



EHESP

DESSMS

Promotion : **2012-2013**

Date du Jury : **Décembre 2013**

**Du handicap mental au handicap
psychique : les incidences de
l'évolution du public d'un foyer de vie
sur l'organisation et la prise en charge
L'exemple du foyer de vie de Le Tronchet**

Christophe COMPARIN

Remerciements

J'adresse mes remerciements à Monsieur Pierre-Bernard GESREL, Directeur de l'EHPAD et du Foyer de vie de Le Tronchet, pour ses conseils avisés, son écoute et sa disponibilité permanente lors de ces huit mois de stage de professionnalisation.

Je souhaite aussi remercier Madame Delphine COLUSSI, médecin coordonnateur, et l'ensemble des professionnels des deux établissements pour leur accueil, leur participation, leur disponibilité et le partage de leur expérience.

Un grand merci aux résidents et aux familles, qui ont fait preuve à mon égard d'une gentillesse et d'une disponibilité de tous les instants.

Je remercie également l'ensemble des personnes qui ont accepté de participer à mon travail pour ce mémoire, pour m'avoir accordé de leur temps afin de répondre à mes interrogations.

Enfin, j'adresse une pensée particulière à mon épouse Carine ainsi qu'à mes trois enfants Chloé, Céliane et Clément pour le soutien et l'affection qu'ils m'ont témoigné tout au long de ma formation.

Sommaire

Introduction	1
1 La distinction entre handicap mental et psychique entraîne une recomposition de l'offre d'hébergement et une évolution des publics accueillis	5
1.1 Handicap mental et handicap psychique : une évolution des concepts et de la législation.....	5
1.1.1 La notion de handicap a considérablement évolué au cours des siècles	5
1.1.2 Handicap mental et handicap psychique, deux notions aujourd'hui distinctes	8
1.1.3 Une législation qui se construit au gré de la prise en compte par la société des personnes handicapées	10
1.2 L'offre d'hébergement des établissements médico-sociaux se restructure afin de répondre aux besoins et engendre une évolution des publics accueillis	12
1.2.1 Une offre qui évolue avec la nouvelle organisation de la psychiatrie et la reconnaissance du handicap psychique	12
1.2.2 La création de places spécifiques au handicap psychique : un objectif décliné au niveau national, régional et local.....	14
1.2.3 Les publics accueillis en établissement évoluent.....	15
1.3 Le foyer de vie de Le Tronchet : une organisation et une prise en charge impactées par l'évolution du public accueilli ?	16
1.3.1 Présentation de l'établissement	16
1.3.2 L'évolution du public accueilli questionne l'organisation et la prise en charge des résidents.....	19
2 L'organisation du foyer de vie de Le Tronchet et la prise en charge des résidents ne sont pas suffisamment adaptées à l'évolution du public accueilli	21
2.1 Une mixité des populations source de richesses mais aussi de problématiques entraînant des prises en charges différenciées	21
2.1.1 La mixité du public est à la fois source d'avantages et d'inconvénients	21
2.1.2 Les prises en charge sont différenciées suivant le handicap.....	24
2.2 Des pratiques professionnelles ne répondant pas suffisamment aux besoins des résidents présentant un handicap psychique	26
2.2.1 Des pratiques professionnelles qui sont perfectibles	26
2.2.2 La formation des professionnels ne permet pas une prise en charge optimale des personnes handicapées psychiques	28
2.3 Des moyens humains et matériels mal adaptés à l'évolution du public accueilli..	29

2.3.1	Des moyens humains qui ne permettent pas de pleinement optimiser la prise en charge des résidents	30
2.3.2	Des moyens matériels qui ne sont pas totalement adaptés	32
2.4	Une politique d'accueil floue et peu maîtrisée au regard des besoins et de l'offre d'hébergement du territoire	33
2.4.1	La politique d'accueil n'est pas clairement définie	33
2.4.2	Le foyer de vie ne maîtrise pas totalement son accueil	34
3	Le foyer de vie de Le tronchet doit restructurer son organisation et la prise en charge afin de répondre à l'évolution du public et de se positionner au sein du territoire	37
3.1	Des pratiques professionnelles à repenser et une politique de formation sur le handicap psychique à développer	37
3.1.1	Les pratiques professionnelles peuvent être améliorées	37
3.1.2	La formation relative au handicap psychique doit être développée	39
3.2	Des moyens humains et matériels qui peuvent être renforcés, redéployés et optimisés	41
3.2.1	Les moyens humains peuvent être renforcés et redéployés	41
3.2.2	Les moyens matériels peuvent être optimisés	44
3.3	Une politique d'accueil qui doit être définie afin de positionner clairement l'établissement au sein de l'offre d'hébergement du territoire	45
3.3.1	Une politique d'accueil à définir et à structurer	45
3.3.2	Le foyer de vie doit se positionner au sein du territoire	47
	Conclusion	49
	Bibliographie	51
	Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

AAH	Allocation Adulte Handicapé
AEEH	Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé
AES	Allocation d'Education Spéciale
AMP	Aide Médico-Psychologique
ARS	Agence Régionale de Santé
AS	Aide-Soignante
ASHQ	Agent des Services Hospitaliers Qualifié
CAT	Centre d'Aide par le Travail
CDAPH	Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées
CH	Centre Hospitalier
CIF	Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé
CIH	Classification Internationale du Handicap
CLIC	Centre Local d'Information et de Coordination
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
COTOREP	Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel
CVS	Conseil de la Vie Sociale
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
ESAT	Etablissement et Service d'Aide par le Travail
ETP	Equivalent Temps Plein
FAM	Foyer d'Accueil Médicalisé
GPMC	Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences
MAS	Maison d'Accueil Spécialisée
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PASS	Parcours d'Activités Santé Seniors
PCH	Prestation de Compensation du Handicap
PRIAC	Programme Interdépartemental d'Accompagnement du handicap et de la perte d'autonomie
PRS	Projet Régional de Santé
SAVS	Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
SROMS	Schéma Régional de l'Organisation Médico-Sociale
QI	Quotient Intellectuel
UNAFAM	Union Nationale des Amis et Familles de Malades psychiques

Introduction

La reconnaissance du handicap psychique par la loi du 11 février 2005¹ a permis de mettre en lumière ses spécificités et de le distinguer du handicap mental, avec lequel il était auparavant assimilé.

Le handicap psychique est généré par des maladies mentales ou des troubles psychiques graves, sans pour autant altérer les facultés intellectuelles de l'individu, et entraîne des incapacités plus ou moins importantes dans certains domaines, par exemple l'autonomie et la participation à la vie sociale.

Le handicap mental, quant à lui, se caractérise par une limitation des capacités intellectuelles, ayant là aussi comme conséquence des incapacités dans différents domaines.

Cette reconnaissance du handicap psychique a entraîné une recomposition de l'offre d'hébergement au sein des établissements médico-sociaux accueillant des adultes handicapés. Un certain nombre de personnes handicapées psychiques, auparavant prises en charge par le secteur sanitaire, se sont vues orientées vers le secteur médico-social.

Afin de pouvoir répondre à ces nouveaux besoins, l'un des objectifs annoncés par les pouvoirs publics a été la création de places d'hébergement spécifiques au handicap psychique dans les établissements médico-sociaux. Cet objectif a eu pour conséquence une évolution de la population accueillie dans les structures. En effet, de nombreux établissements, dont les foyers de vie, accueillent aujourd'hui un public composé de personnes handicapées mentales et de personnes handicapées psychiques, ces dernières étant bien souvent majoritaires.

Le foyer de vie de Le Tronchet, situé en Bretagne dans le département de l'Ille-et-Vilaine, au sein duquel j'ai effectué mon stage de professionnalisation, se trouve dans ce cas de figure. Cet établissement de trente-cinq places est en direction commune avec un EHPAD de soixante-cinq lits situé sur le même site, ces deux structures étant issues d'un ancien hospice. Le foyer de vie accueillait depuis sa création en totalité ou en très grande majorité des personnes handicapées mentales. Le public a évolué au fil des années et aujourd'hui 60% des personnes accueillies sont handicapées psychiques.

Cette évolution de population a des répercussions sur le travail de l'équipe, qui était habituée à travailler sur le handicap mental. Les professionnels de l'établissement se retrouvent confrontés à des situations auxquelles ils ne sont pas habitués et qui peuvent

¹ Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Journal officiel, n° 36 du 12 février 2005, page 2353

être délicates à gérer, dont j'ai pu faire le constat à plusieurs reprises lors de ma présence dans le service.

Ainsi, des tensions entre les résidents handicapés mentaux et les résidents handicapés psychiques apparaissent fréquemment.

De même, des manifestations d'agressivité entre les personnes handicapées psychiques ont régulièrement lieu, et nécessitent une intervention rapide de la part de l'équipe. Les professionnels doivent également faire face à de multiples sollicitations au cours de la journée de la part de certains résidents handicapés psychiques, demandes souvent répétitives qui nécessitent une attention soutenue et une réponse adaptée.

Enfin, les activités proposées par l'établissement ne semblent pas toujours adaptées à l'ensemble des résidents ce qui provoque de la frustration ou encore un désintérêt chez certaines personnes.

Ces quelques exemples ont amené le directeur à s'interroger sur l'adaptation de l'organisation de travail de l'établissement et de la prise en charge des résidents à cette évolution du public accueilli. Le contexte délicat dans lequel se trouvait le foyer de vie (lié à un climat social particulièrement délétère) depuis plusieurs années n'avait pas permis à la direction précédente de travailler sur ce sujet.

Mon maître de stage, nommé en janvier 2012, a plusieurs fois évoqué cette interrogation lors de nos échanges, et en a fait l'un de ces objectifs à court terme, une fois réalisée l'évaluation interne de l'établissement. J'ai conduit celle-ci en début d'année 2013, et certains résultats sont venus conforter ce questionnement sur l'adaptation de l'organisation et de la prise en charge au changement du public accueilli.

Cet état de fait m'a tout naturellement paru un sujet intéressant à traiter dans le cadre de mon mémoire professionnel, car il interroge directement le métier de directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social sur plusieurs points.

En effet, le directeur est le garant de la qualité et de l'adaptation de la prise en charge et de l'accompagnement des personnes accueillies à leurs besoins et attentes. Il est également responsable de l'organisation de l'établissement, au travers de la gestion des moyens humains et matériels. Le directeur est aussi en charge de la stratégie globale de l'établissement, et notamment de la définition de sa politique d'accueil.

Aussi, j'ai choisi pour thème de mémoire l'étude des incidences de l'évolution du handicap mental vers le handicap psychique du public accueilli sur l'organisation et la prise en charge en foyer de vie. Cette question sera abordée au travers de plusieurs sous-questions :

- Comment est ressentie la mixité des populations ? Les personnes handicapées psychiques ont-elles une prise en charge et des besoins différents par rapport aux personnes handicapées mentales ?
- Les pratiques professionnelles de l'équipe sont-elles adaptées à ces spécificités ?
- L'établissement possède-t-il les moyens humains et matériels adéquats à cette prise en charge ?
- L'établissement est-il maître de sa politique d'accueil, les personnes handicapées psychiques accueillies sont-elles correctement orientées au sein de l'offre existante sur le territoire ?

Afin de travailler sur ces différentes sous-questions, ma méthodologie s'est organisée autour de plusieurs points.

J'ai mené une recherche bibliographique et documentaire sur le sujet, afin de cerner celui-ci à un niveau plus large que celui de l'établissement.

J'ai conduit quatorze entretiens semi-directifs avec les professionnels du foyer de vie pour évoquer leurs pratiques, leurs connaissances, leur organisation et les éventuelles difficultés rencontrées dans l'exercice de leur métier auprès de deux publics différents. D'autres entretiens ont été menés auprès de quatre résidents, pour connaître leur ressenti et leur point de vue sur cette situation.

J'ai réalisé des observations au sein du service afin d'appréhender de manière concrète les prises en charge des deux publics, et je me suis également appuyé sur les résultats de l'évaluation interne.

J'ai également rencontré le directeur du foyer de vie « La Résidence de l'Abbaye », situé à Dol-de-Bretagne, afin de pouvoir comparer son organisation à celle du foyer de vie de Le Tronchet. Cet établissement public de cinquante-neuf places, qui présente des caractéristiques similaires à celles de mon lieu de stage, a également vu sa population accueillie évoluer du handicap mental vers le handicap psychique.

Enfin, j'ai conduit trois entretiens auprès de professionnels de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) d'Ille-et-Vilaine, de l'Agence Régionale de Santé (ARS) de Bretagne et du Conseil Général d'Ille-et-Vilaine afin de comprendre le mécanisme d'orientation des personnes handicapées psychiques et de mieux cerner l'offre d'hébergement du territoire.

Mon mémoire s'articulera en trois parties. Dans un premier temps, j'aborderai la distinction faite entre le handicap mental et le handicap psychique ainsi que la législation afférente, puis je présenterai la restructuration de l'offre d'hébergement des établissements médico-sociaux, notamment celle des foyers de vie, et son impact sur l'évolution des publics accueillis (1). Dans un deuxième temps, j'analyserai l'organisation

et la prise en charge des résidents du foyer de vie de Le Tronchet afin de voir si celles-ci sont adaptées à l'évolution de la population accueillie au sein de l'établissement (2). Enfin, je présenterai un ensemble de préconisations qui permettront de restructurer l'organisation de l'établissement et la prise en charge afin de répondre à l'évolution du public et de clairement positionner le foyer de vie au sein de son territoire (3).

1 La distinction entre handicap mental et psychique entraîne une recomposition de l'offre d'hébergement et une évolution des publics accueillis

Le concept de handicap ainsi que ceux, plus spécifiques, de handicap mental et de handicap psychique ont évolué grâce à la médecine mais aussi aux avancées de la société et à la mise en place d'une législation adaptée (1.1). Cela a permis la reconnaissance de plusieurs catégories de handicaps, dont le handicap psychique. Afin de répondre au mieux aux besoins des personnes présentant ce handicap, l'offre d'hébergement des établissements médico-sociaux et notamment des foyers de vie se transforme, et les publics accueillis se modifient (1.2). Comme nombre de structures, le foyer de vie de Le Tronchet est également confronté à l'évolution de sa population, ce qui pose question quant à l'organisation et à la prise en charge des résidents (1.3).

1.1 Handicap mental et handicap psychique : une évolution des concepts et de la législation

Les concepts de handicap, handicap mental et handicap psychique ont évolué avec les années, et il est nécessaire de définir ces notions afin de bien appréhender les changements survenus, notamment le cadre législatif qui en résulte.

1.1.1 La notion de handicap a considérablement évolué au cours des siècles

Le handicap est un concept qu'il n'est pas aisé de définir. Comme l'exprime D. VAGINAY, « bien qu'elle semble familière au commun, la notion de handicap est relativement complexe, au point qu'elle ne donne lieu à aucune définition stable et que quiconque l'aborde essaie d'en proposer une de son cru² ».

Pendant des siècles, les individus présentant un handicap ont été mis en marge de la société. Ainsi, dans l'Antiquité, les Grecs pratiquaient la cérémonie d'exposition qui consistait à abandonner un enfant né difforme au bon vouloir des dieux. Pour la civilisation hébraïque, les infirmes étaient considérés comme impurs, mais ils pouvaient apparaître dans les lieux publics et la population devait leur témoigner de la compassion. Au Moyen-Age, les personnes atteintes de nanisme étaient souvent employées comme

² VAGINAY D., 2012, *Découvrir les déficiences intellectuelles*, 2^e édition, Toulouse : Editions Erès, p. 9

bouffons pour divertir la cour du seigneur, et l'on touchait le dos des bossus afin de conjurer le mauvais sort.

Le sociologue E. GOFFMAN explique cette stigmatisation des personnes handicapées par le fait qu'elles ne répondent pas aux normes que la société a établie et est en droit d'attendre des individus qui la composent³.

Puis, à partir du 19^{ème} siècle, la société va commencer à montrer un intérêt de plus en plus important pour les personnes handicapées avec deux phénomènes : la guerre et l'industrie. Les progrès de l'armement et l'ampleur des conflits vont entraîner de nombreux mutilés de guerre. De même, la révolution industrielle va accroître le nombre d'invalides suite aux accidents de travail.

Le terme handicap apparaît pour la première fois en 1827 en Irlande, dans le milieu des courses hippiques. Il provient à l'origine de l'expression « Hand in cap » (la main dans le chapeau), et qualifie le fait d'égaliser les chances des participants d'une course en pénalisant les chevaux les plus performants. Le handicap désigne donc le désavantage d'un individu par rapport à d'autres mais sans aspect négatif puisqu'il s'agit d'annuler l'avantage des meilleurs. A ce propos, P. RABISCHONG note que « ce qui est étonnant, c'est l'inversion du sens par la suite puisque la personne handicapée n'est pas la plus performante que l'on freine, mais la moins performante à qui l'on a essayé de diminuer les effets du handicap⁴ ». Le sens du terme va en effet progressivement changer pour prendre un côté plus négatif en accentuant la notion de désavantage subi par la personne.

En 1980, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) met en place suite aux travaux du docteur Philip WOOD la Classification Internationale du Handicap (CIH). Cette classification présente le handicap selon les trois aspects suivants :

- La déficience : altération ou perte d'une structure ou fonction corporelle, physiologique ou psychique ;
- L'incapacité : elle résulte de la déficience, et entraîne une réduction ou une impossibilité à accomplir des actes de la vie courante ou à adopter un comportement attendu dans des circonstances données ;
- Le désavantage : conséquence de l'incapacité, il limite ou interdit l'accomplissement du rôle social en rapport avec l'âge, le sexe, les facteurs sociaux et culturels.

³ GOFFMAN E., 1963, *Stigmate*, Paris : Les Editions de Minuit, 175 p.

⁴ RABISCHONG P., 2013, *Le handicap*, 2^e édition, Paris : Presses Universitaires de France, p. 52

Avec la CIH, le handicap devient, selon J. De GROEF, une conséquence possible de limitations dans le fonctionnement personnel ayant pour effet de donner à la personne une position désavantageuse dans la société, à l'aune des valeurs et des normes sociales⁵. Cette classification amène, comme exprimé plus haut, une connotation négative au handicap en insistant sur les conséquences générées par les problèmes de santé de l'individu.

En 2001, l'OMS remplace la CIH par la Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF), qui modifie les aspects présentant le handicap :

- La déficience : altérations des fonctions organiques ou des structures anatomiques ;
- Les limitations d'activités : difficultés qu'un individu peut rencontrer dans une activité ;
- Les restrictions de participation : problèmes qu'un individu peut rencontrer pour participer à une situation de la vie courante.

La CIF aborde le handicap d'une manière plus positive par rapport aux conséquences liées à l'état de santé de la personne, et apporte une dimension sociologique avec l'importance du rôle de la société dans l'apparition de nouveaux handicaps. C'est ce que montre la définition du handicap donnée par l'OMS : « Le handicap est un terme vaste, qui recouvre les déficiences, les limitations fonctionnelles et les restrictions de participation, et se rapporte aux aspects négatifs de l'interaction entre un individu ayant un problème de santé et les facteurs contextuels (environnementaux et personnels)⁶ ».

En France, le handicap est officiellement défini depuis la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées (article 2) : « Constitue un handicap, au sens de la présente loi, 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 ». Cette définition rejoint celle de l'OMS en prenant en compte à la fois l'aspect médical du handicap (la

⁵ DE GROEF J., 2009, « Le double diagnostic : une affaire louche ? » in ZRIBI G., BEULNE T. / éd., *Les handicaps psychiques concepts, approches, pratiques*, Rennes : Presses de l'EHESP, p. 28

⁶ ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, 2012, *Rapport mondial sur le handicap 2011*, p. 4
Christophe COMPARIN - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2013

déficience) et l'aspect social (la confrontation entre les capacités de la personne et les exigences de l'environnement).

Je vais maintenant aborder plus en détail les notions de handicap mental et de handicap psychique.

1.1.2 Handicap mental et handicap psychique, deux notions aujourd'hui distinctes

Le handicap mental et le handicap psychique ont très longtemps été réunis. La société amalgamait déficience intellectuelle et maladie mentale, les individus présentant ces deux types de handicap étaient exclus et enfermés à l'extérieur des villes dans des établissements prévus à cet effet. Les travaux des médecins et l'avènement de la psychiatrie ont permis de faire évoluer la perception des choses. Mais le handicap mental et le handicap psychique demeurent des notions très proches.

Ainsi, le rapport CHARZAT, établi en 2002 et qui a permis une avancée significative sur le handicap psychique indique que l'écart entre les deux catégories est ténu : « Il faut cependant insister sur le fait qu'il n'est pas de frontière entre handicap mental et handicap psychique : les troubles graves des fonctions psychiques retentissent sur les capacités intellectuelles et les apprentissages ; et la déficience intellectuelle est assez fréquemment associée à des troubles psychiques⁷ ».

La loi du 11 février 2005, en reconnaissant le handicap psychique, a permis d'officialiser les spécificités qui le distinguent du handicap mental.

A) Le handicap mental

Jusqu'au 19^{ème} siècle, la déficience intellectuelle et les maladies mentales étaient traitées de la même manière. C'est le médecin aliéniste ESQUIROL qui a établi une distinction entre les deux, en considérant que la déficience intellectuelle était incurable : « Le handicap mental n'est pas une maladie mais un état. L'idiot est ce qu'il a toujours été... et ce qu'il sera toujours⁸ ». Si ce caractère d'immuabilité du handicap mental est longtemps demeuré établi, il est aujourd'hui admis que de multiples formes de déficiences intellectuelles sont complexes et peuvent évoluer et non se révéler être un état définitif.

⁷ CHARZAT M., 2002, rapport «*Pour mieux identifier les difficultés des personnes en situation de handicap du fait de troubles psychiques et les moyens d'améliorer leur vie et celles de leurs proches* », p. 26

⁸ Cité par CELESTE B., 2005, « Notes d'histoire sur un concept et des pratiques : la déficience intellectuelle », *Contraste*, 2005/1 n° 22-23, p. 87

Le handicap mental « recouvre l'ensemble des déficiences intellectuelles puis par la suite les autres affections mentales générant des états déficitaires⁹ ». Ces déficiences peuvent avoir pour causes des pathologies génétiques, des problèmes survenus durant les périodes prénatales, périnatales ou post-natales, ou bien encore environnementales (par exemple la malnutrition). Le handicap mental concerne entre 650 000 et 700 000 personnes en France selon les estimations des diverses études menées.

La déficience intellectuelle est souvent détectée très tôt, et s'évalue notamment par un test du quotient intellectuel (QI). Selon les résultats obtenus, la déficience est considérée comme un retard mental léger (QI entre 50 et 75), moyen (QI entre 35 et 50), sévère (QI entre 20 et 35) ou profond (QI inférieur à 20).

Les personnes handicapées mentales éprouvent des difficultés de réflexion, de conceptualisation, de communication et de décision. Elles souffrent également de problèmes de mémorisation, de repères temporo-spatiaux, d'attention, d'apprentissage et de vie en société. Les symptômes associés à la déficience intellectuelle ont des manifestations stables, et ne nécessitent en règle générale qu'un traitement médicamenteux léger.

B) Le handicap psychique

Le terme de handicap psychique est très récent, car comme indiqué plus haut ses caractéristiques étaient assimilées au handicap mental. Il a commencé à être utilisé par les associations de familles et de patients, comme l'Union Nationale des Amis et Familles de Malades psychiques (UNAFAM) afin de mettre en avant les conséquences des maladies mentales et des troubles psychiques sur la vie quotidienne des personnes souffrant de ces pathologies.

Le terme handicap psychique est employé officiellement pour la première fois en 2002 par M. CHARZAT dans son rapport intitulé *Pour mieux identifier les difficultés des personnes en situation de handicap du fait de troubles psychiques et les moyens d'améliorer leur vie et celles de leurs proches*. Ce rapport va entraîner une réflexion des pouvoirs publics qui va aboutir à la loi du 11 février 2005.

Le handicap psychique se définit comme « les conséquences durables de maladies mentales ou plus généralement de troubles psychiques graves en termes de dépendance,

⁹ ZRIBI G., POUPEE-FONTAINE D., 2011, *Dictionnaire du handicap*, 7^{ème} édition, Rennes : Presses de l'EHESP, p. 180

de besoin d'aide, d'accompagnement et de soins¹⁰». Il apparaît en général à l'adolescence et peut être causé par des psychoses (notamment la schizophrénie), des troubles graves de la personnalité, des troubles névrotiques, des troubles bipolaires ou encore par des pathologies (maladies neurodégénératives, traumatismes crâniens par exemple). Le handicap psychique concerne, selon les chiffres avancés, 1% de la population¹¹.

Les effets du handicap psychique se traduisent par un déficit relationnel, des difficultés de concentration, une variabilité importante des possibilités d'utilisation des capacités par la personne. Des troubles de la pensée, de la perception, de la communication, du comportement et de l'humeur, de la vie affective sont également constatés ainsi que des phobies et des obsessions générées par une angoisse importante. De plus, la personne se trouve dans le déni de son handicap.

Les symptômes du handicap psychique sont variables et peu prévisibles, et un suivi psychiatrique ainsi qu'un traitement médicamenteux lourd sont très souvent indispensables, ce qui entraîne des effets secondaires importants.

Contrairement au handicap mental, les capacités intellectuelles ne sont pas affectées, mais il est cependant possible que des personnes présentent les deux types de handicap.

Cette évolution de la notion de handicap, et notamment du handicap mental et du handicap psychique, s'est accompagnée de la mise en place d'un cadre législatif permettant une meilleure prise en compte des besoins des personnes handicapées.

1.1.3 Une législation qui se construit au gré de la prise en compte par la société des personnes handicapées

La première loi mentionnant le handicap est la loi n° 57-1223 du 23 novembre 1957 sur le reclassement des travailleurs handicapés. Son article 1 dispose : « Est considéré comme travailleur handicapé pour bénéficier des dispositions de la présente loi, toute personne dont les possibilités d'acquies, ou de conserver un emploi sont effectivement réduites par suite d'une insuffisance ou d'une diminution de ses capacités physiques ou mentales ». Cette loi constitue le début de la reconnaissance des personnes handicapées en définissant le travail protégé et le statut de travailleur handicapé.

¹⁰ ZRIBI G., POUPEE-FONTAINE D., 2011, *Dictionnaire du handicap*, 7^{ème} édition, Rennes : Presses de l'EHESP

¹¹ AMARA F., JOURDAIN-MENNINGER D., LECOQ G., MESCLON-RAVAUD M., 2011, rapport « *La prise en charge du handicap psychique* », Inspection Générale des Affaires Sociales, p. 18

Une étape cruciale est marquée par la loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées. Celle-ci joue un rôle fondamental dans l'évolution de la politique envers les personnes handicapées en créant un principe de solidarité nationale afin de favoriser leur autonomie et leur intégration. Un accent particulier est également mis sur la prévention.

Le handicap n'est pas officiellement défini mais reconnu au travers de trois catégories (physique, mental et sensoriel). Le statut des personnes handicapées est également reconnu avec la mise en place d'instances chargées de les accompagner et de faire valoir leurs droits : commission de l'éducation spéciale, commission technique d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP). Deux allocations sont aussi créées pour permettre aux personnes handicapées de bénéficier d'un minimum de ressources : l'allocation d'éducation spéciale (AES) et l'allocation adulte handicapé (AAH).

La loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales vient compléter le dispositif en définissant le fonctionnement du secteur social et médico-social et en le séparant du secteur sanitaire.

La prise en compte des personnes handicapées va connaître une nouvelle évolution importante avec deux lois. La loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale place les usagers au centre du dispositif social et médico-social et fait évoluer le fonctionnement des établissements et services, notamment par la mise en place d'outils permettant la reconnaissance des droits des usagers et leur participation (projet d'établissement, contrat de séjour, livret d'accueil, règlement de fonctionnement, conseil de la vie sociale, personne qualifiée, charte des droits et libertés de la personne accueillie).

La loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale, quant à elle, officialise le droit à compensation du handicap (article 53) : « 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, et à la garantie d'un minimum de ressources lui permettant de couvrir la totalité des besoins essentiels de la vie courante ».

La loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, comme je l'ai mentionné précédemment, définit le handicap qui comprend maintenant cinq catégories (moteur, mental, sensoriel, psychique et maladies invalidantes) et reconnaît le handicap psychique. Elle affirme les droits fondamentaux des personnes handicapées, les principes de non-discrimination et d'accessibilité, et leur garantit le libre choix de leur projet de vie ainsi qu'une participation effective à la vie sociale et citoyenne.

Cette loi remplace les COTOREP par les MDPH qui vont constituer un point d'entrée unique pour les personnes handicapées, avec notamment la mise en place au sein de chaque MDPH d'une commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH). Elle rappelle également le droit à compensation et lui donne corps avec la prestation de compensation du handicap (PCH), et remplace l'AES par l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH).

Enfin, elle crée les programmes interdépartementaux d'accompagnement du handicap et de la perte d'autonomie (PRIAC).

Dernière étape en date, la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite loi HPST) participe à l'évolution de l'accompagnement des personnes handicapées en instaurant le décloisonnement du secteur sanitaire et du secteur médico-social. La mise en place au niveau régional des ARS, chargées de définir et de mettre en œuvre un ensemble de programmes et d'actions permettant la réalisation de la politique nationale de santé et des principes d'action sociale et médico-sociale en est le principal outil.

Cette reconnaissance du handicap psychique, sa distinction du handicap mental et l'évolution législative ont des conséquences sur l'offre d'hébergement proposé par les établissements médico-sociaux.

1.2 L'offre d'hébergement des établissements médico-sociaux se restructure afin de répondre aux besoins et engendre une évolution des publics accueillis

L'offre d'hébergement du secteur médico-social se modifie avec la prise en compte de deux éléments : la modification de l'organisation de la psychiatrie puis la reconnaissance du handicap psychique. Les pouvoirs publics font de la prise en charge des personnes handicapées psychiques un objectif important, tant sur le plan national que régional et local. Cette politique amène une évolution progressive des publics accueillis en établissement.

1.2.1 Une offre qui évolue avec la nouvelle organisation de la psychiatrie et la reconnaissance du handicap psychique

Les personnes handicapées mentales et handicapées psychiques ont longtemps été hébergées dans les asiles, qui étaient les seules institutions à même de pouvoir les accueillir.

Puis, peu à peu, les personnes handicapées mentales ont été prises en charge par les hôpitaux et plus particulièrement les hospices, qui avaient vocation à accueillir les indigents. Cette situation a de nouveau évolué avec l'organisation du secteur social et médico-social en 1975, et aujourd'hui elles sont orientées vers les établissements médico-sociaux afin de leur assurer un accompagnement adapté en fonction de leurs pathologies et de leur degré d'autonomie : centres d'aide par le travail (CAT) devenus aujourd'hui établissements et services d'aide par le travail (ESAT), foyers d'hébergement, foyers occupationnels ou foyers de vie, foyers d'accueil médicalisés (FAM) et maisons d'accueil spécialisées (MAS).

Les personnes handicapées psychiques, quant à elles, sont restées très majoritairement accueillies par le secteur sanitaire en psychiatrie, la notion de handicap liée à la maladie mentale n'étant pas officiellement reconnue.

La réorganisation de la psychiatrie va marquer une première évolution de l'offre d'hébergement du secteur médico-social. En effet, la circulaire du 15 juin 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales crée la sectorisation psychiatrique, qui va être mise en place au début des années 1970. Cette sectorisation va entraîner une désinstitutionnalisation conduisant à faire baisser le nombre de lits d'hospitalisation complète de psychiatrie de 120 000 à 60 000 en cinquante ans¹², avec notamment une diminution de 41% entre 1987 et 1997¹³. Face à cette situation, les établissements médico-sociaux vont se développer afin d'offrir des solutions d'accompagnement et d'hébergement adaptées.

La loi du 11 février 2005, en officialisant la reconnaissance du handicap psychique, va entraîner une nouvelle évolution de l'offre d'hébergement. Déjà amorcée avec la baisse importante des lits d'hospitalisation complète en psychiatrie, l'orientation des personnes handicapées psychiques vers le secteur médico-social va s'accroître avec cette reconnaissance officielle. Ce mouvement va se poursuivre avec la loi HPST et le déclassement entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social.

Il est également à noter que l'évolution des traitements médicamenteux (dont les neuroleptiques) permet de stabiliser les pathologies des personnes handicapées psychiques et facilite leur sortie de l'hôpital pour être accueillies dans un établissement médico-social.

Afin de pouvoir assurer la prise en charge et l'accompagnement de ces personnes, les pouvoirs publics font de la création de places en établissements médico-sociaux un objectif important.

¹² COLDEFY M., 2011, « L'évolution de la psychiatrie en France : novatrice, mais contrastée et inachevée », *La santé de l'homme*, n° 413 Mai-Juin 2011, pp. 16-17

¹³ MINISTERE DE LA SANTE, 2005, *Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2005-2008*, 91 p.

1.2.2 La création de places spécifiques au handicap psychique : un objectif décliné au niveau national, régional et local

La création de places spécifiques au handicap psychique devient un objectif clairement annoncé par les pouvoirs publics. Ainsi, le Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2005-2008 mentionne le développement de l'accueil en établissement médico-social pour les personnes handicapées psychiques ayant besoin d'un hébergement spécialisé et prévoit la création de mille places dédiées en FAM et en MAS.

En 2008, le programme pluriannuel de création de places en établissements et services pour un accompagnement adapté du handicap tout au long de la vie 2008-2012 de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) annonce que la reconnaissance du handicap psychique va générer des besoins d'accompagnement sociaux et médico-sociaux nouveaux et diversifiés, et qu'à ce titre un effort spécifique doit être fourni sur le handicap psychique. Deux milles places spécifiques sont prévues en FAM et en MAS.

En ce qui concerne les foyers de vie, le Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2005-2008 invitait les Conseils Généraux, qui financent ces établissements, à prévoir des places spécifiques pour accueillir les personnes handicapées psychiques.

L'offre d'hébergement en foyer de vie va augmenter régulièrement, puisqu'au 31 décembre 2010, il était recensé sur l'ensemble du territoire 1 521 établissements pour un total de 46 798 places, soit une augmentation de 2% du nombre de structures et de 2,2% de la capacité par rapport à 2006¹⁴.

Au niveau de la Bretagne, la région comptait au 31 décembre 2010 93 foyers de vie pour 2 701 places¹⁵. L'un des objectifs du projet régional de santé (PRS) de l'ARS Bretagne, outil qui décline la politique régionale en matière de santé, est d'adapter l'offre aux besoins existants dans le secteur des personnes handicapées. Le handicap psychique est donc concerné. A titre d'exemple, le PRIAC 2013-2016 prévoit la création de 25 places dédiées au handicap psychique.

Le schéma régional de l'organisation médico-sociale (SROMS), qui est l'un des éléments constitutifs du PRS, pointe le manque de fluidité du parcours des personnes handicapées psychiques, notamment au niveau transversal entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social. Il note aussi la volonté affichée par les Conseils Généraux de la région pour l'accueil et la prise en charge des personnes handicapées.

¹⁴ DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ETUDES, DE L'EVALUATION ET DES STATISTIQUES, 2013, L'accueil des adultes handicapés dans les établissements et services médico-sociaux en 2010, *Etudes et Résultats* n° 833 Février 2013, p. 2

¹⁵ DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ETUDES, DE L'EVALUATION ET DES STATISTIQUES, 2013, Les établissements et services pour personnes handicapées résultats de l'enquête ES 2010, *Document de travail série statistiques* n° 180 Mai 2013, p. 191

En ce qui concerne l'Ille-et-Vilaine, le schéma Handicap 35, élaboré en 2005 par le conseil Général, comprenait une enveloppe financière destinée à développer la prise en charge du handicap psychique, objectif qui constituait un des quatre axes principaux de ce schéma. En effet, les besoins sont importants. Il est estimé que 1 à 5% de la population du département est concernée par le handicap psychique, dont 1% présenteraient un handicap lourd¹⁶. La population du département étant de 988 000 personnes¹⁷, cela représente entre 9 880 et 49 400 individus.

Cet objectif a été en partie suivi, puisque 274 places spécifiques aux personnes handicapées psychiques ont été créées de 2006 à 2013 en foyer de vie et service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS). En 2007, une charte de coopération a été instaurée et signée par les acteurs départementaux des secteurs sanitaire, social et médico-social.

Cette politique de création de places, qui doit permettre de répondre aux besoins des personnes handicapées psychiques entraîne une modification des publics accueillis en établissement.

1.2.3 Les publics accueillis en établissement évoluent

Face à cette restructuration de l'offre d'hébergement, la population accueillie dans les établissements médico-sociaux, notamment les foyers de vie, a évolué. Les personnes handicapées psychiques ont vu leur nombre augmenter : au 31 décembre 2006, 70,4% des personnes hébergées en foyer de vie en France présentaient un handicap mental et 16,5% un handicap psychique. Au 31 décembre 2010, le pourcentage de personnes handicapées mentales était de 70% et celui de personnes handicapées psychiques de 19,2%¹⁸.

Si des places ont été créées pour le handicap psychique, il s'avère que peu de foyers de vie sont totalement consacrés à l'accueil de celui-ci. La très grande majorité des établissements accueille à la fois des personnes handicapées mentales, qui constituent la population « historique » de ces structures, et des personnes handicapées psychiques.

En Ille-et-Vilaine, au 31 décembre 2011, 887 places en foyer de vie étaient recensées. 44,14% concernaient le handicap mental, 8,77% le handicap psychique et 20,22% le

¹⁶ Entretien avec la responsable du service évaluation de la MDPH d' Ille-et-Vilaine

¹⁷ Données INSEE 2010

¹⁸ DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ETUDES, DE L'EVALUATION ET DES STATISTIQUES, 2013, Les établissements et services pour personnes handicapées résultats de l'enquête ES 2010, *Document de travail série statistiques* n° 180 Mai 2013, p. 199

handicap mental et/ou le handicap psychique¹⁹. Là encore, le manque de structures totalement dédiées au handicap psychique est à noter, puisqu'aucun foyer de vie spécialisé dans ce handicap n'existe sur le département²⁰.

Les populations des foyers de vie du département sont donc majoritairement composées de personnes handicapées mentales et de personnes handicapées psychiques. Cette évolution du public accueilli est une situation que connaît le foyer de vie de Le Tronchet, situation que je vais maintenant aborder.

1.3 Le foyer de vie de Le Tronchet : une organisation et une prise en charge impactées par l'évolution du public accueilli ?

Le foyer de vie de Le Tronchet a toujours accueilli une population de personnes handicapées mentales. Mais cette population a connu depuis plusieurs années un changement notable qui pose question quant à l'organisation et à la prise en charge des résidents.

1.3.1 Présentation de l'établissement

Le foyer de vie de Le Tronchet est situé sur la commune du même nom (1 016 habitants), en environnement rural, dans le département de l'Ille-et-Vilaine en Bretagne. C'est un établissement public autonome de trente-cinq places, en direction commune avec l'EHPAD situé sur le même site. Il fait partie du territoire de santé n° 6 (Saint-Malo/Dinan).

Il est issu d'un ancien hospice dont voici un bref historique :

En 1902, Monsieur Alexis BAGOT fait don à la commune de Plerguer d'une propriété située sur la section de Le Tronchet, avec comme conditions d'y créer un hôpital accueillant les vieillards et les indigents qui sera géré par la congrégation religieuse des sœurs de Saint-Vincent de Paul, et qui devra porter le nom de sa filleule, en mémoire de celle-ci.

Le 11 octobre 1908, l'hôpital « Marie-Louise » est inauguré. Il comprend 20 lits d'hébergement, capacité qui sera portée au fil des années à 80 lits. L'établissement devient dans le même temps un hospice communal.

En 1953, les communes de Plerguer et de Le Tronchet se séparent et en 1958 l'hospice devient intercommunal. Sa capacité d'accueil est portée à 100 lits en 1966.

¹⁹ CONSEIL GENERAL D'ILLE-ET-VILAINE, 2012, *Direction Personnes âgées – personnes handicapées bilan d'activité 2011*, Les Cahiers Techniques de la Vie Sociale n°213 Octobre 2012, 164 p.

²⁰ Entretien avec une inspectrice du Conseil Général d'Ille-et-Vilaine, Direction Personnes Agées/Personnes Handicapées

En 1969, la congrégation de Saint-Vincent de Paul se retire et cède la place à la congrégation des Filles de Jésus, qui demeurera présente jusqu'en 1985.

Un secteur « invalides » de 15 lits est créé en 1979, portant la capacité de l'hospice à 115 lits. Deux ans plus tard, en 1981, il est décidé la séparation du secteur personnes âgées (comprenant 65 lits dont 30 lits de cure médicale) et du secteur personnes handicapées (comprenant 35 lits). A cette occasion, un bâtiment neuf dédié aux personnes âgées est achevé et mis en service cette même année. Les personnes handicapées demeurent accueillies dans le bâtiment principal et dans le bâtiment annexe.

Puis, en 1992, l'hospice est scindé en deux établissements juridiquement autonomes : une maison de retraite de 65 lits et un foyer de vie pour adultes handicapés de 35 places, avec une direction commune.

En 1997 est construit un bâtiment de liaison entre la maison de retraite et le foyer de vie, qui accueille l'administration, les cuisines et un salon commun à l'ensemble des résidents. Le bâtiment du foyer de vie est entièrement rénové et accueille désormais la totalité des personnes handicapées, le bâtiment annexe étant fermé par la même occasion car ne répondant plus aux normes de sécurité.

Le foyer de vie a pour mission l'accueil de personnes adultes dont le handicap ne leur permet pas ou plus d'exercer une activité professionnelle, y compris en milieu protégé, mais ayant une autonomie physique et intellectuelle suffisante pour se livrer à des activités quotidiennes ludiques et éducatives, et participer à une animation sociale. Il assure aux résidents, comme tout établissement qui accueille des personnes handicapées adultes, « un soutien médico-social et éducatif permettant le développement de leurs potentialités et des acquisitions nouvelles, ainsi qu'un milieu de vie favorisant leur épanouissement personnel et social²¹ ».

Les personnes accueillies ne nécessitent pas de surveillance médicale ni de soins constants. Elles sont admises au sein de l'établissement sur décision d'orientation de la CDAPH.

Le foyer de vie de Le Tronchet accueille aujourd'hui trente-cinq résidents, soit la totalité de sa capacité d'accueil. Ces personnes sont en hébergement permanent, il n'y a pas d'hébergement temporaire ni d'accueil de jour.

L'établissement est situé sur un terrain d'une superficie de trois hectares, dont une partie comprend un parc permettant aux résidents de profiter des beaux jours et de réaliser des activités à l'extérieur. Le bâtiment principal comprend un rez-de-chaussée et un étage et accueille trente-cinq chambres individuelles, une salle à manger, un office, un poste de soins, une tisanerie et des espaces collectifs. Les services administratifs et logistiques se

²¹ Article L344-1-1 du Code de l'action sociale et des familles

trouvent dans le bâtiment de liaison, appelé ainsi car il occupe une position centrale entre le foyer de vie et l'EHPAD et accueille les services communs aux deux établissements. Il est à noter que les trois bâtiments n'en forment qu'un seul au niveau architectural. Un pavillon annexe appelé pavillon occupationnel accueille certaines activités des résidents. A côté de ce pavillon se trouve la serre et le jardin de fleurs de l'atelier espaces verts.

Le personnel représente au total 21,05 équivalents temps plein (ETP), dont 12,80 ETP participant à l'accompagnement et aux soins des résidents (infirmières, aides-soignantes (AS), aides médico-psychologiques (AMP), agents des services hospitaliers qualifiés (ASHQ), monitrices d'atelier, psychologue). La composition du personnel s'explique notamment par le fait que le foyer de vie est issu d'un établissement sanitaire.

Le foyer de vie de Le Tronchet n'a à ce jour pas de projet d'établissement formalisé, particularité pointée par l'évaluation interne réalisée en début d'année 2013. Cependant, « les modes d'intervention et de prise en soin des résidents reposent sur des valeurs partagées, fortement ancrées institutionnellement et fondées sur la Charte des droits et libertés de la personne accueillie²² ».

L'organisation de l'établissement est la suivante :

L'accompagnement des résidents pour les actes de la vie quotidienne et leur participation à la vie sociale sont assurés tout au long de la journée. La matinée est partagée entre le petit-déjeuner, les soins d'hygiène (toilettes et douches), l'encadrement du ménage des chambres et la participation à des activités. L'après-midi est calqué sur le même principe : soins d'hygiène (douches), ménage des chambres, activités et animation sociale. Un professionnel assure la continuité de service la nuit de 21 heures à 7 heures.

Les activités sont encadrées par deux monitrices d'atelier, et l'animation sociale est prise en charge par une AMP du foyer (dont le temps de travail est à 50% animatrice et 50% AMP) et par l'animatrice de l'EHPAD. Depuis quelques mois, l'ergothérapeute de l'EHPAD prend à nouveau en charge les résidents du foyer de vie dans le cadre d'une mutualisation des moyens entre les deux établissements, après un arrêt de plusieurs années pour se consacrer uniquement aux résidents de l'EHPAD suite à une décision de la direction de l'époque.

Une infirmière est présente en journée. Son rôle est double : d'une part assurer les soins infirmiers, veiller à l'efficacité et aux effets secondaires des traitements, gérer le circuit du médicament, et d'autre part coordonner et organiser le fonctionnement du service (gestion des consultations des résidents, organisation des soins et tâches de la semaine avec l'équipe, liens avec les partenaires extérieurs, etc.). Compte tenu du passé sanitaire de

²² Rapport d'évaluation interne du foyer de vie de Le Tronchet, avril 2013, p. 16

l'établissement, l'infirmière du foyer de vie est également amenée certains jours à intervenir en EHPAD, suivant les roulements de l'équipe infirmière.

La prise en charge médicale est réalisée, outre les médecins généralistes libéraux choisis par les résidents, par le médecin coordonnateur de l'EHPAD qui a accepté d'être également coordonnateur sur le foyer de vie.

Afin d'assurer le suivi psychiatrique de certains résidents, une convention a été passée entre le foyer de vie et le centre hospitalier (CH) de Saint-Malo, et un psychiatre du CH intervient trois heures par mois sur l'établissement. Enfin, une psychologue salariée de l'établissement est présente à temps partiel (20%).

Cette organisation et la prise en charge des résidents pose aujourd'hui question avec le changement du public accueilli connu par le foyer de vie ces dernières années.

1.3.2 L'évolution du public accueilli questionne l'organisation et la prise en charge des résidents

Le foyer de vie de Le Tronchet, de par son passé, a toujours accueilli une population composée exclusivement de personnes handicapées mentales, et ce jusqu'à la fin des années 1990.

Puis, le public a commencé à évoluer, et le foyer a amorcé l'accueil de personnes présentant un handicap psychique. Néanmoins, le handicap mental demeurait majoritaire. Ainsi, en 2003, sur les 35 résidents présents au sein de l'établissement, 20 personnes (soit 57%) présentaient une déficience intellectuelle, les 15 autres un handicap psychique. Ces dix dernières années, cette évolution du public accueilli a continué, renforcée notamment par la reconnaissance du handicap psychique, comme je l'ai expliqué plus haut, jusqu'à la situation actuelle.

Le foyer de vie de Le tronchet accueille aujourd'hui 35 résidents, 21 hommes et 14 femmes. La moyenne d'âge est de 51 ans. 88,5% (soit 31 personnes) d'entre eux sont originaires du département, mais seuls 14% (soit 5 personnes) résidaient dans le canton d'implantation de l'établissement. 66% (soit 23 personnes) ont un parcours de vie qui est en totalité ou majoritairement institutionnel.

Peu de résidents ont une autonomie complète pour les actes de la vie quotidienne, puisque 86% (soit 30 personnes) d'entre eux ont besoin de l'aide d'un professionnel pour certains de ces actes, et ce à des degrés divers.

Sur l'ensemble des résidents :

- 13 personnes présentent un handicap mental ;
- 21 personnes présentent un handicap psychique. Ce handicap est la conséquence de psychoses et de schizophrénies pour 13 résidents, et d'un syndrome de Korsakoff pour 8 résidents ;
- 1 personne présente un syndrome de West.

La population accueillie comprend désormais 60% de personnes handicapées psychiques. Le rapport entre le handicap mental et le handicap psychique s'est donc complètement inversé.

Cet état de fait génère des situations parfois complexes pour les professionnels de l'établissement : cohabitation entre deux populations de personnes handicapées, comportements agressifs, sollicitations permanentes pour ne citer que quelques exemples.

Cela amène à s'interroger plus particulièrement sur les incidences de l'évolution du public accueilli sur l'organisation et la prise en charge des résidents au sein du foyer de vie. Afin de pouvoir répondre à cette question et proposer des solutions, il est nécessaire d'analyser la situation telle qu'elle se présente aujourd'hui.

2 L'organisation du foyer de vie de Le Tronchet et la prise en charge des résidents ne sont pas suffisamment adaptées à l'évolution du public accueilli

L'analyse de l'organisation et de la prise en charge des résidents montre que celles-ci ne sont pas totalement adaptées. Si la mixité des populations présente des aspects positifs, elle engendre aussi des inconvénients et des prises en charges différentes (2.1). Face à ces deux publics, les pratiques professionnelles en vigueur ne permettent pas d'apporter une réponse suffisamment satisfaisante aux personnes handicapées psychiques (2.2), et les moyens humains et matériels de l'établissement sont mal adaptés aux populations accueillies (2.3). Quant à la politique d'accueil du foyer de vie, elle est peu définie et maîtrisée au regard des besoins et de l'offre d'hébergement du territoire (2.4).

2.1 Une mixité des populations source de richesses mais aussi de problématiques entraînant des prises en charges différenciées

La cohabitation entre personnes handicapées mentales et personnes handicapées psychiques est effective en permanence dans l'établissement, hormis bien évidemment les moments où les résidents souhaitent s'isoler dans leur espace privatif. Cette mixité présente à la fois des avantages et des inconvénients, et la prise en charge se révèle différente selon le handicap.

2.1.1 La mixité du public est à la fois source d'avantages et d'inconvénients

La mixité des populations génère une forme d'entraide entre les résidents du foyer de vie. Il est fréquent de voir certaines personnes handicapées psychiques aider des personnes handicapées mentales, leur apporter un certain dynamisme. J'ai pu constater que cette aide peut prendre différentes formes, comme lors des repas en coupant les aliments par exemple, ou bien pendant des activités en aidant la personne à accomplir un geste ou une tâche donnée. Mais cette entraide se manifeste aussi par un recours aux professionnels en cas de besoin, les personnes handicapées psychiques montrant une certaine vigilance vis-à-vis des personnes handicapées mentales qu'elles côtoient. Comme l'évoque une infirmière de l'établissement, « ils viennent nous alerter s'il y a un problème, ils accompagnent ».

La mixité confronte également les résidents à la découverte d'autres situations de handicap que la leur, d'autres expériences de vie. Mme G., présentant un handicap mental et résidente au sein du foyer de vie depuis plusieurs années, m'explique lors de

notre entretien que la mixité s'impose dans l'établissement, « on n'a pas le choix », mais que « c'est bien, on est ensemble ». Un autre résident, M. F., présentant un handicap psychique, est aussi d'accord avec la mixité, cela ne lui pose pas de problème particulier. Les professionnels de l'établissement, pour la plupart, voient comme avantage à la mixité une possibilité de diversifier leur travail, de découvrir un autre handicap que le handicap mental. Pour certains, cela permet de maintenir une dynamique de travail : « J'ai le sentiment que si l'on était dédié à un type de population, on aurait un risque de saturation, d'essoufflement, que ce soit au niveau de la population ou des professionnels²³ ». En comparaison, le directeur du foyer de vie « La Résidence de l'Abbaye », quant à lui, constate également que la cohabitation des deux populations ne pose pas de souci majeur dans son établissement.

Mais cette mixité des populations peut également se révéler une source d'inconvénients. R. LIBERMAN estime que le fait de faire cohabiter des personnes handicapées mentales et handicapées psychiques entraîne invariablement des difficultés qui vont être défavorables à l'établissement et aux résidents²⁴. Jean CANNEVA, président de l'UNAFAM, à propos de cette cohabitation, note que : « Aujourd'hui encore, rares sont les établissements médico-sociaux dédiés. Or, les différents retours des professionnels spécialisés me font dire que la mixité pose des problèmes lorsque le handicap psychique ne s'accompagne pas de déficiences intellectuelles²⁵ ».

Pour le foyer de vie de Le Tronchet, le problème principal induit par la mixité est le risque d'intolérance entre les deux publics. L'une des caractéristiques du handicap psychique est le déni : les personnes handicapées psychiques n'ont pas le sentiment d'être handicapées et la cohabitation peut donc être difficile avec les personnes handicapées mentales de par l'image que ces dernières leur renvoient²⁶. De même, les résidents présentant un handicap mental ne comprennent pas forcément les troubles du comportement des personnes handicapées psychiques et les périodes de crise qui y sont associées, et réagissent parfois de manière agressive ou au contraire manifestent une certaine angoisse que les professionnels doivent calmer.

Ces tensions liées à la cohabitation peuvent se manifester de manière individuelle entre résidents. Monsieur B., résident présentant un handicap psychique, estime, lorsqu'il évoque les personnes handicapées mentales, que « certains ne sont pas cools ». Durant mon stage j'ai été sollicité, du fait de mon positionnement de directeur stagiaire, afin d'apaiser des situations tendues entre Monsieur G., résident handicapé psychique, et Mme M., résidente handicapée mentale, situations le plus souvent liées aux troubles

²³ Entretien avec l'ergothérapeute

²⁴ LIBERMAN R., 2011, *Handicap et maladie mentale*, 8^e édition, Paris : Presses Universitaires de France, p. 38-40

²⁵ Cité par UNAPEI, 2010, « Dossier handicap psychique », *Vivre ensemble*, n° 99 Avril 2010, p. 7

²⁶ Entretien avec le médecin coordonnateur

psychiques de Monsieur G. Quelques professionnels font également remarquer que certaines personnes handicapées psychiques profitent, de manière consciente ou non, du fait que les personnes handicapées mentales soient plus influençables pour exercer une sorte de manipulation envers elle et déclencher des situations de tension au sein des résidents.

Les difficultés de cohabitation se présentent également au niveau collectif. Ainsi, la distribution des médicaments est un moment qui génère des tensions. Les résidents font la queue devant le poste de soins pour prendre leurs traitements, et l'attente entraîne régulièrement des querelles entre certaines personnes handicapées psychiques et handicapées mentales, les premières ayant plus de mal à attendre leur tour ou bien profitant de ce moment pour aborder des sujets divers. Ainsi, lors d'une matinée où j'étais présent avec l'infirmière, Mme F., présentant un handicap psychique, a interrompu trois fois la distribution des médicaments en souhaitant faire part de son anxiété quant à la distribution du linge, ce qui a contrarié deux résidents handicapés mentaux, lassés de perdre du temps.

Les repas sont aussi un moment où les tensions liées à la mixité des populations apparaissent. Les résidents prennent leurs repas dans une grande salle à manger, ce qui facilite un effet « boule de neige », selon l'expression utilisée par de nombreux professionnels de l'établissement, lorsqu'une personne handicapée psychique manifeste des troubles du comportement. Les autres résidents, notamment les personnes handicapées mentales, peuvent alors devenir nerveux ou inquiets car perturbés par ces troubles, ce qui entraîne des signes de mauvaise humeur voire de l'agressivité.

Les activités peuvent également constituer des moments où la cohabitation est délicate. En effet, les personnes handicapées psychiques présentent des difficultés pour maintenir leur attention durant une durée assez longue, et il arrive fréquemment qu'elles arrêtent l'activité en cours ou la perturbent. Les personnes handicapées mentales présentes sont de ce fait frustrées car elles ne comprennent pas la raison de cet arrêt, ou bien réagissent d'une toute autre manière : « Les personnes déficientes intellectuelles peuvent se sentir supérieures au niveau de leurs capacités par rapport aux personnes en situation de handicap psychique qui restent concentrées moins longtemps²⁷ ». L'organisation même des activités peut être source de difficultés pour les professionnels puisqu'il faut offrir aux deux populations des activités qui leur soient adaptées.

Au-delà des aspects positifs et négatifs de la mixité du public, il apparaît que les prises en charge des personnes handicapées psychiques et des personnes handicapées mentales sont différentes, car axées sur des besoins distincts.

²⁷ Entretien avec une monitrice d'atelier

2.1.2 Les prises en charge sont différenciées suivant le handicap

Les prises en charge de la population du foyer de vie évoluent avec celle-ci. L'ergothérapeute, présente dans l'établissement depuis vingt-cinq ans, souligne que la prise en charge globale n'est plus suffisante, car il faut prendre en compte davantage de paramètres tels que l'histoire de vie, le niveau d'études, les capacités cognitives. L'AMP qui prend en charge l'animation, ayant quant à elle vingt-sept ans d'ancienneté dans la structure, indique que la prise en charge s'individualise de plus en plus, notamment pour les activités.

La prise en charge des personnes handicapées mentales au sein de l'établissement est considérée comme plus simple par les professionnels. Ce sentiment s'explique tout d'abord par le fait que l'équipe a historiquement toujours travaillé avec un public présentant un handicap mental.

Les personnes handicapées mentales expriment moins de besoins à satisfaire, sont moins en demande, moins dans l'instant présent et sont capables d'attendre si ce qu'elles souhaitent ne peut se réaliser tout de suite. Elles sont majoritairement issues d'un milieu rural et ont connu un parcours quasi-exclusivement institutionnel, contrairement à la plupart des résidents présentant un handicap psychique, et ont donc moins été confrontées à la société de consommation.

Elles présentent peu de troubles du comportement, et l'accompagnement vise avant tout à l'apprentissage et/ou au maintien de l'autonomie dans les actes de la vie courante.

Le travail effectué est axé sur les repères de la vie quotidienne, avec des activités occupationnelles. Le suivi des traitements médicamenteux est moins important car ceux-ci sont beaucoup plus légers que pour les personnes handicapées psychiques²⁸.

En ce qui concerne les activités, les résidents présentant un handicap mental sont plus posés et concentrés lors de celles-ci, et participent en règle générale de manière spontanée, ce qui facilite la mise en place des activités pour les monitrices d'atelier et les animatrices.

Pour l'équipe du foyer de vie, la prise en charge des personnes handicapées psychiques est différente car ces dernières ont des besoins plus variés, sont demandeuses dans beaucoup de domaines. En effet, la plupart ont vécu en milieu urbain, ont eu une vie sociale avant l'apparition de la maladie mentale puis du handicap et leur entrée au foyer de vie. Les résidents handicapés psychiques souhaitent la réalisation de leurs attentes le plus rapidement possible, comme le déclare une AMP : « Il ne faut pas leur annoncer quelque chose à l'avance, car sinon ils veulent que cela se fassent tout de suite ».

²⁸ Entretien avec le médecin coordonnateur

L'accompagnement est axé sur le maintien ou la ré-acquisition de l'autonomie pour les actes de la vie courante, mais l'encadrement est plus constant car les résidents handicapés psychiques sont moins autonomes.

Cela nécessite un cadre institutionnalisé avec des activités occupationnelles et thérapeutiques, et un accompagnement plus important pour certains résidents qui présentent des troubles cognitifs sévères. Le suivi des traitements médicamenteux est important car ceux-ci sont lourds, notamment avec les effets des neuroleptiques²⁹. Un suivi psychiatrique régulier est également nécessaire. Il en résulte des projets de soins qui sont plus en mouvance.

La prise en charge des personnes handicapées psychiques se révèle aussi plus complexe au quotidien pour les professionnels, car celles-ci demandent plus d'écoute. « Il faut être disponible, à l'écoute, comme le soir où ils sont angoissés » explique une ASHQ, les personnes handicapées psychiques sont inquiètes de leur devenir, elles ont besoin d'être rassurées. « Il faut bien expliquer pourquoi on va faire ça, sinon cela va créer de l'angoisse » confie une AMP. L'entrée en relation est plus difficile qu'avec les personnes handicapées mentales, il faut instaurer un climat de confiance.

De même, l'imprévisibilité des troubles du comportement liés aux pathologies mentales des résidents amène les professionnels à une vigilance constante afin de parer aux risques de fugues car l'établissement est en milieu ouvert, et de désamorcer les situations de crise : angoisse, colère, agressivité, frustration. La gestion de ces crises est également plus longue à mener et celles-ci plus difficiles à résoudre lorsqu'elles se déclenchent.

Pour les activités, la participation des personnes handicapées psychiques est plus délicate, ce qui rend la mise en place plus complexe pour l'équipe. « On n'était pas confronté avec les personnes handicapées mentales à l'ambivalence qu'on peut trouver chez les psychotiques devant une proposition d'activité par exemple, avec une acceptation puis un refus qui peut être accompagné d'agressivité³⁰ ». Du fait de la concentration moindre et de la fatigabilité accrue des résidents, les activités doivent être adaptées à leurs capacités et dosées sous peine d'entraîner inquiétude et perturbation. Les personnes handicapées psychiques sont également plus demandeuses d'activités en petits groupes ou individuelles.

Les prises en charge des publics accueillis sont donc différentes, et suscitent des interrogations quant aux pratiques professionnelles, qui doivent répondre aux besoins des deux populations du foyer de vie.

²⁹ Entretien avec le médecin coordonnateur

³⁰ Entretien avec l'ergothérapeute

2.2 Des pratiques professionnelles ne répondant pas suffisamment aux besoins des résidents présentant un handicap psychique

L'équipe du foyer de vie voit son travail quotidien questionné par l'évolution de la prise en charge des résidents. Les pratiques sont perfectibles, et la formation des professionnels ne permet pas une prise en charge optimale des personnes handicapées psychiques.

2.2.1 Des pratiques professionnelles qui sont perfectibles

L'ancienneté moyenne des professionnels du foyer de vie est de treize ans. Ceux-ci sont fortement attachés à l'établissement et à ses valeurs, et prennent à cœur leur travail et le bien-être des résidents. Les pratiques professionnelles se sont construites durant des années autour de la prise en charge du handicap mental, qui constitue le point fort de l'équipe. L'évolution des pratiques pour maintenant prendre en compte le handicap psychique et ses spécificités suscite des interrogations légitimes chez les professionnels. Ainsi, l'une des infirmières explique que la fonction originelle de l'équipe était la prise en charge de la déficience intellectuelle, que celle-ci n'est pas formée à la prise en charge du handicap psychique et que l'établissement s'est transformé, au fil des années, en unité psychiatrique chronique.

Deux professionnels (AMP, AS, ASHQ) sont présents en horaires du matin et deux autres en horaires d'après-midi pour l'accompagnement quotidien des résidents. Le matin est consacré au petit-déjeuner, aux toilettes et aux douches, à l'encadrement du ménage des chambres et à la participation aux activités. L'après-midi comporte également des douches et du ménage de chambres, avec des activités et de l'animation sociale. Trois à quatre douches ainsi que trois à quatre ménages de chambres sont programmés chaque matin et chaque après-midi.

Le temps d'accompagnement individuel lors des toilettes ou du ménage est en moyenne de 15 minutes pour les premières et de 20 à 30 minutes pour le ménage. Pour les professionnels, ce temps est trop court. Une AMP estime que cela ne lui permet pas de remplir son rôle éducatif et de maintien de l'autonomie : « si on a quatre chambres à faire le matin, on ne va pas pouvoir faire de l'éducatif ». Une ASHQ explique que pour les personnes handicapées psychiques, ces temps individuels sont importants car ils ont besoin de plus d'écoute : « ils nous confient des petites choses pendant ces moments, il discutent de choses et d'autres alors que certains sont discrets durant la journée ».

L'évaluation interne de l'établissement montre que les projets de vie des résidents, s'ils sont rédigés lors de l'admission, ne sont par la suite pas ou peu actualisés. J'ai pu effectivement constater, lors de mes observations, que les dossiers des résidents

contiennent bien un projet de vie, mais que celui-ci n'est que très peu modifié, voire pas du tout, au long du séjour du résident dans l'établissement. Or, le projet de vie est un outil indispensable qui permet aux professionnels d'ajuster leurs pratiques et leur prise en charge aux évolutions des besoins et attentes des personnes handicapées accueillies dans l'établissement. Les professionnels pointent notamment le manque de temps : « C'est souvent mis en deuxième intention, après il y a de l'insatisfaction car on sait que c'est important de le faire pour poser les choses et voir l'évolution³¹ », et le fait que des compétences spécifiques seraient utiles, comme celles d'un éducateur spécialisé, afin de donner au projet de vie toute la place qui est la sienne.

Le rôle des infirmières du foyer de vie ne donne pas complètement satisfaction. Ces dernières consacrent environ la moitié de leur temps de travail à des tâches qui ne relèvent pas toutes directement du soin. Ainsi, les infirmières prennent en charge la planification du travail de l'équipe AS/AMP/ASHQ pour la semaine, gèrent les congés des résidents, assurent les synthèses qui sont transmises à la MDPH lors des renouvellements d'orientation, coordonnent le travail sur les projets de vie.

Ces tâches de coordination et d'organisation empiètent sur la prise en soins des résidents, notamment des personnes handicapées psychiques. Or, celles-ci nécessitent un suivi important du fait de leurs troubles et de leur traitement médicamenteux lourd.

La distribution des médicaments est également un point qui prête à amélioration. Elle est assurée par l'infirmière trois fois par jour. Les résidents viennent chercher leur traitement au poste de soins et se mettent en file d'attente dans le couloir, devant la porte. Ils prennent leurs médicaments devant l'infirmière puis repartent. Cette organisation génère des tensions dues à l'attente, et il est fréquent de voir des querelles se déclencher entre personnes handicapées psychiques et personnes handicapées mentales. Les résidents et les professionnels ont d'ailleurs mentionné ce point lors de la dernière séance du Conseil de la Vie Sociale (CVS) de l'établissement. De plus, l'infirmière ne voit pas d'emblée l'ensemble des résidents dans la file d'attente, ce qui rend plus difficile le fait de savoir qui n'est pas présent et n'a donc pas reçu son traitement.

Le suivi psychiatrique des résidents est lui aussi mis en question. Une convention passée entre le foyer de vie et le CH de Saint-Malo prévoit une intervention d'un psychiatre trois heures par mois. Les consultations font l'objet d'une préparation préalable avec la venue, une demi-journée par mois également, d'un infirmier psychiatrique. Ces trois heures constituent un temps trop court pour assurer un suivi correct de l'ensemble des personnes handicapées psychiques. En effet, il suffit que l'une d'entre elles manifeste un état de

³¹ Entretien avec l'ergothérapeute

crise pour qu'elle soit vue en priorité par le psychiatre, décalant ainsi les autres personnes prévues. Ce temps ne laisse pas non plus suffisamment de place à la réflexion et aux échanges avec l'équipe pour chercher des solutions alternatives à l'augmentation du traitement médicamenteux, qui est la très grande majorité du temps l'option retenue, avec des effets secondaires importants pour le résident. De même, si une personne handicapée psychique présente un problème important du fait de sa pathologie mentale, l'hospitalisation en psychiatrie est la réponse systématiquement apportée³².

Ces différents points sont un exemple de l'amélioration qui doit être apportée à la coopération et la coordination entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social, comme le mentionne le rapport VACHEY³³.

Les professionnels sont conscients d'un manque de savoir-faire relatif au handicap psychique dans leurs pratiques, ainsi que de connaissances psychiatriques et d'éclairage clinique sur les pathologies mentales. Ils en font part, notamment en matière de formation.

2.2.2 La formation des professionnels ne permet pas une prise en charge optimale des personnes handicapées psychiques

Certains professionnels estiment que leur formation leur donne les bases leur permettant d'assurer l'accompagnement des résidents handicapés psychiques. Cependant, la grande majorité d'entre eux reconnaît un manque de connaissances dans le domaine psychiatrique. Il est vrai que la plupart des formations initiales des métiers paramédicaux comporte encore peu d'éléments sur la psychiatrie et le handicap psychique, malgré une modification des programmes qui commence à évoluer en ce sens³⁴. Les professionnels de l'établissement ont donc acquis les notions nécessaires permettant d'assurer la prise en charge des résidents présentant un handicap psychique avec l'expérience du terrain et les échanges en équipe.

Ces notions sont cependant insuffisantes pour que la prise en charge soit réalisée de manière entièrement satisfaisante. Lorsqu'un résident handicapé psychique manifeste des troubles du comportement importants ou une angoisse, la majorité des professionnels estime ne pas forcément avoir la réaction la plus adaptée. Une aide-soignante explique : « Il est difficile de trouver des solutions, je serai en manque de réponse sur des angoisses qui reviennent fréquemment ». Une monitrice d'atelier déclare : « je ne pense pas être

³² Entretien avec le médecin coordonnateur

³³ VACHEY L., JEANNET A., VARNIER F., AUBURTIN A., FOULQUIER GAZAGNE C.M., 2012, rapport « *Les établissements et services pour personnes handicapées : offre et besoins, modalités de financement* », Inspection Générale des Affaires Sociales et Inspection Générale des Finances, p. 21

³⁴ AMARA F., JOURDAIN-MENNINGER D., LECOQ G., MESCLON-RAVAUD M., 2011, rapport « *La prise en charge du handicap psychique* », Inspection Générale des Affaires Sociales, pp. 122-126

armée par rapport à ça ». Les professionnels craignent d'aggraver la situation en adoptant une attitude qu'ils pensent être la bonne mais qui ne convient pas. C'est ce qu'explique le docteur P. GABBAI : sans connaissances sur les psychopathologies, les professionnels peuvent interpréter les troubles de façon erronée et apporter une réponse inadéquate qui risque d'amplifier le problème, d'autant plus que la personne handicapée a conscience du fait que l'on ne comprend pas ce qu'elle éprouve³⁵.

Des compétences spécifiques en psychiatrie sont aussi nécessaires lors des entretiens de synthèse avec le psychiatre, qui sont complexes et demandent une bonne compréhension des pathologies mentales. Le temps d'intervention du psychiatre du centre hospitalier étant très court, il n'y a pas de place pour permettre des échanges formateurs avec l'équipe du foyer de vie.

Au niveau des activités, certains professionnels ont une appréhension vis-à-vis des personnes handicapées psychiques. L'ergothérapeute se demande « Comment les intéresser ? Que leur proposer ? » et reconnaît avoir des difficultés à trouver une réponse : « C'est frustrant à certains moments ».

Face à ce besoin de connaissances, les professionnels font part de leurs besoins de formation dans ce domaine. Une série de formations sur la connaissance des psychopathologies a été réalisée et les professionnels l'ont particulièrement apprécié. Ils souhaitent pouvoir continuer à être formés afin d'acquérir les connaissances nécessaires et les actualiser régulièrement pour améliorer la prise en charge des personnes handicapées psychiques.

Par comparaison, le directeur du foyer de vie « La Résidence de l'Abbaye » m'a expliqué que ses équipes ressentaient le même besoin de formation spécifique sur le domaine psychiatrique. Des formations sur les psychopathologies ont ainsi été mises en place.

Les pratiques professionnelles de l'équipe du foyer de vie ainsi que la formation sont donc perfectibles. Il faut maintenant se pencher sur les moyens déployés par l'établissement pour adapter son organisation et la prise en charge à l'évolution du public.

2.3 Des moyens humains et matériels mal adaptés à l'évolution du public accueilli

Les moyens humains et matériels du foyer de vie de Le Tronchet ont connu des changements au cours des années, mais leur adaptation aux populations accueillies n'est pas suffisante.

³⁵ GABBAI P., 2012, « Problématiques comportementales et psychopathologie dans les établissements sociaux et médico-sociaux », *Les Cahiers de l'Actif*, n°434-437 Juillet-Octobre 2012, pp. 9-26

2.3.1 Des moyens humains qui ne permettent pas de pleinement optimiser la prise en charge des résidents

Le foyer de vie de Le Tronchet compte 21,05 ETP pour 35 résidents accueillis, soit un ratio d'encadrement de 0,60. Mais les professionnels qui assurent l'accompagnement et les soins représentent 12,80 ETP. Avec l'évolution de la population vers le handicap psychique, les professionnels constatent une augmentation de la charge de travail. En effet, un grand nombre de résidents requiert une aide pour les actes de la vie quotidienne plus importante que ce que suppose normalement une orientation en foyer de vie. Une AMP explique « que l'on est plus dans le maintien de l'autonomie que dans l'acquisition ». Du fait de cette amplification de la charge de travail, l'équipe estime ne pas avoir suffisamment de temps : « Il y a plein de petites choses à faire qui ne paraissent pas importantes mais qui prennent du temps³⁶ ». Chaque professionnel, en plus de ses tâches quotidiennes, assure le rôle de référent auprès de plusieurs résidents. Or, ce temps de référence est de plus en plus difficile à tenir du fait de la charge de travail : « Les professionnels courent toujours après le temps³⁷ ».

Il est intéressant de noter que pour certains agents, ce manque de temps est dû en partie au fait que les résidents sont, par habitude, trop encadrés dans les actes de la vie quotidienne, alors que certains d'entre eux sont capables de réaliser certaines choses sans aide.

De même, le manque de temps ne permet pas à l'équipe de pouvoir apporter des réponses satisfaisantes aux sollicitations des résidents, notamment celles des personnes handicapées psychiques qui peuvent être nombreuses. Lors de ma présence dans le service, j'ai pu constater à plusieurs reprises les nombreuses demandes faites par les résidents handicapés psychiques à intervalles très courts. Sur une période d'une heure, Mme F. est venue quatre fois voir les professionnels pour faire part de ses angoisses quant à ses vêtements, et Monsieur G. s'est présenté trois fois pour évoquer des problèmes relationnels avec d'autres résidents. Le professionnel présent apporte une réponse la première fois, mais est obligé de reprendre les explications à chaque fois afin de rassurer la personne, ce qui prend du temps, ou bien de couper court en demandant à la personne de revenir plus tard. Cela provoque un sentiment de frustration chez celle-ci, mais également chez le professionnel qui estime ne pas apporter une réponse adaptée.

Le manque de temps ne permet pas non plus aux professionnels qui réalisent l'accompagnement de suffisamment participer à des activités avec les résidents, ni de pouvoir élaborer des projets comme ils le souhaiteraient. Une AMP explique : « j'ai des idées, mais on n'a pas le temps. Il faut foncer, foncer, quel est le but ? ».

³⁶ Entretien avec une aide-soignante

³⁷ Entretien avec l'ergothérapeute

En comparaison, le directeur du foyer de vie « La Résidence de l'Abbaye » a été également confronté au sentiment d'augmentation et de lourdeur de la charge de travail. L'accent a donc été mis sur l'autonomie plutôt que sur la prise en charge. Des pictogrammes indiquant aux professionnels le degré d'autonomie de chaque résident dans les actes de la vie quotidienne, très simples d'utilisation et lisibles en un coup d'œil, ont été mis en place dans l'établissement récemment. Depuis, la vision de charge de travail alourdie exprimée par l'équipe a disparue.

Le foyer de vie manque également, au niveau des moyens humains, de compétences spécifiques concernant le handicap psychique. Il n'y a pas de professionnel ayant une expérience et/ou une formation en psychiatrie pouvant apporter un appui à l'équipe. Ainsi, les infirmières constatent que le suivi des résidents handicapés psychiques demande des connaissances en psychiatrie autres que celles acquises lors de la formation initiale, et que possède notamment les infirmières exerçant en secteur psychiatrique.

De même, l'établissement n'a pas d'éducateur spécialisé, qui pourrait apporter un volet éducatif important à l'accompagnement et permettre de travailler les projets de vie des résidents, qui ne sont pas actualisés, et mettre en place des activités thérapeutiques pour les personnes handicapées psychiques.

Au niveau du temps de psychiatre, celui-ci est insuffisant, et ne permet pas un suivi satisfaisant des résidents, comme je l'ai indiqué dans l'analyse des pratiques professionnelles.

Les moyens humains ne permettent pas non plus la mise en place d'activités et d'animation sociale suffisantes pour répondre aux besoins des deux populations accueillies. Trois ateliers ont été proposés durant plusieurs années aux résidents : bois, espaces verts et lingerie, ce dernier atelier étant permis par le fait que la lingerie entretenait les vêtements des résidents du foyer de vie et de l'EHPAD. L'atelier bois ne fonctionne plus depuis trois ans, et l'activité de la lingerie a été externalisée au premier trimestre 2013, entraînant de fait la fermeture de l'atelier.

A côté de ces ateliers, peu d'activités sont proposées et il n'y a pas d'activités thérapeutiques pour les personnes handicapées psychiques. Les activités sont assurées par l'AMP qui assure l'animation à 50%, et par l'animatrice de l'EHPAD. Les professionnels du foyer participent lorsque cela est possible. Quelques activités sont réalisées à l'extérieur de l'établissement, dont certaines avec la participation de résidents d'autres structures. Les résidents rencontrés en entretien m'ont déclaré qu'il manquait des activités, notamment lors du week-end.

Certaines activités ne sont pas adaptées aux personnes handicapées psychiques, qui nécessitent d'être pris en charge en petit groupe ou de manière individuelle, ce qui a pour

conséquence de ne pas apporter de réponse aux besoins ou souhaits de certains résidents, qui ne participent donc pas aux activités : « Il y a un noyau et il y a les autres » explique ainsi une monitrice d'atelier. J'ai pu effectivement constater, notamment les premiers mois de ma présence au sein de l'établissement, que plusieurs résidents ne participaient pas beaucoup aux activités voire pas du tout, celles-ci ne leur convenant pas. De même, j'ai pu observer que certains après-midi les résidents du foyer demeuraient inactifs, faute de propositions d'activités.

Au niveau de l'animation sociale, celle-ci est également assurée par l'AMP ayant 50% d'animation et par l'animatrice de l'EHPAD. Il y a pas très peu d'animations spécifiquement organisées pour le foyer de vie, les résidents participent aux animations mises en place pour l'EHPAD, ce qui ne correspond pas forcément aux attentes des personnes handicapées, notamment les personnes handicapées psychiques. Il y a peu d'activités ou d'animations le week-end.

Par comparaison, le foyer de vie « La Résidence de l'Abbaye » dispose chaque jour de deux animateurs, et ce sept jours sur sept, ce qui permet donc de maintenir des animations et activités le week-end. Les animations ont pour objectif d'être ouvertes sur l'extérieur et les associations locales sont sollicitées, le but étant que les résidents puissent au final gérer seuls leurs loisirs.

Les moyens humains ne permettent donc pas de répondre de manière totalement efficace aux besoins de prise en charge induits par l'évolution de la population accueillie. Quant aux moyens matériels, ils ne sont pas non plus complètement adaptés.

2.3.2 Des moyens matériels qui ne sont pas totalement adaptés

Le foyer de vie a connu une importante rénovation en 1997, qui a permis de créer trente-cinq chambres individuelles comprenant toutes un cabinet de toilette avec douche, lavabo et sanitaire. Ces chambres sont réparties sur deux étages. Les locaux sont agréables et conviennent globalement à la prise en charge de personnes handicapées mentales et handicapées psychiques. Cependant, certains éléments ne sont pas adaptés au changement de la population.

Le foyer est en milieu totalement ouvert. Les résidents peuvent accéder au parc de l'établissement et se rendre à l'extérieur. Cela génère donc des risques de fugue, particulièrement en ce qui concerne les résidents handicapés psychiques. A titre d'exemple, Monsieur D. a connu un épisode de troubles importants durant une semaine, et est sorti deux fois des limites de l'établissement durant cette période, malgré la

vigilance de l'équipe. Plusieurs professionnels se posent de nombreuses questions quant à la possibilité de mener une réflexion approfondie sur ce sujet.

En ce qui concerne le bâtiment du foyer lui-même, les résidents prennent leurs repas dans une salle à manger unique. Des tensions se créent du fait de la cohabitation des deux populations, d'autant plus que la salle est bruyante. Lorsqu'une personne handicapée psychique manifeste des troubles durant un repas, cela peut rapidement engendrer une angoisse ou de l'énervement parmi les autres résidents. A titre de comparaison, le foyer de vie « La Résidence de l'Abbaye » essaie de parer à cet effet de groupe en répartissant les résidents dans plusieurs petites salles à manger.

Il n'y a pas de salle dédiée aux activités permettant d'accueillir un grand groupe de résidents. Lorsque ce cas de figure se présente, les professionnels utilisent la salle polyvalente située au sous-sol de l'EHPAD.

De même, il n'y a pas de salle spécifique à l'animation. Lors des rares animations spécifiques au foyer de vie, le salon commun à l'EHPAD et au foyer de vie est utilisé.

Les moyens humains et matériels de l'établissement ne sont donc pas complètement adaptés à l'évolution du public accueilli. Ce changement progressif est-il cependant le fait de la politique d'accueil du foyer de vie, et cette politique est-elle totalement maîtrisée ?

2.4 Une politique d'accueil floue et peu maîtrisée au regard des besoins et de l'offre d'hébergement du territoire

Le foyer de vie de Le Tronchet voit le public accueilli évoluer, mais cela n'est pas le fait d'une politique d'accueil structurée. En effet, celle-ci n'est pas clairement définie et l'établissement ne la maîtrise pas totalement.

2.4.1 La politique d'accueil n'est pas clairement définie

L'évolution de la population vers le handicap psychique s'est faite au fil des années en fonction des demandes d'admission qui se présentaient mais également des souhaits du cadre de santé de l'établissement. Cette dernière ayant de bonnes relations avec le secteur de psychiatrie et le CH de Saint-Malo, le foyer de vie a accueilli de plus en plus régulièrement des personnes handicapées psychiques. Cette orientation s'est faite sans que les professionnels soient spécifiquement formés à l'accueil d'une nouvelle catégorie de handicap.

A ce jour, aucune politique d'accueil n'est définie pour le foyer de vie, notamment les catégories de handicap pris en charge par l'établissement. Il n'existe pas de commission d'admission et les critères d'accueil ne sont pas clairement formalisés. Les professionnels ont d'ailleurs fait part de leur méconnaissance des modalités de choix et d'admission des futurs résidents du foyer de vie au cours de l'évaluation interne.

Cette absence de politique d'accueil est également préjudiciable pour le foyer de vie au niveau de ses relations avec le Conseil Général, car elle ne permet pas de positionner celui-ci au sein du territoire, puisque les types de handicap accueillis ne font pas l'objet d'un affichage clair.

Si cette absence de politique définie peut expliquer en partie l'évolution de la population accueillie au sein de l'établissement, elle s'ajoute au fait que celui-ci ne maîtrise pas complètement son accueil au regard des besoins et de l'offre d'hébergement du territoire.

2.4.2 Le foyer de vie ne maîtrise pas totalement son accueil

L'évolution du public accueilli par le foyer de vie de Le Tronchet est également due au fait que la proportion de personnes handicapées psychiques orientées en foyer de vie a augmenté ces dernières années³⁸. L'offre d'hébergement du département s'est donc transformée en conséquence.

L'orientation des personnes handicapées psychiques en foyer de vie fait l'objet de discussions au niveau du département. Les professionnels du secteur psychiatrique considèrent que ces personnes devraient être orientées vers des FAM ou des MAS, car elles nécessitent un suivi psychiatrique et ont un traitement médicamenteux lourd. Or, la MDPH d'Ille-et-Vilaine oriente les personnes handicapées psychiques en fonction de leur degré d'autonomie dans les actes de la vie quotidienne et de la stabilisation de leur état. Si ces deux critères sont satisfaisants, les personnes sont orientées en foyer de vie. Actuellement, un dossier sur deux de personne handicapée psychique fait l'objet d'une orientation en foyer de vie³⁹. L'ARS Bretagne confirme que l'orientation en foyer de vie de certaines personnes handicapées psychiques ne correspond pas forcément à leurs besoins⁴⁰. A ce propos, le rapport VACHEY indique que l'orientation donnée par les MDPH n'est pas uniformisée sur l'ensemble du territoire national, et n'est pas forcément liée à l'offre d'hébergement⁴¹.

³⁸ Entretien avec une inspectrice du Conseil Général d'Ille-et-Vilaine, Direction Personnes Agées/Personnes Handicapées

³⁹ Entretien avec la responsable du service évaluation de la MDPH d'Ille-et-Vilaine

⁴⁰ Entretien avec la responsable du pôle « Programmation et organisation des ESMS » de l'ARS Bretagne

⁴¹ VACHEY L., JEANNET A., VARNIER F., AUBURTIN A., FOULQUIER GAZAGNE C.M., 2012, rapport « *Les établissements et services pour personnes handicapées : offre et besoins, modalités*

Aucun foyer de vie spécifiquement prévu pour l'accueil de ce public n'existant sur le département de l'Ille-et-Vilaine, ce sont très souvent les foyers de vie rattachés à des EHPAD qui accueillent celui-ci, leurs moyens sanitaires étant plus développés que les foyers de vie « classiques » du fait de leur passé d'anciens hospices⁴².

Le foyer de vie de Le Tronchet ne maîtrise donc pas totalement l'accueil de sa population, et dépend de l'évolution des besoins en offre d'hébergement.

Au vu du diagnostic de l'organisation et de la prise en charge des résidents de l'établissement, il apparaît clairement que celles-ci ne sont pas totalement adaptées à l'évolution du public accueilli. Je vais maintenant aborder les préconisations qui peuvent être envisagées pour y remédier.

de financement », Inspection Générale des Affaires Sociales et Inspection Générale des Finances, p. 38

⁴² Entretien avec la responsable du service évaluation de la MDPH d'Ille-et-Vilaine

3 Le foyer de vie de Le tronchet doit restructurer son organisation et la prise en charge afin de répondre à l'évolution du public et de se positionner au sein du territoire

Le directeur du foyer de vie de Le Tronchet a décidé, compte tenu notamment du questionnement qu'amène l'évolution de la population et des résultats de l'évaluation interne, de mener deux actions majeures d'ici la fin d'année 2013 : la formalisation du projet d'établissement et la mise en place d'un groupe de travail chargé d'une réflexion sur l'organisation actuelle de l'établissement. L'analyse que j'ai menée sur l'organisation et la prise en charge des résidents montre qu'elles ne sont pas totalement adaptées à l'évolution du public accueilli.

Il apparaît donc nécessaire de mener un travail de restructuration, dans lequel le directeur a un rôle essentiel à jouer, en redéfinissant les orientations et l'organisation de l'établissement et en initiant le changement auprès des professionnels. Ce travail passe par des pratiques professionnelles qui sont à repenser et par une politique de formation à développer concernant le handicap psychique (3.1). Les moyens humains et matériels de l'établissement peuvent être renforcés, redéployés et optimisés (3.2). Enfin, la politique d'accueil doit être définie afin de permettre un positionnement clair du foyer de vie au sein de son territoire (3.3).

3.1 Des pratiques professionnelles à repenser et une politique de formation sur le handicap psychique à développer

Les pratiques professionnelles de l'équipe du foyer de vie doivent être améliorées afin de permettre la prise en charge des deux populations. La politique de formation de l'établissement doit quant à elle être développée pour apporter aux professionnels les connaissances nécessaires à la prise en charge du handicap psychique.

3.1.1 Les pratiques professionnelles peuvent être améliorées

Le directeur doit s'assurer de la qualité des prestations de l'établissement. Cela passe entre autres par l'évaluation des pratiques professionnelles de l'équipe. Plusieurs préconisations peuvent être proposées pour améliorer les pratiques professionnelles actuellement en vigueur au sein du foyer de vie.

En ce qui concerne le temps d'accompagnement des résidents qui est insuffisant pour les professionnels, ce point sera à traiter en priorité lors de la mise en place du groupe de travail sur l'organisation du foyer de vie. J'y reviendrai plus en détails dans la sous-partie consacrée aux moyens humains.

Les projets de vie des résidents doivent faire l'objet d'un travail constant et approfondi. Ils doivent être systématiquement rédigés lors de l'arrivée de la personne dans l'établissement, puis être régulièrement discutés en équipe et avec le résident, et être actualisés au moins une fois par an. Cela permettra de prendre en compte les évolutions des besoins et attentes de la personne, mais aussi de sa pathologie et de son handicap. Le projet de vie revêt une grande importance, notamment pour les personnes handicapées psychiques qui manifestent de nombreux besoins. De plus, la variabilité des troubles et de l'état psychologique de ces dernières, qui peuvent manifester des angoisses et des obsessions quant à leur futur, entraîne une fluctuation de leurs envies et de leurs décisions.

Le projet de vie doit donc être suivi et travaillé afin de permettre une prise en charge la plus efficace possible. A cette fin, les compétences d'un éducateur spécialisé sont particulièrement utiles (j'aborderai la question du recrutement de ce professionnel dans la sous-partie consacrée aux moyens humains). Ce professionnel assurera la coordination du travail sur les projets de vie.

Un temps dédié peut être mis en place lors de l'une des deux réunions d'équipe hebdomadaires, ou bien en être le seul thème. Ce temps dédié permettra la discussion et la réalisation des synthèses nécessaires à l'actualisation des projets de vie des résidents.

Le rôle des infirmières doit également être repensé, afin de permettre un recentrage sur les soins et le suivi des résidents, plus important qu'auparavant compte tenu de l'augmentation de personnes handicapées psychiques.

Pour ce faire, les tâches ne relevant pas directement du soin, telles que la coordination et le suivi des projets de vie, les synthèses pour la MDPH ou encore la gestion des congés des résidents peuvent être confiées à d'autres professionnels, notamment un éducateur spécialisé, qui se chargera de la coordination de l'équipe sur ces domaines.

L'organisation du circuit du médicament au sein du foyer de vie doit faire l'objet d'une réflexion d'ici le début d'année 2014. A cette occasion, il est opportun de travailler sur la distribution des médicaments, qui pose question comme je l'ai abordé dans la deuxième partie de ce mémoire.

Une distribution lors des repas permettrait de faire disparaître la file d'attente, et de ce fait d'éviter les tensions entre les résidents, particulièrement entre les personnes handicapées

mentales et les personnes handicapées psychiques. Cela aurait aussi pour avantage pour l'infirmière de pouvoir visualiser l'ensemble des résidents de manière rapide, compte tenu de la configuration de la salle à manger, et de se rendre compte des personnes absentes et n'ayant donc pas reçu leur traitement.

Un essai a déjà été effectué, et avait satisfait les résidents. Il convient donc de réfléchir à cette solution et de mener une expérimentation sur un temps donné afin d'en mesurer les effets.

Le temps d'intervention du psychiatre du CH de Saint-Malo est aussi à réfléchir. Les trois heures mensuelles qui sont en vigueur aujourd'hui n'étant pas suffisantes pour assurer un suivi satisfaisant des résidents handicapés psychiques, il faut retravailler avec le service de psychiatrie du centre hospitalier la convention définissant les modalités d'intervention et étudier les possibilités d'augmenter le temps de consultation.

Les pratiques professionnelles sont donc perfectibles, et le seront d'autant plus avec une politique de formation axée sur le handicap psychique.

3.1.2 La formation relative au handicap psychique doit être développée

Le directeur est en charge du développement des compétences des professionnels au travers de la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC). La GPMC consiste à mettre en œuvre et à assurer le suivi d'une politique de gestion des ressources humaines, qui est fonction des orientations stratégiques et organisationnelles de l'établissement, afin d'anticiper et de maîtriser les écarts entre les besoins et les ressources. Cette politique passe notamment par la formation et le recrutement.

Afin de renforcer les connaissances des professionnels dans le domaine du handicap psychique et de la psychiatrie, le plan pluriannuel de formation doit tenir compte des besoins exprimés et permettre, dans la mesure du possible et en fonction du budget de formation de l'établissement, la mise en place d'actions de formation spécifiques.

Ainsi, pour l'année 2013, le plan intègre la formation «Connaissance des psychopathologies » et prévoit que quatre professionnels du foyer de vie bénéficieront de celle-ci, pour un coût de 3 600 euros, ce qui représente 10% du budget total de formation des deux structures.

Le handicap psychique étant un axe de travail de l'ARS Bretagne, celle-ci envisage la mise en place de formations spécifiques communes aux acteurs du secteur sanitaire et du

secteur médico-social⁴³, afin d'harmoniser les pratiques et les connaissances et d'améliorer la coordination et la coopération entre les deux secteurs. Le foyer de vie doit donc suivre le développement de cette formation et le positionnement du Conseil Général à ce propos, afin de pouvoir en faire bénéficier les professionnels qui le désireraient lorsque celle-ci sera effectivement mise en place.

Enfin, les connaissances de l'équipe sur le handicap psychique peuvent être renforcées par des échanges avec d'autres foyers de vie ou avec des établissements spécialisés. Ainsi, des visites peuvent être organisées dans des structures similaires, voire des stages de quelques jours afin de permettre aux professionnels de se confronter à d'autres organisations de travail. L'établissement peut notamment organiser ce type d'action avec le foyer de vie « La Résidence de l'Abbaye », très proche géographiquement.

En ce qui concerne les établissements spécialisés, quelques professionnels avaient effectué un stage en service de psychiatrie sur le CH de Saint-Malo voici quelques années. Ce type d'initiative est à renouveler, et à éventuellement formaliser dans la convention prévoyant l'intervention d'un psychiatre du CH au sein de l'établissement.

De même, cette convention pourrait prévoir la possibilité qu'un psychiatre puisse réaliser des formations sur le handicap psychique à destination des professionnels du foyer de vie.

L'apport de compétences spécifiques au handicap psychique doit aussi être pensé dans le cadre des futurs recrutements. Les créations de postes et les remplacements de professionnels quittant l'établissement doivent prévoir, selon les besoins, des connaissances en psychiatrie et/ou une expérience dans une structure accueillant des personnes handicapées psychiques.

La politique de formation peut donc être adaptée aux besoins des professionnels quant aux connaissances relatives au handicap psychique. Mais les moyens humains et matériels doivent également faire l'objet d'une restructuration, afin d'être mieux adaptés à l'évolution de la population du foyer de vie.

⁴³ Entretien avec la responsable du pôle « Programmation et organisation des ESMS » de l'ARS Bretagne

3.2 Des moyens humains et matériels qui peuvent être renforcés, redéployés et optimisés

Le foyer de vie peut renforcer ses moyens humains et en redéployer certains, et les moyens matériels peuvent être optimisés afin d'apporter une meilleure réponse pour la prise en charge des résidents.

3.2.1 Les moyens humains peuvent être renforcés et redéployés

Le directeur est responsable de la gestion des moyens humains de l'établissement, et doit ajuster ceux-ci en fonction des besoins des résidents afin de permettre la meilleure qualité de prise en charge. Au travers de la GPMC, le directeur doit anticiper les recrutements à venir et s'assurer que les futurs professionnels auront les compétences requises pour mener à bien les missions de l'établissement, mais il doit également redéployer les professionnels en activité s'il estime nécessaire une modification de l'organisation de travail.

Plusieurs préconisations peuvent être proposées pour renforcer les moyens humains du foyer de vie, dont certaines ont déjà été retenues et mises en pratique.

L'analyse de l'organisation et de la prise en charge montre que les professionnels ne sont pas assez nombreux pour permettre aux résidents du foyer de vie de bénéficier d'un accompagnement optimal, du fait notamment de l'augmentation de la charge de travail due à l'évolution du public accueilli vers le handicap psychique.

Il serait particulièrement intéressant que l'établissement expérimente la méthode utilisée par le foyer de vie « La Résidence de l'Abbaye », à savoir les pictogrammes indiquant le degré d'autonomie des résidents pour chaque acte de la vie quotidienne. Cela permettrait de définir avec précision les capacités de chaque personne, et pourrait faire changer le regard des professionnels sur leur charge de travail. En effet, ces derniers peuvent avoir un manque de recul du fait de l'importance de leur implication dans les tâches quotidiennes et des habitudes prises, et ainsi aider les résidents ou accomplir à leur place des actes que ceux-ci sont en capacité de réaliser.

Cet outil pourrait donc permettre aux professionnels de gagner du temps qui pourrait être consacré à d'autres tâches et activités en favorisant dans le même temps l'autonomie des personnes accueillies, et de constater que la charge de travail n'est pas forcément aussi forte que ce qu'ils ressentent.

Ce travail donnerait également une évaluation précise des moyens humains nécessaires, permettrait de planifier d'éventuels recrutements si les contraintes budgétaires de l'établissement l'autorisent, et d'argumenter ceux-ci auprès du Conseil Général en se basant sur des données fiables, en appui des projets et actions futurs qui seront menés

par le foyer de vie. La possibilité de cette expérimentation sera à étudier lors de la réflexion qui sera menée par le groupe de travail sur l'organisation actuelle de l'établissement.

Les moyens humains doivent cependant être renforcés pour amener des compétences spécifiques qui font actuellement défaut. Ainsi, lors des dernières négociations budgétaires, le Conseil Général a acté la création de deux postes supplémentaires pour le foyer de vie de Le Tronchet. Ces deux postes vont permettre à l'établissement d'étoffer les compétences de l'équipe avec un éducateur spécialisé, dont le recrutement est en cours et qui devrait prendre ses fonctions au dernier trimestre de cette année, et un animateur socio-culturel. Les profils de ces deux professionnels devront de préférence comporter une expérience dans le secteur du handicap, et plus particulièrement du handicap psychique.

Le recrutement d'un éducateur spécialisé va permettre l'apport de nouvelles connaissances et compétences et ainsi étoffer la pluridisciplinarité de l'équipe du foyer de vie. Il va prendre une place importante dans l'organisation de travail, en étant chargé de la mise en place et du suivi des projets de vie des résidents, et en assurant de ce fait la coordination des professionnels autour de ce sujet. L'éducateur spécialisé aura également un rôle à jouer dans le développement des actions de coopération et de travail en réseau avec les autres acteurs du territoire.

L'animateur socio-culturel, quant à lui, aura pour objectif la mise en place d'une animation sociale régulière au sein du foyer de vie, en proposant des solutions adaptées aux besoins et attentes des deux publics de l'établissement.

Mais au-delà de ces deux recrutements, l'établissement va avoir besoin dans les années à venir de plus de compétences relatives au handicap psychique dans l'accompagnement et les soins des résidents. Il faut donc inclure cet aspect dans la GPMC et anticiper le fait que les futurs professionnels, dont les infirmières, devront avoir des connaissances et une expérience significatives en psychiatrie.

La réorganisation des moyens humains de l'établissement comprend également le temps d'intervention du psychiatre du CH de Saint-Malo. J'ai évoqué cette préconisation dans la sous-partie consacrée aux pratiques professionnelles, aussi ne vais-je pas y revenir plus avant.

En ce qui concerne les activités, plusieurs actions sont à organiser afin de permettre une diversification de celles-ci la plus large possible pour répondre aux besoins de l'ensemble des personnes handicapées accueillies.

Tout d'abord, l'externalisation de la lingerie et la fermeture de l'atelier qui y était adossé ont pour conséquence de devoir recentrer l'activité de la monitrice d'atelier qui en était responsable. Cette démarche a été initiée par le directeur, et depuis le mois d'avril cette professionnelle a mis en place une activité de cuisine thérapeutique, un atelier création et prévoit d'ici la fin d'année de faire travailler les résidents sur la réalisation d'un journal interne du foyer de vie.

La mutualisation de certains des moyens humains avec l'EHPAD est aussi une possibilité de proposer d'autres activités aux résidents du foyer de vie en les faisant bénéficier de l'intervention de l'ergothérapeute et de l'animateur sportif. Cette mutualisation est effective depuis le mois d'avril, période à laquelle l'animateur sportif a pris ses fonctions, et permet aux résidents de bénéficier d'activités nouvelles, dont certaines ayant une visée thérapeutique.

Le recrutement d'un éducateur spécialisé doit quant à lui permettre de travailler sur la mise en place d'activités éducatives et thérapeutiques, en collaboration notamment avec la psychologue et l'ergothérapeute. Une partie de ces activités devront être orientées à destination des personnes handicapées psychiques et répondre ainsi à certains besoins spécifiques.

Ce renforcement des moyens humains va permettre une meilleure prise en charge des résidents handicapés psychiques, en favorisant des activités en petits groupes ou bien individuelles, correspondant mieux à leurs besoins. Il doit aussi permettre de favoriser la réflexion et la mise en place de projets d'activités par les professionnels chargés de l'accompagnement (AS, AMP, ASHQ). Ces derniers, en effet, ne pouvaient que très peu participer aux activités. Avec la mutualisation de certains des moyens humains de l'EHPAD et l'arrivée de nouveaux professionnels, ils pourront proposer des activités et y participer car le nombre d'encadrants sera suffisant pour permettre leur réalisation sans compromettre le fonctionnement du service. Une expérience est menée dans ce sens avec la mise en place par une infirmière et une AMP d'une activité piscine chaque mercredi après-midi. De plus, cette augmentation du nombre de professionnels devra permettre la mise en place d'activités le week-end, en adaptant le planning de l'équipe en fonction des besoins.

Ces différentes solutions semblent pour le moment porter leurs fruits, les personnes handicapées mentales et handicapées psychiques rencontrées en entretien m'ayant fait part de leur satisfaction quant aux nouvelles activités proposées. Cela incite donc à continuer dans cette voie.

L'animation sociale doit aussi être améliorée. Pour ce faire, l'un des deux postes autorisés en création par le Conseil Général doit permettre le recrutement d'un animateur socio-culturel. Celui-ci devra développer des animations spécifiques au foyer de vie afin de

permettre aux résidents de participer à des animations correspondant à leurs attentes, notamment les personnes handicapées psychiques. Il devra aussi travailler en collaboration avec l'animatrice de l'EHPAD pour permettre la mise en place de certaines animations communes.

Par ailleurs, une volontaire Service Civique vient d'être recruté et a pris ses fonctions à la mi-juin. Elle a pour mission de soutenir les professionnels en participant à l'encadrement des activités et animations, sur l'EHPAD comme sur le foyer de vie.

Enfin, les moyens humains de l'établissement peuvent aussi être améliorés par la coopération avec d'autres structures. Cette coopération peut prendre plusieurs formes comme la mutualisation de compétences spécifiques, ou encore l'organisation d'activités et d'animations communes.

Cette démarche a déjà été initiée avec le foyer de vie « La Résidence de l'Abbaye » dans le cadre d'activités et d'animations, et demande à être renouvelée. Il appartient à l'établissement de se faire connaître des autres foyers de vie et de travailler sur des possibilités de coopération. Le directeur a dans cette action un rôle prépondérant en impulsant la démarche, qui peut ensuite être prise en charge par les professionnels (éducateur spécialisé et/ou animateur).

Si les moyens humains du foyer de vie peuvent et doivent être renforcés, les moyens matériels peuvent quant à eux être optimisés.

3.2.2 Les moyens matériels peuvent être optimisés

La salle à manger du foyer de vie est une grande salle qui accueille l'ensemble des résidents pour les repas. Afin de diminuer les risques de tension liés à la cohabitation des deux publics, surtout lorsqu'une personne handicapée psychique manifeste des troubles, il peut être envisagé de créer plusieurs espaces comprenant quelques tables, à l'aide de petits panneaux de séparation mobiles. Cela permettrait aux résidents de prendre leurs repas dans une atmosphère plus calme, sans pour autant être isolés les uns des autres. Les panneaux de séparation pourraient de plus être décorés par les travaux des résidents issus de l'atelier création, ce qui ajouterait une touche personnalisée à la salle.

L'activité de l'atelier bois étant arrêté depuis trois ans, la salle qui l'abritait peut être rafraîchie et utilisée comme salle d'activités car elle permet d'accueillir un groupe assez important de résidents. Cette solution va normalement être mise en application d'ici la fin d'année.

Certains moyens matériels peuvent être mutualisés avec l'EHPAD en fonction des besoins, comme la salle polyvalente et le salon commun, afin de permettre l'organisation d'activités ou d'animations avec un groupe important de résidents.

Enfin, se pose la question du maintien de l'établissement en milieu ouvert. La population du foyer de vie étant maintenant majoritairement composée de personnes handicapées psychiques, les risques de fugue sont accrus.

Ce problème nécessite une attention approfondie avant d'envisager tout changement. En effet, le passage en milieu fermé, s'il permettrait d'apporter une certaine sécurité quant aux risques de fugue, aurait des répercussions sur les droits des résidents, notamment sur leur liberté d'aller et venir.

Le directeur étant le garant du respect des droits et des libertés des personnes accueillies au sein de l'établissement, Il doit donc y avoir un questionnement juridique et éthique sur ce sujet, avec la mise en place d'un groupe de réflexion. Ce préalable est indispensable afin de bien prendre en compte et étudier tous les paramètres de la situation : nécessité ou non de passer en milieu fermé, et si oui faisabilité de ce projet notamment au niveau des aspects techniques et financiers.

Un certain nombre d'actions sont donc envisageables, et mises en places pour certaines d'entre elles, afin d'adapter les moyens humains et matériels de l'établissement à l'évolution du public accueilli. Mais il faut également agir sur la politique d'accueil du foyer de vie et son positionnement au sein du territoire.

3.3 Une politique d'accueil qui doit être définie afin de positionner clairement l'établissement au sein de l'offre d'hébergement du territoire

Le directeur est responsable des orientations stratégiques et de la politique générale de l'établissement. La politique d'accueil et le positionnement du foyer de vie en sont des éléments importants qui doivent être clairement définis.

3.3.1 Une politique d'accueil à définir et à structurer

La politique d'accueil du foyer de vie doit être formalisée, structurée et mise en application afin que les différents interlocuteurs de l'établissement puissent en connaître les principes. Le projet d'établissement, qui doit être formalisé d'ici la fin de l'année, doit clairement faire apparaître cette politique et sa définition.

Tout d'abord, il est nécessaire de déterminer quelles populations et quels types de handicap sont en mesure d'être accueillis par l'établissement. Le public actuel étant composé de personnes handicapées mentales et de personnes handicapées psychiques, ces deux catégories de handicap doivent être mentionnées comme celles prises en charge par le foyer de vie.

Cependant, l'évolution de la population accueillie semble devoir continuer vers le handicap psychique. L'étude de la liste d'attente de l'établissement confirme cette tendance. En effet, sur les six dossiers déposés, cinq concernent des personnes handicapées psychiques et le sixième une personne handicapée mentale. Cette tendance doit bien évidemment être prise en compte dans la définition de la politique d'accueil du foyer de vie, notamment pour les moyens nécessaires à la prise en charge de cette population.

Il faut également mettre en place les moyens nécessaires à l'application de cette politique d'accueil. Ainsi, une commission d'admission devra être créée. Cette commission a pour rôle d'étudier les dossiers de demandes d'admission au sein de l'établissement et de donner un avis au directeur, qui décide en dernier ressort et prononce les admissions. Elle se réunit lorsqu'une place va se libérer au sein de la structure. La commission d'admission pourra être composée du cadre de santé, du médecin coordonnateur, de la psychologue et d'un ou deux professionnels de l'équipe du foyer de vie. Le directeur peut, le cas échéant, faire également partie de la commission.

Enfin, les critères d'admission doivent aussi être définis, et connus des professionnels du foyer de vie, ce qui n'est pas le cas actuellement, comme l'a souligné l'évaluation interne réalisée en début d'année.

Les personnes handicapées qui souhaitent intégrer l'établissement doivent disposer d'une orientation en foyer de vie délivrée par la MDPH. Les autres critères sont à définir de manière précise mais doivent permettre d'une part de répondre aux besoins de la population du territoire en tenant compte du secteur géographique de la personne par exemple, et d'autre part de savoir si le foyer de vie, dans le cadre de ses missions, sera à même de répondre aux besoins de la personne et à son projet de vie.

Il est donc important que le foyer de vie définisse sa politique d'accueil, car elle va notamment lui permettre de se positionner au sein du territoire.

3.3.2 Le foyer de vie doit se positionner au sein du territoire

A l'heure actuelle, le positionnement du foyer de vie de Le Tronchet n'est pas défini de manière lisible sur le territoire. Cette situation est due au fait que durant de nombreuses années, l'établissement n'a pas communiqué sur ses orientations, sa stratégie et ses projets.

Or, il est nécessaire que le foyer de vie soit clairement positionné et identifié afin de s'intégrer dans l'offre d'hébergement proposée sur le territoire et de pouvoir être un acteur reconnu par les autorités de tarification et par les autres établissements.

A ce titre, le rôle du directeur est primordial puisqu'il définit la politique de communication de l'établissement auprès des interlocuteurs et partenaires, mais également de la population du territoire. Il est donc important de faire de la communication un vecteur de valorisation de l'image du foyer de vie afin de le faire connaître et de pérenniser son activité.

Cette démarche est amorcée avec le Conseil Général, puisque les projets et orientations de l'établissement ont été évoqués à plusieurs reprises lors des négociations budgétaires et à l'occasion d'autres rencontres. Une visite du foyer de vie a également eu lieu avec les inspectrices du Conseil Général pour permettre la découverte de l'établissement et de son organisation.

En ce qui concerne la communication à destination de la population du territoire, l'établissement doit faire en sorte d'avoir des contacts réguliers avec la presse afin de pouvoir faire connaître son rôle et ses missions au travers des animations, activités et évènements qu'il organise pour les résidents.

Le positionnement du foyer de vie doit également être l'objet d'une réflexion au regard de l'évolution de la population accueillie, de l'offre existante et des attentes du Conseil Général.

Les résidents handicapés psychiques sont majoritaires au sein de l'établissement, et les perspectives futures semblent indiquer que cette tendance va s'accroître. La liste d'attente du foyer de vie est à cet égard parlante, puisque cinq des six dossiers concernent des personnes handicapées psychiques.

L'offre d'hébergement en foyer de vie du département n'étant pas encore suffisante pour répondre à l'ensemble des besoins notamment du fait de l'absence de structures spécifiques à l'accueil du handicap psychique, et celui-ci constituant un axe de travail important pour le Conseil Général, il peut être intéressant de positionner l'établissement dans les années à venir sur l'accueil des personnes handicapées psychiques.

Cela permettrait d'ancrer le foyer de vie comme un acteur actif de la politique de prise en charge du handicap psychique. Ce positionnement devra être conditionné à des moyens suffisants pour permettre cet accueil et donc faire l'objet de discussions avec le Conseil Général.

Le foyer de vie de Le Tronchet doit également se positionner au sein du territoire en intégrant un réseau. Ainsi, une participation aux travaux menés par le Centre Local d'Informations et de Coordination (CLIC) de la Côte d'Emeraude permettrait à l'établissement de se faire connaître et de prendre sa place dans le maillage du territoire. Certains professionnels ont un rôle à jouer pour amorcer cette dynamique. C'est le cas notamment de l'éducateur spécialisé, dont l'une des missions principales sera de mettre en place et de développer des actions permettant l'intégration de l'établissement dans divers réseaux du territoire.

Enfin, le foyer de vie doit envisager et développer dans la mesure du possible des actions de coordination et de coopération avec d'autres structures, comme je l'ai mentionné plus haut, notamment pour la mutualisation de moyens. Là encore, le directeur doit communiquer auprès des autres établissements et développer des actions de partenariat et de coopération afin d'ancrer le foyer de vie dans le territoire et lui permettre de réaliser ses missions de manière optimale.

Conclusion

La population accueillie au sein des foyers de vie pour adultes handicapés n'a cessé d'évoluer ces dernières années. Elle est aujourd'hui très majoritairement composée de personnes handicapées mentales et de personnes handicapées psychiques, ces dernières étant de plus en plus nombreuses à être accueillies depuis la loi du 11 février 2005 et la reconnaissance du handicap psychique.

Face à cette situation, qui va s'accroître dans les années à venir car les besoins d'hébergement en foyer de vie des personnes en situation de handicap psychique augmentent, le foyer de vie de Le Tronchet s'interroge quant aux incidences de cette évolution sur son fonctionnement.

Le travail effectué pour ce mémoire a montré que l'évolution du public avait des conséquences importantes sur l'organisation du foyer de vie et sur la prise en charge des résidents, et que ces dernières devaient être repensées afin de répondre au mieux aux besoins des personnes accueillies, notamment les personnes handicapées psychiques.

La volonté affichée de la direction et des professionnels de l'établissement de mettre en œuvre ce changement, puisque certaines des préconisations émises dans ce mémoire sont en cours de réalisation, est un élément important pour sa réussite et pour l'avenir du foyer de vie. En effet, c'est en définissant une politique d'accueil cohérente et claire et en faisant évoluer son organisation que l'établissement pourra améliorer la prise en charge des résidents et par là-même pérenniser son activité.

Le rôle du directeur est à ce titre primordial car il va impulser la dynamique de cette réorganisation dans toutes ses dimensions, aussi bien au travers des choix stratégiques de positionnement de l'établissement sur son territoire que dans la mise en place et la réalisation d'actions permettant d'adapter les moyens du foyer de vie à ses missions.

La réalisation de ce mémoire a été pour moi l'occasion d'aborder de manière plus approfondie le handicap mental et le handicap psychique, au travers de nombreux échanges avec les résidents, les familles et les professionnels. Ce travail m'a également permis de confronter à la problématique de l'organisation du travail d'un établissement et de la prise en charge des personnes accueillies. Cette expérience s'est avérée extrêmement enrichissante, et me sera sans nul doute particulièrement utile pour exercer mon futur métier de directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social.

Bibliographie

Textes légaux et règlementaires

Loi n° 57-1223 du 23 novembre 1957 sur le reclassement des travailleurs handicapés. Journal officiel du 24 novembre 1957, page 10858.

Loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées. Journal officiel du 1^{er} juillet 1975, page 6596.

Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales. Journal officiel du 1^{er} juillet 1975, page 6604.

Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Journal officiel du 3 janvier 2002, page 124.

Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale. Journal officiel du 18 janvier 2002, page 1008.

Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Journal officiel, n° 36 du 12 février 2005, page 2353.

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Journal officiel, n° 0167 du 22 juillet 2009, page 12184.

Ouvrages

DE GROEF J., 2009, « Le double diagnostic : une affaire louche ? » in ZRIBI G., BEULNE T. / éd., *Les handicaps psychiques concepts, approches, pratiques*, Rennes : Presses de l'EHESP, pp. 25-40

GOFFMAN E., 1963, *Stigmate*, Paris : Les Editions de Minuit, 175 p.

LIBERMAN R., 2011, *Handicap et maladie mentale*, 8^e édition, Paris : Presses Universitaires de France, 128 p.

RABISCHONG P., 2013, *Le handicap*, 2^e édition, Paris : Presses Universitaires de France, 128 p.

VAGINAY D., 2012, *Découvrir les déficiences intellectuelles*, 2^e édition, Toulouse : Editions Erès, 190 p.

ZRIBI G., POUPEE-FONTAINE D., 2011, *Dictionnaire du handicap*, 7^{ème} édition, Rennes : Presses de l'EHESP, 349 p.

Articles et périodiques

CELESTE B., 2005, « Notes d'histoire sur un concept et des pratiques : la déficience intellectuelle », *Contraste*, 2005/1 n° 22-23, pp. 81-97

COLDEFY M., 2011, « L'évolution de la psychiatrie en France : novatrice, mais contrastée et inachevée », *La santé de l'homme*, n° 413 Mai-Juin 2011, pp. 16-17

GABBAI P., 2012, « Problématiques comportementales et psychopathologie dans les établissements sociaux et médico-sociaux », *Les Cahiers de l'Actif*, n°434-437 Juillet-October 2012, pp. 9-26

UNAPEI, 2010, « Dossier handicap psychique », *Vivre ensemble*, n° 99 Avril 2010, pp. 6-11

Rapports et documents

AGENCE REGIONALE DE SANTE BRETAGNE, *Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie 2012-2016*, 47 p.

AGENCE REGIONALE DE SANTE BRETAGNE, 2012, *Programme régional de santé de Bretagne 2012-2016*, 808 p.

AMARA F., JOURDAIN-MENNINGER D., LECOQ G., MESCLON-RAVAUD M., 2011, rapport « *La prise en charge du handicap psychique* », Inspection Générale des Affaires Sociales, 150 p.

CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITE POUR L'AUTONOMIE, 2008, *Programme pluriannuel de création de places en établissements et services pour un accompagnement adapté du handicap tout au long de la vie 2008-2012*, 33 p.

CHARZAT M., 2002, rapport « *Pour mieux identifier les difficultés des personnes en situation de handicap du fait de troubles psychiques et les moyens d'améliorer leur vie et celles de leurs proches* », 65 p.

CONSEIL GENERAL D'ILLE-ET-VILAINE, 2006, *Schéma départemental en faveur des personnes handicapées*, Les Cahiers Techniques de l'Action Sociale n° 34 Septembre 2006, 51 p.

CONSEIL GENERAL D'ILLE-ET-VILAINE, 2012, *Direction Personnes âgées – personnes handicapées bilan d'activité 2011*, Les Cahiers Techniques de la Vie Sociale n°213 Octobre 2012, 164 p.

DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ETUDES, DE L'EVALUATION ET DES STATISTIQUES, 2013, L'accueil des adultes handicapés dans les établissements et services médico-sociaux en 2010, *Etudes et Résultats* n° 833 Février 2013, 6 p.

DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ETUDES, DE L'EVALUATION ET DES STATISTIQUES, 2013, Les établissements et services pour personnes handicapées résultats de l'enquête ES 2010, *Document de travail série statistiques* n° 180 Mai 2013, 316 p.

MINISTERE DE LA SANTE, 2005, *Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2005-2008*, 91 p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, 2012, *Rapport mondial sur le handicap 2011*, 301 p.

UNAFAM, CNSA, UNCCAS, UNA, 2008, *L'accueil et l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique*, 30 p.

VACHEY L., JEANNET A., VARNIER F., AUBURTIN A., FOULQUIER GAZAGNE C.M., 2012, rapport « *Les établissements et services pour personnes handicapées : offre et besoins, modalités de financement* », Inspection Générale des Affaires Sociales et Inspection Générale des Finances, 78 p.

Sites internet

Le handicap psychique. [Consulté le 23.05.2013], disponible sur internet :

<http://www.unafam.org/Le-handicap-psychique>

Liste des annexes

- Annexe 1 : Liste des personnes rencontrées en entretien
- Annexe 2 : Guide d'entretien avec les professionnels du foyer de vie
- Annexe 3 : Grille d'analyse thématique des entretiens avec les professionnels du foyer de vie

ANNEXE 1

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES EN ENTRETIEN

Personnes rencontrées au sein de l'établissement

- Médecin coordonnateur (EHPAD et foyer de vie)
- Ergothérapeute (EHPAD et foyer de vie)
- Animatrice (EHPAD et foyer de vie)
- Deux infirmières
- Deux monitrices d'atelier
- Deux AS
- Trois AMP
- Deux ASHQ
- Deux résidents présentant un handicap psychique
- Deux résidents présentant un handicap mental

Autres personnes rencontrées

- ARS Bretagne : Responsable du pôle « Programmation et organisation des ESMS »
- Conseil Général d'Ille-et-Vilaine : Inspectrice de la Direction Personnes Agées/Personnes Handicapées
- MDPH d'Ille-et-Vilaine : Responsable du service évaluation
- Le Directeur de l'EHPAD et du Foyer de vie « La Résidence de l'Abbaye » à Dol-de-Bretagne

ANNEXE 2

GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LES PROFESSIONNELS DU FOYER DE VIE

Nom : Prénom : Fonction :

Date de l'entretien :

Quelle est votre ancienneté dans l'établissement ?

Quel est votre rôle au sein du foyer de vie ?

L'évolution de la population accueillie du handicap mental vers le handicap psychique

Quel est votre avis sur la mixité entre personnes en situation de handicap mental et personnes en situation de handicap psychique ?

Quelles sont, selon vous, les principales différences de prise en charge entre les personnes en situation de handicap mental et les personnes en situation de handicap psychique ?

Selon vous, quelles difficultés sont générées au quotidien par l'évolution de la population accueillie vers le handicap psychique ?

Pensez-vous avoir la formation nécessaire pour l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique ?

L'établissement vous paraît-il adapté à l'évolution des caractéristiques de la population accueillie ?

L'évolution du foyer de vie

Si la population accueillie continue à évoluer vers le handicap psychique, quelles seront selon vous les modifications nécessaires dans l'organisation du foyer de vie ?

ANNEXE 3

GRILLE D'ANALYSE THEMATIQUE DES ENTRETIENS

Chaque thème abordé lors des entretiens semi-directifs réalisés auprès des professionnels du foyer de vie fait l'objet d'une grille d'analyse.

Cette grille rassemble tous les éléments relatifs au thème pour chaque entretien mené, afin de permettre une étude aussi exhaustive que possible.

	Thème n° 1 : Mixité des populations accueillies
Entretien n° 1	
Entretien n° 2	
Entretien n° 3	
Entretien n° 4	
Entretien n° 5	
Entretien n° 6	
Entretien n° 7	
Entretien n° 8	
Entretien n° 9	
Entretien n° 10	
Entretien n° 11	
Entretien n° 12	
Entretien n° 13	
Entretien n° 14	

COMPARIN

Christophe

Décembre 2013

DESSMS

Promotion 2012-2013

DU HANDICAP MENTAL AU HANDICAP PSYCHIQUE : LES INCIDENCES DE L'EVOLUTION DU PUBLIC D'UN FOYER DE VIE SUR L'ORGANISATION ET LA PRISE EN CHARGE L'EXEMPLE DU FOYER DE VIE DE LE TRONCHET

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : Université PARIS VII - Diderot

Résumé :

Le public accueilli au sein du foyer de vie de Le Tronchet a connu une évolution notable. La population, auparavant constituée de personnes présentant un handicap mental, est maintenant majoritairement composée de personnes présentant un handicap psychique.

Un questionnement se fait jour quant aux incidences de cette évolution de population sur l'organisation de l'établissement et la prise en charge des résidents. Le travail mené auprès des professionnels et des résidents par le biais d'entretiens et d'observations au sein du service montre que cette organisation et la prise en charge qui en découle ne sont pas totalement adaptées aux besoins des résidents, notamment des personnes handicapées psychiques.

Face à ce constat, des préconisations sont présentées pour adapter l'organisation et la prise en charge à l'évolution du public accueilli, mais aussi pour définir la politique d'accueil et le positionnement du foyer de vie au sein du territoire.

Mots clés :

Handicap mental, handicap psychique, foyer de vie, organisation, prise en charge, évolution, public, population, entretiens, observation

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.