foyer sénior, et qui permettent aussi une mobilisation des capacités individuelles.

La définition donnée par Michel LEMAY vient en écho aux pratiques constituées au foyer sénior : *« C'est à partir d'une relation significative, d'une écoute et d'une observation attentive de ce qui est fait qu'on peut apprécier les aptitudes et les limites d'un sujet, afin de lui proposer un « champ » d'échange et de réalisations lui permettant de se développer. »*

La recommandation ANESM¹² nous propose une déclinaison des activités avec les adultes en situation de handicap vieillissants dans laquelle le service se retrouve :

« Adapter les activités quotidiennes de la personne à ses nouveaux besoins et rythmes. Cette adaptation peut passer, selon les situations, par :

- *Le fait de prendre plus le temps avec la personne pour ses activités de vie quotidienne (lever, coucher, toilette, habillage, repas) ;*
- *Le fait d'adapter les activités aux potentialités de concentration de la personne et à sa fatigabilité (réduction du temps de l'activité, proposition d'organiser les activités en plus petit comité, etc.) ;*
- *Le fait de laisser la possibilité à la personne de ne pas participer, occasionnellement, aux activités culturelles, sportives ou de loisirs prévues pour elles (par exemple lorsqu'elle s'estime trop fatiguée). Dans ce cas de figure, les causes du refus seront toutefois recherchées et analysées.*



¹² « L'adaptation de l'intervention auprès des personnes handicapées vieillissantes » (p. 64)

L'Animation

Il s'agit de créer des activités qui s'inscrivent dans des temps particuliers, souvent spontanés et imprévisibles, ou partant d'une demande particulière (jeux de société...) Ils donnent de la vie à un espace collectif, cassent la répétition du quotidien. Philippe CHAVAROCHE¹³ nous éclaire ainsi « ...Cette immobilité est alors le rappel permanent de la pulsion de mort qui rôde dans les établissements confrontés aux pathologies physiques et mentales graves. Les « faire bouger » signifie clairement qu'il faut lutter contre cette immobilité mortifère, créer l'illusion du mouvement qui les met à distance.... » « Cette illusion est toujours présente dans les formes d'accompagnement et constitue un « espace transitionnel où usagers et professionnels peuvent se rencontrer... ».

Ces temps d'animation, sous des formes diverses, se réalisent sur la base d'une organisation et ont toujours un caractère ludique ou festif :

- En relation avec l'extérieur
- Inter établissements
- Autour de thèmes : « semaine du handicap », « Epouvantails à Verneuil », Jumelage, sortie pêche...

La proximité des locaux Foyer Sénior et FAM permet des passerelles pour les résidents et des mutualisations d'activités par les personnels.

L'Activité,

Elle est souvent organisée. Elle sous-entend une « liberté » dans le sens où elle peut être culturelle, sportive, de bien être, interne, externe...Tout est possible, tant qu'elle est adaptée à la personne à qui elle s'adresse. Il n'y a pas « d'activisme ».

L'ensemble des personnels s'y implique. Une organisation hebdomadaire, des prévisions d'activités pour organiser la logistique, et particulièrement l'accompagnement et le transport, sont mises en place. Des formes d'activités variées séquentent la vie des foyers et se construisent en fonction de plusieurs variables :

- Activités pilotées par des référents qui ont des appétences réelles sur une activité (sportives, culturelles, expression...);
- Activités qui reposent sur de la polyvalence ;
- Activités qui se déroulent à l'extérieur, personnalisées (judo, aquariophilie) ;
- Activités d'utilité sociale : hippodrome, automobile, et lingerie (valorisation et gratification symbolique) ;
- Activités récurrentes : chaque semaine ou tous les 15 jours avec 1 animateur et 1 projet ;
- Activités ponctuelles : pas d'animateur désigné, un membre de l'équipe éducative, qui répond à des besoins immédiats.

Tout en répondant au besoin, une activité peut créer une demande et une émulation dans le groupe.

Des activités peuvent être proposées par des résidents, par envie de découvrir l'environnement, pour aller voir des spectacles....

¹³ CHAVAROCHE P. Des contenants pour penser le quotidien ? Les cahiers de l'actif L'animation du quotidien institutionnel juillet/Aout 2008

Qu'est-ce qui fait le choix d'une activité :

L'activité n'est pas isolée au temps dédié, elle se relie à la vie sociale et aux animations et se construit avec les résidents.

L'activité ne s'inscrit pas dans la logique « utilitariste » du projet personnalisé. Elle est motivée par plusieurs facteurs, notamment :

- Loisirs/séjours : privilégier une journée plutôt qu'un séjour de plusieurs jours qui peut-être trop long, trop insécurisant pour certain ;
- Une demande ;
- Un projet personnalisé ;
- Proposition d'action faisant suite à des constats d'isolement, d'absence de partage et de lien pour certains résidents. Tendre vers des échanges ;
- Inscrire les résidents dans un projet commun ;
- Mettre en valeur leurs réalisations, reconnaître les capacités créatives ;
- Acquisition d'un savoir-faire et maintien des acquis (motricité fine, concentration, autonomie) ;
- Susciter l'intérêt, la découverte, l'expression, la mémoire ;
- Des aptitudes particulières du professionnel : savoir-faire, intérêt personnel ;
- Une implication particulière du résident : choisit l'animateur de l'activité, la sollicitation, l'intérêt.

Les activités de création ne sont pas des activités thérapeutiques, même si elles doivent être distinguées de l'apprentissage, de la rééducation, de l'occupation. Le risque de faire intrusion dans l'espace psychique ou de ne pas respecter l'intime peut toujours se présenter

Intérêt pour développer une approche par la socio esthétique.

Certains résidents participent à des activités en tant que spectateurs.

La passivité apparente est aussi une forme de participation qui peut susciter des demandes de personnes souvent pragmatiques.

Les activités mutualisées entre le FAM et le Foyer Sénior suscitent des moments de partage et d'échanges (pas forcément verbaux). Les résidents peuvent être dans des relations d'entraide. Certaines relations peuvent s'établir entre résidents et se maintenir dans la durée.

5.4 Les activités inscrites comme outils à part entière du projet personnalisé

Des objectifs sont clairement identifiés au travers des activités et sont de 3 types : culturels, maintien de l'autonomie et des capacités, et lien social. Ils se déclinent dans un projet annuel qui permet de situer les temps forts. Outre ces temps, la recherche de moments de plaisir et de bien être dans la vie quotidienne est permanente. L'approche ludique des activités ne reconnaît pas l'échec et l'humour permet un décalage qui permet de faire cohabiter des personnes aux représentations très différentes.

L'encadrement des activités par les personnels des foyers est indispensable. Elle doit répondre à des objectifs et se construire selon une logique et une pédagogie qui ne laissent pas croire à une indépendance, ni à une illusion de l'autonomie des intervenants. Ce travail s'élabore avec l'encadrement qui valide les activités proposées.

Activités	Qui	Culturelles et loisirs	Maintien de l'autonomie	Maintien des capacités	Lien social et citoyenneté
Médiathèque avec le FAM Capacité individuelle à emprunter	 				
Mini ferme Activité en continu Vecteur de lien					
Chant musique					
Cuir					
DJEMBE	 				
Mosaïque					
Cuisine Monzière					
Cuisine ponctuelle					
Marché Permet de repérer les évolutions					
Aérobic					
Atelier peinture					
Cheval					
Vroum vroum café Décrochage de la vie du foyer					
Balade					
Soins des pieds					
Utilité sociale Blanchisserie Hippodrome					
Judo					
Aquariophilie					
Atelier créatif					

Intervenant du foyer	Prestataire externe	Activités mutualisées avec FAM	Activités mutualisées avec le site Rés de DURSAT et F Sénior
			

Tableau synoptique des principales activités selon les lieux, modalités, objectifs

5.5 Les prestations de services

Les prestations proposées par le foyer de vie de Monzière et le foyer sénior le Bois du Roi sont les suivantes, avec une déclinaison organisationnelle particulière à chaque site. Le Foyer Sénior mutualise un ensemble de prestations avec le Foyer d'Accueil médicalisé. Des dispositifs mutualisés permettent de réaliser les prestations dans l'ensemble des établissements d'hébergement.

L'enjeu de demain sera d'être en capacité d'identifier pour chacun le niveau et le besoin de ces prestations pour chaque résident, et d'avoir ainsi une vraie lecture de l'offre des établissements, en lien avec Serafin-PH.

- **Accompagnement dans l'Alimentation**

Le repas est un moment privilégié, il vise à favoriser la notion de plaisir et l'autonomie de chacun. Les menus adaptés sont possibles et un travail avec la cuisine centrale située à Monzière pour les 2 foyers est établi pour adapter la prestation.

Des commissions menus sont également en place où chacun peut donner son avis, échanger sur les changements souhaités ou sur les plats désirés. Les résidents, les familles, les représentants de salariés, le responsable de cuisine, l'encadrement y participent. Elles ont lieu à chaque changement de saison, soit 4 fois par an.

- **Accompagnement Matériel**

Le confort et la qualité de vie à partir des espaces individuels et collectifs sont privilégiés. Le Foyer de vie de Monzière est installé depuis le mois d'avril 2017, et celui du Bois du Roi depuis septembre 2012. Dans les 2 établissements, la qualité de l'accompagnement est assurée par un équipement récent, tant au niveau du bâti que du mobilier. Les locaux sont personnalisés par les résidents et les chambres individuelles sont décorées au goût des résidents.

- **Animation et loisirs**

Ces prestations ont été développées dans les activités participant au maintien de l'autonomie et à la socialisation. Elles permettent de travailler sur l'estime de soi et la reconnaissance de la singularité de chacun.

Des séjours, dont la durée varie en fonction des potentiels de chacun, sont organisés par les établissements, et sont une véritable plus-value, notamment en termes de richesse humaine.

- **Accompagnement à l'hygiène personnelle :**

- Permettre aux personnes accueillies de vivre en toute dignité dans un lieu sécurisant pour elles et rassurant pour leurs proches ;
- Permettre à chaque résident de bénéficier des aides dont il a besoin dans la réalisation des actes de la vie quotidienne ;
- préserver l'identité singulière et l'intimité de chaque résident.

- **Accompagnement relations affectives et sexuelles**

Les prestations concernent la contraception adaptée, le travail sur le consentement mutuel, une veille à la qualité relationnelle et sur le respect entre les résidents.

La présence d'un infirmier et d'une psychologue au sein des 2 équipes permet d'aller sur la mise en mot de ces sujets, de travailler la question de la prévention, avec les résidents et leur famille.

- **Accompagnement relations sociales**

- Aider à l'intégration sociale ;
- favoriser les relations de groupe.

Cette dimension est inscrite également dans le projet personnalisé.

- **Respect de l'individualité du Résident**
 - Mettre en œuvre un accompagnement quotidien individualisé au plan éducatif, thérapeutique, médical et social ;
 - Entretenir et développer l'autonomie en sollicitant le potentiel physique, intellectuel et créatif en fonction du projet de chacun ;
 - Permettre de bénéficier d'aide au niveau des actes de la vie quotidienne, de préserver son identité singulière et son intimité.
- **Vacances et transferts**
 - Ouverture à la vie culturelle et associative dans le bassin Vichyssois ;
 - Favoriser l'enrichissement culturel et les relations sociales : proposer un rythme d'activités aux résidents qui sortent peu ou qui ont peu de famille ;
 - Etablir des relations avec des organismes extérieurs.
- **Entretien des locaux**

Chaque établissement est doté d'une équipe « services généraux » qui assure l'entretien des locaux dans les parties collectives et privées. Là encore, chaque résident est pris en compte dans ses particularités : ordre des choses, rangement personnel, rythme des nettoyages. Le fait d'avoir une équipe fixe, propre à l'établissement, permet le respect des résidents par la connaissance de leurs habitudes.

- **Accompagnement à la santé**

Les modalités de soins sont définies dans le projet personnalisé et se singularisent entre le foyer de vie de Monzière et le foyer de vie Senior du Bois du Roi. Ce dernier travaille en proximité avec le Foyer d'accueil médicalisé.

Chaque résident a un **médecin traitant** de son choix ou de celui de son représentant légal. Tous les traitements sont dispensés avec une ordonnance en cours de validité et des conventions sont établies avec 2 **pharmacies** distinctes pour la préparation des piluliers.

La structure bénéficie également de l'intervention d'un **psychiatre** qui travaille en coordination avec le psychologue, le médecin traitant, l'infirmier, l'encadrement éducatif et l'équipe éducative.

Son rôle s'organise autour de 3 grandes fonctions:

⇒ une fonction institutionnelle d'appui dans la réflexion théorique et dans l'élaboration de stratégies éducatives qui prennent en compte la problématique psychique des résidents.

Le psychiatre n'a pas de fonction de gestion institutionnelle de l'équipe éducative, qui est assurée par la direction et l'encadrement.

⇒ un rôle direct auprès des résidents qui sont reçus en entretien, autant que de besoin et à leur demande. Il peut prescrire, si nécessaire, de façon transitoire ou sur le long cours, un traitement psychotrope. Le psychiatre reçoit également la famille du résident, lorsqu'elle en fait la demande et qu'elle a des questions quant au suivi psychiatrique.

Deux exceptions :

- Lorsque le résident fait le choix d'un suivi psychiatrique par un psychiatre extérieur à l'institution ;
- Lorsque l'accompagnement déterminé dans le projet personnalisé abouti à la nécessité d'un suivi extérieur à l'institution (conflit d'intérêt par exemple).

⇒ un rôle d'évaluation clinique du résident nécessaire à sa bonne prise en charge dans l'établissement, réalisée selon deux modalités complémentaires :

- la rencontre informelle, dans les lieux de vie du foyer, à un moment convivial (goûter, café) qui permet une observation directe, mais limitée dans le temps ;

- le recueil d'observations par l'équipe éducative : recueil des attitudes, des propos, des comportements, des symptômes présents ; puis, analyse en équipe de ces éléments cliniques, des résultats de la stratégie éducative co-construite.

- **Prestation veille de nuit**

- Assurer la sécurité des locaux ;
- Assurer une surveillance paramédicale ;
- Veiller au confort des usagers ;
- Gérer, accompagner le coucher, les temps de sommeil, la fatigue. Accompagner les errances, les insomnies, les angoisses, les confusions ;
- Gérer des crises, des comportements inhabituels : conflits, agression ;
- Observer des comportements, les retransmettre aux équipes de jour.

- **Prestation Service Social et administratif**

- Ouvrir les différents droits (allocations...), gérer les dossiers administratifs et financiers ;
- Demande d'aides financières, aide sociale, actualisation des dossiers auprès de la MDPH.

En lien avec la directrice adjointe, l'assistante sociale recherche des places en établissements sociaux, médico-sociaux ou de santé, en vue de séjours de rupture, de répit ou de réorientation ; elle fait également le lien avec les autres établissements du groupement SAGESS (entrée, sortie).

- **Psychologue**

Le psychologue travaille en coordination avec le médecin psychiatre, la directrice, la directrice adjointe, l'encadrement éducatif et l'équipe éducative.

Son rôle s'organise autour de 4 grandes fonctions :

⇒ Travail d'observation, d'évaluation et d'accompagnement du résident, dans la continuité du travail de l'équipe éducative, dans un souci de repérage du fonctionnement cognitif et psychique, ainsi que d'identification des besoins et des attentes. L'intervention auprès des résidents se fait sous la forme d'entretiens individuels (à la demande de la personne ou de l'équipe) lors de permanences sur les établissements, mais aussi sous la forme de groupes de parole, thématiques ou d'expression libre, co-animés avec un éducateur.

D'autre part, des ateliers thérapeutiques avec supports de médiation sont mis en place afin d'étayer un travail de symbolisation chez les résidents démunis dans leur capacité à mentaliser et verbaliser.

⇒ Travail de soutien et d'accompagnement des familles et de l'entourage, sous la forme d'entretiens individuels, d'espaces d'écoute et de parole permettant d'accompagner les questionnements, les difficultés liées à l'accueil de leur proche dans l'institution. D'autre part, les questions de la séparation et du développement de l'autonomie en lien avec la reconnaissance d'une identité d'adulte sont travaillées lors des projets d'orientation et/ou de réorientation.

⇒ Rôle de sensibilisation des équipes à la dimension psychologique des personnes accompagnées, à l'évolution des publics accueillis et leurs pathologies, ainsi qu'en tant que soutien dans leurs relations aux familles, sur sollicitations individuelles, collectives ou lors de groupes de travail. Le travail se fait en complémentarité avec les différents intervenants (éducateurs, AS, psychiatre, infirmier, médecins, professionnels extérieurs, ...) afin de favoriser une prise en charge individualisée et optimale mettant en lien les dimensions éducatives, pédagogiques et thérapeutiques.

⇒ Travail en collaboration avec l'équipe de direction et d'encadrement (directrice, directrice adjointe, chefs de services, coordinateur) sur la mise en œuvre du projet d'établissement, le psychologue ayant pour rôle de garantir le respect de la vulnérabilité et du bien-être psychique des personnes accueillies, ainsi que de veiller à la prise en compte de l'évolution des publics et des pratiques, afin que le résident reste au centre des préoccupations institutionnelles.

- **Blanchisserie**

Une blanchisserie centralisée permet de veiller à l'hygiène du linge. Cette prestation est non externalisée, là encore avec un souci d'une meilleure prise en charge. Le personnel a travaillé dans chaque établissement, et connaît chaque usager individuellement. Il est à noter que des travailleurs d'ESAT sont intégrés à l'équipe 2 jours par semaine.

Le ramassage du linge sale est réalisé 2 fois par semaine ; le tri et la redistribution en chambre est fait directement par l'équipe services généraux des établissements.

- **Sécurité des résidents :**

Chaque résident a un référent et bénéficie d'accompagnements selon ses besoins. Exemples :

- Accompagnement à la douche, au repas, transports ;
- Prise en charge des premiers soins ;
- Vérification du bon fonctionnement et du bon état des effets personnels et du matériel collectif ;
- Vigilance et prévention par rapport à la sexualité, la violence (sécurisation de l'accès Internet, informations...) ;
- Sensibilisation aux règles de la sécurité routière (piétons, vélos...) ;
- Apprentissage des matériels à risque (appareils électriques...) ;
- Vérification de l'accès aux matériels de premiers secours (trousses de secours dans les véhicules et les groupes, défibrillateur) ;
- Formation du personnel Santé Sécurité au Travail, aux risques électriques, à l'utilisation des extincteurs, exercices incendie ;
- Accessibilité dans tous les locaux.

6 ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT

6.1 Le partenariat

Au-delà des encouragements réglementaires à la recherche de coopérations, la priorité qu'impose le projet personnalisé est que soient établies des coopérations avec des institutions ou services partenaires afin de répondre au mieux aux besoins des personnes. Comme l'a montrée l'étude de population, les besoins sont complexes et très variés, et il serait illusoire de penser qu'une seule institution puisse à elle seule les satisfaire.

Plusieurs niveaux sont identifiés :

- **L'alliance avec les familles, le partenariat avec les services mandatés.**

Bien que la vie au Foyer de vie offre un espace de transition pour construire une vie adulte la plus autonome possible, cet accueil n'établit pas pour autant une distance de l'environnement familial et social habituel. Pour le bien être des personnes accueillies, il nous paraît indispensable de pouvoir maintenir des relations avec le réseau familial ou mandataires judiciaires investis dans le suivi des résidents.

La personne reste un sujet inscrit dans une histoire familiale, un environnement affectif et dans un parcours médico-social qui a été jalonné d'actions éducatives très souvent.

Travailler en relation avec les familles et des services partenaires, c'est aussi les associer au projet personnalisé, offrir au résident une médiation avec son entourage qui se construit dans une relation de confiance garantissant que la personne ne devienne pas la propriété de l'établissement.

Cependant nous n'imposons pas aux personnes accueillies de maintenir ces relations lorsqu'elles perçoivent des enjeux contraires à leur intérêt.

Concernant les mandataires judiciaires, les foyers de vie définissent les termes de son partenariat autour de deux niveaux de collaboration :

⇒ le niveau opératoire avec l'organisation des visites à la personne sur site, en présence du référent et/ou du chef de service : ce niveau permet de maintenir un lien de proximité et de réactivité concernant les demandes courantes de l'usager.

⇒ le niveau intermédiaire de collaboration s'organise avec les mandataires et les chefs de services respectifs, ainsi que si besoin avec la directrice adjointe : ce niveau situe les liens et la nature des collaborations dans l'environnement social et juridique.

Il permet un ajustement des projets personnalisés, sur des registres engageant le lien de la personne avec l'institution et le traitement de demandes nécessitant l'accord et la protection de son mandataire.

- **L'environnement local**

Les actions, souvent reliées avec des activités, ne s'exercent pas hors du champ social local. Les foyers de vie sont immergés dans un territoire local, dans un espace culturel, dans une histoire qui marque l'identité des établissements de l'AVERPAHM. Cette implication se matérialise par la participation conviviale à des manifestations locales, pose le principe d'ouverture de l'établissement, de mouvement entre le « dehors » et « dedans », contribuant à favoriser la reconnaissance de la citoyenneté des personnes.

- **L'environnement médico-social et sanitaire**

Entre le secteur médico-social enfant, la psychiatrie, le secteur sanitaire, les cultures professionnelles sont très différentes, chacune répondant à des besoins spécifiques. Les priorités évoluent au fil du temps et se révèlent au foyer de vie. Il est nécessaire alors d'établir des conventions et des « ponts » pour fluidifier des parcours individuels, à plusieurs niveaux :

- Au niveau du secteur médico-social : FAM, EHPAD, MAS...soit sur le territoire ou en relation avec les établissements du GCSMS SAGESS, soit hors secteur souvent pour des motifs de disponibilités de places ;
- Au niveau de l'institution sanitaire, pour les urgences, les liaisons ;
- Au niveau de l'institution psychiatrique.

Convention avec
l'hôpital de Vichy

6.2 Le Personnel

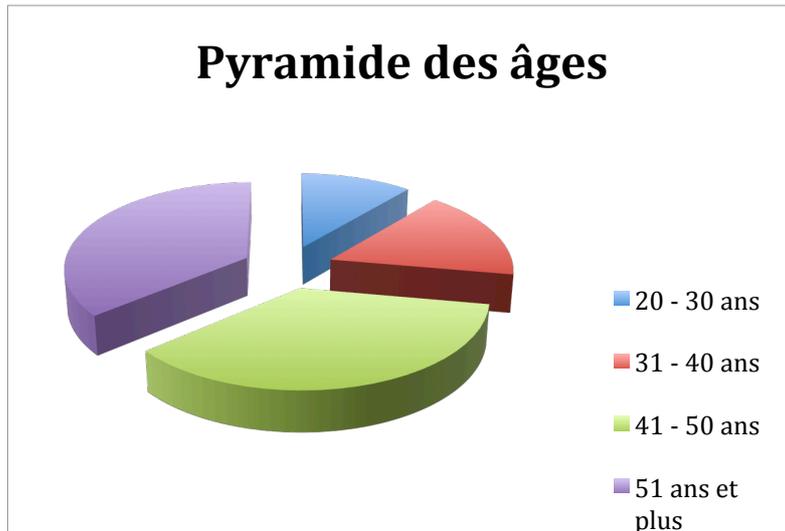
L'équipe du foyer de vie est constituée de 31 personnes pour un total de 25,38 Equivalents Temps Plein, avec une population féminine à plus de 90 %.

Nous avons 5 grandes familles professionnelles réparties dans les 2 établissements de la façon suivante :

Catégories ↓ Sites →	Métiers par sites		Temps	
	Foyer de vie MONZIERE	Foyer de vie Sénior BOIS DU ROI	Foyer de vie MONZIERE	Foyer Sénior BOIS DU ROI
Personnel éducatif	1 Chef de service 2 DE ES 1 ME 1 Educ Technique 7 AMP 1 Educ sportif	3 DE ES 5 AMP 1 Educ sportif	1 ETP 2 ETP 1 ETP 0,5 ETP 6,85 ETP 0,10 ETP	ETP 2 ETP 5 ETP 0,10 ETP
Personnel para médical	1 psychologue 1 infirmier	1 psychologue 1 infirmier	0,10 ETP 0,20 ETP	NP 0,10 ETP
Direction	1 directeur 1 directeur adjoint	1 directeur 1 directeur adjoint		
Services administratifs	1 secrétaire 1 comptable 1 responsable comptable	1 secrétaire 1 responsable comptable		
Services généraux	2 agents d'entretien 2 surveillants de nuit 1 responsable de cuisine 1 second de cuisine	2 agents d'entretien 2 surveillants de nuit	2 ETP 2 ETP 1 ETP 1 ETP	2 ETP 2 ETP

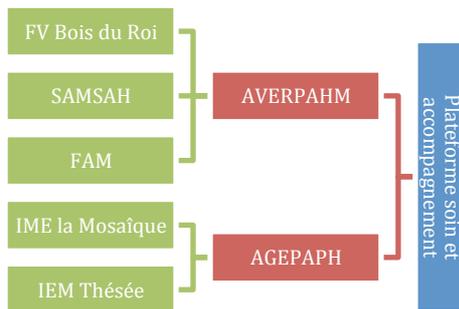
La pyramide des âges n'est pas équilibrée, avec des salariés plus âgés sur le foyer de vie le Bois du Roi. De façon générale, nous avons une grande stabilité des équipes, avec très peu de départs volontaires, ou bien sous la forme de mutation au sein de l'ancien « pôle habitat et pôle services » de l'AVERPAHM. Les derniers départs à la retraite ont eu lieu sur le foyer de vie le Bois du Roi, sans pour autant agir sur la pyramide des âges, du fait de ces mutations en interne.

Pyramide des âges



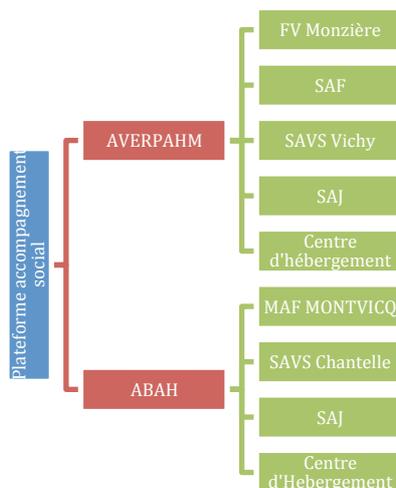
Organigramme

L'organigramme des foyers a connu une évolution importante depuis la restructuration par plateformes métiers. L'idée est de pouvoir répondre aux besoins et évolutions du public accueilli, et de créer des passerelles voulues plus naturelles, plus simples dans la perspective du parcours.



La plateforme soin et accompagnement est conjointe à 2 associations, avec un partage de la fonction de direction.

Le foyer de vie Bois du Roi est géré par une directrice adjointe chargée du bon fonctionnement tant éducatif qu'administratif.



La plateforme, dans sa partie gérée par l'association AVERPAHM, est constituée d'une direction commune avec l'ABAH, d'une directrice adjointe chargée des usagers, d'une chef de service ayant délégation RH, et une chef de service propre à l'établissement (commune avec le SAF).

6.3 Le travail en équipe

Les temps de réunion constituent un temps d'information, d'analyse et de synthèse, de concertation, de coordination, d'évaluation et de décisions.

Espace inter et pluridisciplinaire, elles sont le support aux échanges et à une remise en question permanente des pratiques quotidiennes et des actions entreprises.

Elles constituent un espace-temps de distanciation nécessaire, elles se construisent comme espace de retour réflexif et analytique des pratiques, et fondent dans l'après coup une dynamique d'ajustement des termes du projet d'accompagnement personnalisé.

Elles sont au nombre de 4 par mois et suivent une logique d'articulation des 3 niveaux de projet : le projet d'établissement, le projet personnel, le projet associatif.

Niveau de Projet Ordre du jour	Animateur/ régulateur	Acteurs	Axe	Temporalité
<u>P. Etablissement et Projet Personnalisé</u> <i>Synthèse</i>	Educateur coordinateur de projet DA/Médecin psychiatre/psychologue	Instance professionnelle Equipe pluridisciplinaire Mandataire judiciaire au besoin/sur demande	Analytique : analyse psychopédagogique des besoins, potentialités et des évolutions. Analyse du contexte psycho-social. Basée sur un référentiel d'observables	1^{er} bilan après 3 mois d'accompagnement 1^{ère} synthèse à 6 mois Réactualisation et évaluation tous les 2 ans au maximum
<u>P. Etablissement et Projet Personnalisé</u> <i>Projet d'accompagnement personnalisé</i>	Educateur coordinateur de projet DA/CS/psychologue	Instance élargie Equipe pluridisciplinaire Mandataire judiciaire au besoin/ sur demande Famille et ou usager Idem	Opératoire/projectif/participatif/contractuel Définition des axes prioritaires de l'action éducative personnalisée Définition concrète de l'action en matière d'apprentissage de maintien et de développement des compétences	Pré-projet à l'issue du bilan Projet à l'issue de la synthèse : avenant au contrat de séjour Ajustement mensuel en réunion de coordination des usagers Réactualisation tous les ans : avenant au contrat de séjour Transmission explicitation et accordage sur les termes du projet
<u>P. Etablissement et Projet Personnalisé</u> <i>Coordination usagers</i>	CS/psychologue/coordonateur de projet	Instance professionnelle Equipe pluridisciplinaire Equipe de nuit tous les 2 mois Equipe services généraux au besoin	Articulation des dimensions personnelles/individuelles/collectives Focus sur des situations et des comportements exceptionnels Veille/gestion fonctionnelle du vivre ensemble	Analyse synchronique (instant T) Veille fonctionnelle continue
<u>Projet d'Etablissement</u> <u>Projet Personnalisé</u> <u>Projet Associatif</u> <i>Bientraitance/projet de service/à thème</i>	Equipe de direction/CS/Technicienne qualité/Personne ressource	Instance professionnelle Equipe pluridisciplinaire Equipe de nuit au besoin	Conformité et qualité autour de 3 grands axes 1: Garantie des droits individuels et collectifs 2: La personnalisation de l'accompagnement 3: Accompagnement de l'usager permettant la promotion de son autonomie, de sa qualité de vie, de sa santé et de sa participation sociale	Analyse synchronique Veille fonctionnelle et juridique, évaluation continue

La réunion bientraitance/projet de service/à thème : cet espace de réflexion concourt à redonner du sens aux attitudes et actions quotidiennes, et incite chacun à évaluer et penser des postures communes de bientraitance. La réflexion est menée autour des indicateurs dégagés par l'ANESM, ainsi qu'à partir des engagements et des réflexions éthiques menés en interne et concernant la fonction réelle et symbolique de chacun des acteurs, avec les usagers.

La réunion de synthèse : elle a pour fonction de rendre compte et d'évaluer l'évolution de la personne et de recentrer les pratiques éducatives autour d'une dynamique de projet.

Elle est dédiée à l'analyse du temps perçu-vécu par l'utilisateur, par l'éducateur dans le rapport à une quotidienneté souvent figée par les effets de « corps à corps » et les effets de la dynamique intersubjective à l'œuvre.

La réunion de synthèse procède d'une démarche clinique ; elle est fondée sur le partage d'observations quotidiennes structurées autour de variables ciblées et identifiées dans un référentiel d'observation.

Il s'agit pour les professionnels d'émettre des hypothèses à visée interprétative mais également des hypothèses « prédictives » et plus opératoires, qui constitueront le point de départ qualitatif du projet personnel.

Il s'agit donc d'articuler le passé, l'ici et maintenant et le futur, soit de resituer l'utilisateur dans une historicité personnelle et dynamique.

La participation de l'utilisateur, de son représentant légal et/ou de sa famille n'est pas envisagée lors de cette phase d'élaboration : il s'agit avant tout d'une instance technique, dont le support d'élaboration est inter disciplinaire.

La réunion élaboration/suivi du projet personnel et personnalisé est le temps de la construction opératoire du projet. La réunion a donc pour fonction : d'énoncer une clinique éducative en **acte**, de préciser sa **posture**, de la partager avec tous les acteurs du projet, enfin de rendre lisible son action.

Les réunions « coordination usagers » constituent un point d'arrêt et d'analyse sur des points particuliers de l'évolution d'un comportement de l'utilisateur en lien avec le collectif. Elles permettent de clarifier l'articulation entre personnalisation de l'accompagnement et vie en collectivité.

6.4 La gestion des ressources humaines

6.4.1 Le recrutement

Le recrutement est réalisé par la directrice adjointe ou par la personne chargée du recrutement, sous couvert de la validation de la direction.

Les recrutements se font toujours au regard de l'évolution des besoins de la population. En effet, on voit apparaître 2 dynamiques en fonction du diagnostic établi sur les personnes accueillies :

- foyer de vie Le Bois du Roi : le besoin de médicalisation, de lien nécessaire autour de la question du soin, du secret médical, font que des personnels ayant la double formation AMP/Aide Soignante sont recrutés pour remplacer des départ d'AMP ;
- foyer de vie Monzière : l'accompagnement éducatif y est très spécifique, là aussi au regard des nouveaux entrants, et une orientation a été prise pour aller vers des recrutements type moniteur éducateur.

La surveillance de nuit, sur un bâtiment grand et avec des unités dispersées, a amené à penser la question d'un surveillant de nuit volant, pouvant intervenir en cas de besoin. Il vient porter renfort au titulaire sur des périodes précises : crise d'un résident, hospitalisation avec besoin d'un accompagnement physique.

Nous nous attachons à maintenir un équilibre et une représentation des professions identifiées. Il est à noter que la parité est quelque chose de difficile à obtenir dans notre secteur d'activité.

Pour le recrutement, 4 sources sont mobilisées :

- candidatures spontanées ;
- réseau SAGESS ;
- réseau Pôle Emploi ou Cap Emploi ;
- réseau Mission Locale.

6.4.2 La formation

Au travers des Plans Annuels de Formation, l'employeur atteste de sa volonté de poursuivre les actions collectives de soutien pédagogique des équipes, en lien avec les questions soulevées par les évaluations interne/externe (renouvellement des pratiques, valorisation des compétences).

Le but premier est d'aider au développement des compétences particulières pour l'accompagnement des usagers et de leurs familles, en intégrant les conséquences émotionnelles sur les salariés.

L'atteinte de cet objectif est facilitée avec le développement de la formation via le regroupement SAGESS. La mutualisation des moyens financiers, humains, nous permet d'avoir accès à un plus grand nombre de formations, moins onéreuses car dénuées de toute idée de profit, et répondant strictement à nos besoins détectés dans nos établissements. Chaque année, de mars à juin, les besoins sont identifiés, listés, pour pouvoir ensuite rechercher ou organiser les formations correspondantes. C'est une véritable plus-value.

Des formations collectives sont également organisées chaque année, pour les personnels de la cuisine centrale pour maintenir leurs connaissances ou les développer sur l'hygiène (HACCP), les techniques culinaires (mixés). Nous sommes aidés par le prestataire SOGERES.

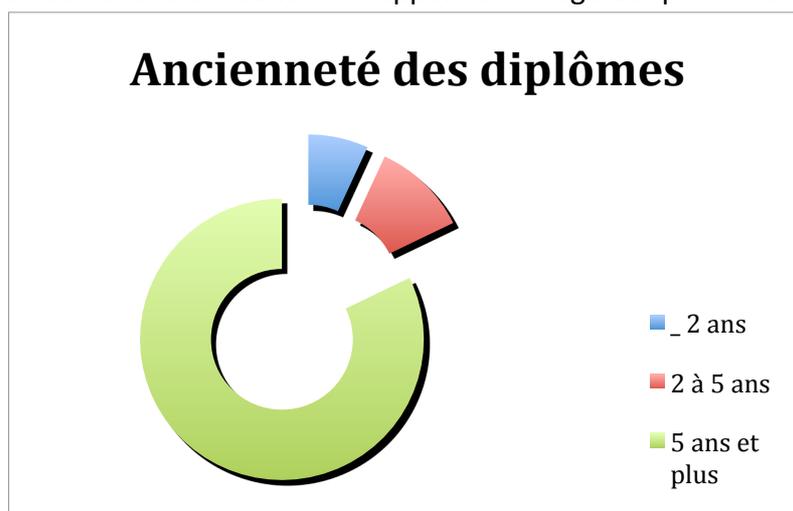
En ce qui concerne les formations individuelles, la préférence a été donnée ces dernières années à la mise en place de formations qualifiantes concourant à l'amélioration des conditions de vie des usagers : formation lingerie, formation maîtresse de maison, formation HACCP.

Outre l'impact sur le quotidien des personnes accompagnées, ces formations, destinées principalement aux personnels des services généraux, permettent également de garantir une implication importante dans les actions supports à destination des usagers (participation aux activités cuisine et entretien, entre autre).

Historiquement, une information sur les droits acquis était donnée à tous les salariés du pôle en début d'année civile. Pour autant, ce droit n'avait jamais été utilisé sur les foyers de vie, et ce même en cas de refus d'une formation faisant partie du plan de formation. La mise en place du compte personnel de formation n'a pas amélioré la situation, malgré des campagnes d'information à destination des salariés sur la procédure pour ouvrir les comptes et les utiliser.

Validation des acquis de l'expérience

C'est un dispositif très peu utilisé, malgré une position de la direction favorable. L'ancienneté des diplômés en atteste. Une VAE demande un engagement professionnel mais aussi personnel ; les salariés ne sont pas tous prêts à engager de telle démarche. Il faut également mettre cette sous-utilisation en rapport avec l'âge des professionnels.



A ce jour, nous n'avons qu'une seule demande engagée pour le responsable de cuisine pour faire valoir son expérience professionnelle.

Formations qualifiantes ou diplômantes

Les professions les moins qualifiées sont celles des services généraux et des surveillants de nuit, car elles ne nécessitent pas de diplôme particulier au départ.

Pour autant, une vraie politique de proposition de formations qualifiantes est menée sur l'ensemble des plateformes, avec un taux de personnes formées à plus de 90%. Pour les foyers de vie, sont concernés entre autres les maîtresse de maison ou encore les veilleurs de nuit.

6.4.3 La prévention des risques professionnels

La dernière mise à jour du Document Unique d'évaluation des risques professionnels sur le foyer de vie le Bois du Roi a été réalisée en mars 2017, et en mai 2017 pour le foyer de vie de Monzière, soit un mois après la date du déménagement.

L'évaluation des risques est graduée sur une échelle allant de I (préoccupant) à IV (peu significatif). Seules 2 situations ont été classifiées en indice I et II :

- Indice I : 1 situation portant sur les veilleurs de nuit – classification de fait en fonction du nombre de nuits réalisées à l'année par les agents ;
- Indice II : 1 situation portant sur l'agent d'entretien – intervention en hauteur

L'évaluation est donc relativement satisfaisante, au regard des risques observés (psycho-sociaux, activité physique, agents biologiques).

De plus, chaque année, une formation est organisée pour l'ensemble des salariés du foyer, pour les risques liés aux incendies ainsi que sur la Santé Sécurité au Travail (formation initiale de 2 jours, ou recyclage d'une journée pour les personnes ayant suivies le 1^{er} cursus). Ces formations ne font pas parties du plan de formation annuel.

Nous nous sommes attachés à travailler en étroite collaboration avec la Médecine du Travail, notamment par l'actualisation des « fiches entreprises » lors des changements notables. Cela a occasionné une visite spécifique sur le site de Monzière, fin aout 2017, compte tenu du déménagement.

6.4.4 L'accueil de stagiaires

Chaque année, les foyers accueillent des stagiaires :

- AMP (stage court ou contrat de professionnalisation) ;
- Evaluation en Milieu de Travail.

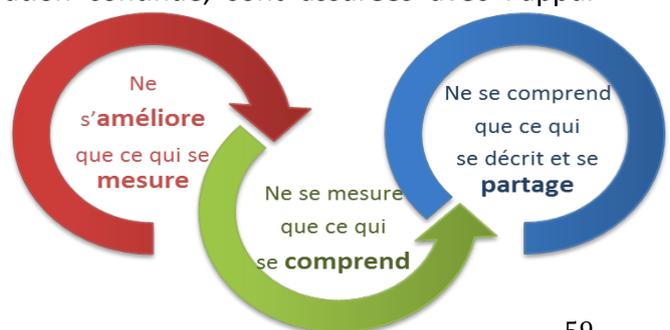
Chaque stage fait l'objet d'une convention partenariale active entre les acteurs : formation des salariés à la fonction de tuteur, interventions des salariés et des cadres dans les écoles de formation.

L'accompagnement des stagiaires favorise une veille sur les évolutions du secteur et permet à l'équipe d'explicitier et de questionner *in situ* ses pratiques et les **modalités relationnelles engagées entre professionnels et usagers.**

7 LA DEMARCHE QUALITE

Les évaluations internes, processus d'amélioration continue, sont assurées avec l'appui technique du Groupement SAGESS.

Cela permet aux plateformes métiers d'avoir une démarche commune entre tous les établissements du Groupement SAGESS, d'avoir un point ressource, tout en conservant une réelle autonomie dans la conduite.



Il s'agit d'un soutien qui s'adapte à chaque structure, en fonction de la demande et des besoins repérés par la direction, et par les équipes.

Le projet d'établissement est un point de départ, et la suite de l'histoire s'écrit au travers des actions inscrites dans le plan d'amélioration. C'est un outil riche, notamment en termes de management d'équipes (car il indique le chemin).

8 PLAN D'ACTION

Le plan d'action est construit à partir des axes retenus pour l'évaluation interne et externe. A l'intérieur de chaque axe, des priorités en couleur sont retenues afin de s'inscrire dans un calendrier d'amélioration cohérent.

Une priorité, reprise dans le cadre du groupement SAGESSE, est la mise en place à moyen terme d'un système d'information sur l'ensemble des établissements des métiers « accompagnement social » et « soin et accompagnement ». Ce système devra apporter des réponses aux besoins repérés dans chacun des items qui suivent, et il se caractérisera donc par sa transversalité.

1- Le droit des usagers				
actions	objectifs	indicateurs	pilote	délais
<p>1-1 Assurer la gestion continue de la liste d'attente, la mettre en rapport avec le diagnostic de territoire et du groupement.</p> <p></p> <p>Croiser les données démographiques et de besoins avec les autres plateformes </p>	<p>Travailler sur la question de l'embolisation des places, et la nécessaire équité de traitement des demandes.</p> <p>Maintenir un traitement conjoint entre les 2 plateformes</p> <p>Rompres avec le cloisonnement des pratiques et assurer une relance des demandes et des réponses</p>	<p>Evaluation des notifications : critères quantitatifs (âge, sexe, localisation...) et qualitatifs (à partir des attentes ; partenariat existant potentiel..)</p> <p>Analyse de population croisée et prospective jusqu'à 5 ans</p> <p>Organisation de réunions ou rencontres transversales</p>	<p>DA+ AS +CS y compris administratif</p> <p>DA</p>	<p>2018-2022</p> <p>Au long court</p>
<p>1-2 Identifier les droits fondamentaux des personnes suivies, et les questionner dans la pratique des professionnels</p>	<p>Questionner les pratiques et évaluer la garantie et la reconnaissance de l'exercice des droits.</p>	<p>Identifier les droits des usagers</p> <p>Nouveau livret d'accueil + FALC</p> <p><i>Relié aux réunions à thème</i></p>	<p>CS + personne ressource à identifier dans les équipes /DA</p>	<p>1^{er} semestre 2018</p>
<p>1-3 Analyser les différents modes de participation des usagers et réactiver une démarche de participation ajustée</p>	<p>Mise en conformité.</p> <p>Permettre toutes les modalités de participation des usagers</p>	<p>Mettre en œuvre la participation des usagers : CVS groupes de parole</p> <p>Recueil des avis et traitement des données</p>	<p>CS + personne ressource à identifier /DA/ Psychologue</p>	<p>2^{ème} semestre 2018</p>

1-4 Sécuriser les données et les archives informatiques 	Garantir l'histoire et le parcours	Contrôle de conformité avec confidentialité Travail autour du système d'information, dont logiciel dossier de l'utilisateur dédié	Direction /CS Direction	2 ^{ème} semestre 2018
1-5 Mettre en œuvre les outils loi 2002-2	Mise en conformité	Nouveau livret d'accueil, avenant au contrat de séjour	Direction Direction adjointe	2 ^{ème} semestre 2018

2-Le cadre du projet de service				
actions	objectifs	indicateurs	pilote	délais
2-  1 Appropriation des évolutions sociologiques, réglementaires du secteur	Faire évoluer le système de représentation et le positionnement individuel et collectif	Programmation de réunions à thème Formations internes et externes PAUF	DA+CS+ technicienne qualité Direction	2 ^{ème} trimestre 2018 Au long court
2-2 Poursuivre les efforts méthodologiques des écrits et d'évaluation des prestations	Conformité et anticipation des règles de tarification	Etude de population avec la grille SERAPHIN PH	Direction/DA /CS/2quipe	1 ^{er} trimestre 2018 et au long court
2-3 Veiller à la réactualisation continue du projet 	Garantir une cohérence entre projet associatif et projet d'établissement Appropriation des enjeux du secteur par les équipes	Participation aux bureaux et Conseils d'Administration / rencontres avec les administrateurs élus/faciliter les rencontres par la décentralisation des réunions de l'association dans les établissements Réunion trimestrielle entre équipe et direction	Direction Direction	Au long court Dès 1 ^{er} trimestre 2018

3-Le projet personnalisé				
actions	objectifs	indicateurs	pilote	délais
3-1 Intégrer la notion de parcours dans le projet	Travailler l'orientation afin de garantir la cohérence du parcours de l'utilisateur Anticiper les risques de régression	Réseau partenarial externe (MDA, ESMS..) <i>En lien avec liste d'attente</i> Réaliser des évaluations systématiques et spécifiques des besoins Former les professionnels aux suivis des observations Elaborer une trame permettant un relai facilité vers un futur établissement d'accueil	Directions DA psychologue CS coordinateur de projet* (fiches de postes)	2018-et au long court 2018 et PAUF 2019

3-2 Travailler les notions de séparation et d'identité adulte	Créer des passerelles entre les secteurs enfants/adultes Créer des espaces de parole avec les familles	Accueils séquentiels, stages, A. Temporaires Réunions croisées familles	Directions +CS DA Psychologue	2 ^{ème} semestre 2018 ID
3-3 Personnaliser l'accueil et l'accompagnement	Recueillir les attentes les besoins avant tout accueil	Trame et procédure d'admission Transmission aux équipes	DA+CS+ personne ressource des stages et AT	1 ^{er} trimestre 2018

4-L'ouverture du service sur l'extérieur				
actions	objectifs	indicateurs	pilote	délais
4-& Réactiver les partenariats et réseaux existants et promouvoir de nouvelles modalités de développement et d'interactions sur le territoire	Communication externe et ouverture de l'établissement sur l'extérieur	Réaliser une plaquette de présentation du service Mise en œuvre de conventions Réactualisation des conventions déjà signées Rencontres régulières avec la Maison de l'Autonomie	Direction CS DA	2018 1 ^{er} trimestre 2018
4-2 Renforcer le partenariat avec des ESMS du même champ d'action	Meilleure connaissance des pratiques et de l'environnement médico-social du territoire	Organisation de rencontres et visites inter établissements	Direction/DA/CS	A partir de 2018
4-3 Favoriser autant que possible le droit commun	Construire un accompagnement orienté sur partenariat et le réseau.	Transports Accès aux soins Accès aux loisirs et à la culture	CS	Au long court

5- Le travail en équipe				
actions	objectifs	indicateurs	pilote	délais
5.1 Définir les modalités de mise en œuvre d'un management stratégique	Articuler les dimensions administratives/financière s/RH et les orientations psychopédagogiques	Nombre de conseil de direction Mise en place de réunion de plateforme, organisée par SAGESS Veille active sur une organisation d'équipe répondant aux besoins évolutifs des usagers : travail sur les rythmies  Adaptation des métiers aux besoins des usagers, et au maintien des postes (turn over, recrutement psychologue)	Direction Générale/ Direction CS Direction	Dès 1 ^{er} trimestre 2018

5-2 Resituer les rôles/fonctions des différents professionnels	<p>Agir sur la différenciation des rôles et la valorisation des compétences des personnels éducatifs</p> <p>Articuler et valoriser les actions éducatives et des autres personnels encadrants</p>	<p>Identification des niveaux de responsabilité et champ d'action dans les fiches de poste</p> <p>Attention particulière sur le Bois du Roi, avec prise en compte de la nouvelle organisation, dont hiérarchique Nouvel organigramme</p> <p>Contrôle des observations et des traces écrites</p> <p>Fiches de poste et association du personnel entretien/ménage/ cuisine aux conditions de mise en œuvre du PP</p>	<p>CS/équipe</p> <p>Directeur Directrice adjointe</p> <p>CS</p>	<p>Démarrage 2^{ème} trimestre 2018</p>
5-3 Appropriation des recommandations ANESM	<p>Mise en conformité continue</p> <p>Etre en cohérence avec le projet de service</p>	<p>Lister les recommandations appliquées au rapport d'activité</p> <p>Travail de groupes et production de restitution écrite</p> <p>Dédier des temps de réunion à cette démarche pour les investir dans la pratique</p>	<p>CS+ technicienne qualité</p>	<p>2^{ème} semestre 2018 et 2019</p>

6- La gestion des risques				
actions	objectifs	indicateurs	pilote	délais
6-1 Formaliser l'accueil des nouveaux salariés	Favoriser leur intégration	Document synthétique d'accueil	Direction CS RH	2 ^{ème} semestre 2018
6-2 Anticiper les risques d'usure des personnels	<p>Identifier les pratiques répétitives ou soumises à un stress continu</p> <p>Gestion et anticipation des plannings</p> 	<p>Chronicité dans les pratiques</p> <p>Taux d'absence et motifs</p>	<p>Direction/CS</p> <p>CS</p>	<p>2^{ème} semestre 2018</p> <p>Au long court</p>
6-3 Assurer la gestion et le traitement des EI	Inscrire l'établissement dans une gestion pertinente et pédagogique des événements indésirables Conformité	Tableau mensuel de traitement et compte rendu des décisions et axes d'amélioration	DA+CS	Au long court
6-4 Actualiser le DUERP	Disposer de données quantifiées et objectives	Réalisation du document Participation des équipes	Direction/ CS	1 ^{er} trimestre 2018

 : Objectifs à court terme – haute importance

 : Objectifs à moyen terme