



**REPENSER L'ACCOMPAGNEMENT DANS UN F.A.M. POUR  
L'ADAPTER AU VIEILLISSEMENT DE LA PERSONNE  
HANDICAPÉE MENTALE**

*Pour des réponses complémentaires et diversifiées à des projets de vie  
singuliers*

**Béatrice RICHARD**

**2009**

*cafedes*



---

# Remerciements

---

Je tiens à remercier tous ceux qui m'ont accompagnée et soutenue dans cette démarche de formation et notamment, Mr Hubert PIERRON, directeur de mémoire et Messieurs Stéphane ARNOLD et Olivier BERNARD, formateurs, pour leurs conseils et leur disponibilité.

Une pensée particulière pour :

- mes collègues de promotion,
- Messieurs MAZUER et SAVIGNET, cadres pédagogiques, responsables de la formation CAFDES respectivement à l'IRTS de Franche-Comté et l'IRTESS de Bourgogne.

A Xavier, mon mari, Valentine et Jules, mes enfants.

---

# Sommaire

---

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>1 ÉTAT DES LIEUX DE LA PRISE EN CHARGE DE LA PERSONNE HANDICAPÉE MENTALE .....</b>	<b>7</b>
<b>1.1 Le contexte historique du secteur du handicap.....</b>	<b>7</b>
1.1.1 L'émergence du mouvement des associations de parents pour enfants et adultes handicapés mentaux en France.....	7
1.1.2 Un contexte favorable .....	8
1.1.3 Des valeurs partagées.....	8
<b>1.2 L'évolution du cadre législatif et réglementaire dans le champ         d'intervention du handicap en France : un environnement actif .....</b>	<b>9</b>
1.2.1 Les textes fondateurs .....	9
1.2.2 Aujourd'hui, deux lois phares.....	10
1.2.3 Le Schéma Départemental d'Organisation Sociale et Médico-sociale de Côte d'Or 2009-2014 .....	14
<b>1.3 L'A.D.A.P.E.I. de Côte d'Or et l'A.G.E.S-A.D.A.P.E.I. ....</b>	<b>15</b>
1.3.1 De l'association Dijonnaise à ... l'Association Départementale.....	15
1.3.2 D'hier à aujourd'hui : les orientations de l'A.D.A.P.E.I. de Côte d'Or.....	16
1.3.3 L'essor de l'A.G.E.S-A.D.A.P.E.I. ....	17
<b>1.4 Le Foyer de Vie et de Progrès « Odette VERSEY ».....</b>	<b>17</b>
1.4.1 Spécificités et missions : prestations hôtelières, prestations de soins et d'accompagnement thérapeutique, prestations d'animation .....	18
1.4.2 Les usagers accueillis et les pathologies rencontrées : quelques définitions et données épidémiologiques médicales.....	19
1.4.3 Le personnel éducatif et soignant.....	23
1.4.4 L'implantation géographique et l'organisation des locaux .....	24
Conclusion de la première partie.....	26
<b>2 UN CONTEXTE ENVIRONNEMENTAL QUI LÉGITIME UNE ORIENTATION STRATÉGIQUE .....</b>	<b>27</b>
<b>2.1 Une longévité accrue pour les personnes handicapées vieillissantes :         état des lieux en France et en Europe.....</b>	<b>27</b>
2.1.1 La personne handicapée vieillissante: proposition de définition.....	29

2.1.2	Les besoins et les attentes de la personne handicapée mentale vieillissante et de sa famille et/ou tuteur .....	29
2.1.3	Les besoins et les attentes des salariés accompagnant ces usagers au quotidien.....	31
2.1.4	Des besoins émergents : étude de besoins et prospectives à 5 ans .....	35
<b>2.2</b>	<b>L'équipe de direction et le management .....</b>	<b>39</b>
2.2.1	L'équipe de direction.....	39
2.2.2	Le dispositif de réunion .....	39
2.2.3	Le management et le rapport au temps.....	40
<b>2.3</b>	<b>Le dispositif de soin psychique et somatique .....</b>	<b>42</b>
2.3.1	La surveillance psychiatrique .....	42
2.3.2	Le suivi psychologique .....	43
2.3.3	Le soin somatique.....	43
<b>2.4</b>	<b>Forces et faiblesses mises en exergue par l'audit .....</b>	<b>44</b>
2.4.1	Présentation de la démarche .....	44
2.4.2	Tableau récapitulatif d'appréciation.....	47
2.4.3	Points forts.....	49
2.4.4	Points faibles .....	50
	Conclusion de la seconde partie .....	52
<b>3</b>	<b>ADAPTER LE PROJET D'ÉTABLISSEMENT ET L'ORGANISATION EN RÉPONSE A L'ÉVOLUTION DES BESOINS DES USAGERS.....</b>	<b>53</b>
<b>3.1</b>	<b>Repenser l'accompagnement .....</b>	<b>53</b>
3.1.1	L'accueil et l'accompagnement des usagers.....	53
3.1.2	Évaluer les besoins d'accompagnement chez les personnes handicapées mentales vieillissantes .....	56
3.1.3	Le concept Snoezelen : une philosophie de prise en charge.....	56
<b>3.2</b>	<b>Les usagers au centre des dispositifs .....</b>	<b>57</b>
3.2.1	Représentativité et recueil de la parole de l'utilisateur .....	57
3.2.2	Le « Projet de vie » de l'utilisateur.....	58
3.2.3	L'AAPEP : un outil d'aide à l'élaboration du « Projet de vie » de l'utilisateur.....	58
3.2.4	Promouvoir la bientraitance pour accompagner les usagers vulnérables .....	59
<b>3.3</b>	<b>Manager les compétences pour accompagner le changement .....</b>	<b>60</b>
3.3.1	L'organisation à l'épreuve du changement.....	61
3.3.2	L'entretien annuel d'évaluation : un levier au changement.....	62
3.3.3	Le PAUF : une orientation stratégique dans le cadre de l'amélioration des pratiques professionnelles .....	64

3.3.4 Participer à la formation des futurs professionnels: une dynamique institutionnelle essentielle.....	65
<b>3.4 Appréhender la dimension architecturale et financière du projet .....</b>	<b>66</b>
3.4.1 Avant Projet Sommaire.....	66
3.4.2 Montage financier et quelques éléments du BP.....	66
3.4.3 Évaluer les réponses apportées aux personnes handicapées mentales vieillissantes.....	68
Conclusion de la troisième partie .....	68
<b>CONCLUSION GÉNÉRALE .....</b>	<b>71</b>
<b>Bibliographie .....</b>	<b>75</b>
<b>Liste des annexes .....</b>	<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

<b>AAH</b>	Allocation Adulte Handicapé
<b>AAPEP</b>	Profil Psycho Educatif Pour Adolescents et Adultes (terme anglais)
<b>ACTP</b>	Allocation Compensatrice pour Tierce Personne
<b>ADAPEI</b>	Association Départementale de Parents d'Enfants Inadaptés
<b>AGGIR</b>	Autonomie Gérontologique Groupes Iso Ressources
<b>AMP</b>	Aide Médico-Psychologique
<b>AP</b>	Atelier Protégé, <i>appellation courante et ancienne de l'actuelle dénomination</i> : <b>EA</b> = Entreprise Adaptée
<b>APA</b>	Allocation Personnalisée d'Autonomie
<b>AS</b>	Aide Soignant
<b>BP</b>	Budget Prévisionnel
<b>CA</b>	Conseil d'Administration
<b>CAF</b>	Caisse d'Allocations Familiales
<b>CAFERUIS</b>	Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Encadrement et de Responsable d'Unité d'Intervention Sociale
<b>CASF</b>	Code de l'Action Sociale et des Familles
<b>CAT</b>	Centre d'Aide par le Travail, <i>appellation courante et ancienne de l'actuelle dénomination</i> : <b>ESAT</b> = Etablissement ou Service d'Aide par le Travail
<b>CDAPH</b>	Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées, <i>remplace dorénavant la</i> <b>COTOREP</b> = COmmission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel et <i>la</i> <b>CDES</b> = Commission Départementale de l'Éducation Spéciale
<b>CEDIS</b>	Comité Européen pour le Développement de l'Intégration Sociale
<b>CHRU</b>	Centre Hospitalier Régional Universitaire
<b>CHS</b>	Centre Hospitalier Spécialisé
<b>CHSCT</b>	Commission d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
<b>CIF</b>	Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé
<b>CIH</b>	Classification Internationale du Handicap
<b>CNCPH</b>	Conseil National Consultatif des Personnes Handicapées
<b>CNSA</b>	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
<b>COTOREP</b>	COmmission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel
<b>CPAM</b>	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
<b>CPOM</b>	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

<b>CRAM</b>	Caisse Régionale d'Assurance Maladie
<b>CREAI</b>	Centre Régional pour l'Enfance et Adolescence Inadaptées
<b>CROSMS</b>	Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale
<b>CVS</b>	Conseil de Vie Sociale
<b>DDASS</b>	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
<b>DGAS</b>	Direction Générale de l'Action Sociale
<b>DREES</b>	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
<b>EHPAD</b>	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées dépendantes
<b>ETP</b>	Equivalent Temps Plein
<b>FAM</b>	Foyer d'Accueil Médicalisé <i>anciennement dénommé</i> = Foyer à Double Tarification, FDT
<b>GIR</b>	Groupe Iso Ressources
<b>GCSMS</b>	Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale
<b>IME</b>	Institut Médico Éducatif
<b>IRP</b>	Instances Représentatives du Personnel
<b>MAP</b>	Modèle d'Accompagnement Personnalisé
<b>MAS</b>	Maison d'Accueil Spécialisée
<b>MDPH</b>	Maison Départementale des Personnes Handicapées
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>ONDAM</b>	Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie
<b>PAUF</b>	Plan Annuel Unique de Formation
<b>PHMV</b>	Personnes Handicapées Mentales Vieillissantes
<b>PRIAC</b>	PRogrammes Interdépartementaux d'ACcompagnement des Handicaps et de la Perte d'Autonomie
<b>SAMSAH</b>	Services d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
<b>SDOSMS</b>	Schéma Départemental de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale
<b>UDAPEI</b>	Union Départementale des Associations de Parents d'Enfants Inadaptés
<b>UNAPEI</b>	Union Nationale des Associations de Parents d'Enfants Inadaptés
<b>VAE</b>	Validation des Acquis et de l'Expérience

# INTRODUCTION

Les personnes handicapées ont bénéficié des progrès de la médecine et de l'amélioration des conditions de vie. Leur espérance de vie a augmenté significativement et tend aujourd'hui à se rapprocher de celle de la population générale. Ces personnes se trouvent donc confrontées, elles aussi, à un **vieillissement** durable qui se traduit par des difficultés à suivre le rythme impulsé par le travail ou la vie institutionnelle organisée initialement pour les plus jeunes.

Sociologiquement et selon la définition que donne Emile DURKHEIM<sup>1</sup> (1858-1917) des faits sociaux, « **le vieillissement** » peut être considéré comme un **fait social** : « ils consistent en des matières d'agir, de penser et de sentir, extérieures, et qui sont douées d'un pouvoir de coercition en vertu duquel ils s'imposent à nous ».

Le « vieillissement » présente, en effet, les trois critères nécessaires pour le désigner comme tel :

- **extériorité** : il est extérieur aux consciences individuelles et à ce titre n'est donc pas explicable à partir de la psychologie de l'individu,
- **contrainte** : il est coercitif dans le sens où il s'impose à l'individu,
- **généralité** : il permet d'établir des régularités dans les phénomènes et par conséquent d'en déduire des lois comme DURKHEIM a d'ailleurs pu le faire pour « Le suicide »<sup>2</sup>.

Cette question du **vieillissement**, qui concerne l'ensemble de la population, est un sujet qui mobilise particulièrement le secteur du handicap.

Les travaux menés depuis une dizaine d'années, et notamment par la Fondation de France et par les CREAL, ont contribué à faire évoluer les points de vue, et l'on voit aujourd'hui se dégager trois principes essentiels :

- la prise en compte du choix de la personne et de ses besoins, principe réaffirmé par les lois **n°2002-2 du 2 janvier 2002 et 2005-102 du 11 février 2005**,
- la diversification de l'offre dans chaque département en termes d'établissements et de services et leur adaptation aux nouveaux besoins des personnes,
- l'individualisation des réponses aux besoins des personnes.

---

<sup>1</sup> Les règles de la méthode sociologique, 1937, 9<sup>e</sup> édition, Quadrige, Paris, PUF, 1997 p 4-5.

<sup>2</sup> Le suicide, 1930, 9<sup>e</sup> édition, Quadrige, Paris, PUF, 1997, 451 pages.

Au sein du Foyer d'Accueil Médicalisé « Odette VERSEY », dénommé Foyer de Vie et de Progrès, construit à l'initiative de l'A.D.A.P.E.I. de Côte d'Or en 1994, le vieillissement des personnes handicapées mentales, est en passe de devenir une des préoccupations majeures.

Dans la délibération de son Conseil d'Administration en date du 24 juin 2008, l'association souhaite « que soit proposée aux instances de contrôles, Conseil Général et Etat, la préparation d'un dossier dans la perspective d'un passage en C.R.O.S.M.S. »<sup>3</sup>, (cf. Annexe I).

En 2000, l'établissement intègre, dans l'urgence à son organisation, un regroupement sur une même unité de sept usagers présentant un phénomène de vieillissement que nous pourrions qualifier de précoce puisqu'il ne touche pas seulement des usagers porteur de trisomie 21 et de tétrasomie 15 mais aussi des adultes âgés de moins cinquante ans.

Or, Philippe GABBAÏ<sup>4</sup>, neuropsychiatre et ancien directeur des services médicaux de la Fondation John BOST à La Force (Dordogne), pendant plus de trente ans, affirme que le vieillissement précoce des personnes handicapées mentales est exceptionnel.

En fait, il ne s'observe que dans les pathologies génétiques, essentiellement trisomie 21, et dans les syndromes d'arriération mentale profonde.

Ce regroupement avait pour objectif de permettre un rythme de vie plus individualisé et des accompagnements en activités de jour plus adaptés à ces personnes, sachant qu'elles nécessitent une attention toute particulière quant à l'alternance du cycle veille-sommeil, leur alimentation, leur hydratation et l'élimination (problèmes de constipation liés à la sédentarité et aux thérapeutiques).

Par ailleurs, le vieillissement entraîne un suivi médical en augmentation et des adaptations de traitement particulièrement surveillées.

Dans son courrier à Mr le D.D.A.S.S. de Côte d'Or, Mme la Présidente de l'A.D.A.P.E.I. indique : « A l'horizon 2017, sans autre solution et sans occulter les problèmes de mortalité, le nombre de ces personnes nous obligerait à mettre en œuvre un second lieu de vie, ce qui nous paraît impossible sans prendre le risque de ne pouvoir recevoir les personnes en liste d'attente si ce n'est avec des délais rédhibitoires ».

L'établissement accueille « des adultes lourdement handicapés dont la dépendance totale ou partielle, liée aux troubles du comportement et de la personnalité (psychoses et

---

<sup>3</sup> Courrier de Mme la Présidente de l'A.D.A.P.E.I. de Côte d'Or à Mr le D.D.A.S.S. en date du 16 juillet 2008.

<sup>4</sup> ZRIBI G et SARFATI J (dir.), Le vieillissement des personnes handicapées mentales, L'accompagnement dans la vieillesse : l'exemple de la Fondation John BOST, 2003, Rennes, Editions ENSP, p 61-69.

autismes) aggravés par des maladies somatiques, les rend inaptes à toute activité à caractère professionnel, leur fait obligation de recourir à une tierce personne pour la plupart des actes essentiels de l'existence et nécessite une surveillance médicale et des soins constants ».<sup>5</sup>

La mission première de l'établissement est donc bien de répondre à la dépendance des usagers, conséquence de leurs troubles du comportement et de la personnalité par une prise en charge adaptée, et n'est pas liée au vieillissement : d'autres savoir-faire devront être développés et d'autres compétences acquises.

Après plusieurs années de travail et de réflexion, l'association a été porteuse de différents projets qui se sont concrétisés par la construction et la mise en service, en septembre 2008, de nouveaux équipements sur le site du F.A.M. « Odette VERSEY » à Auxonne et par la création et l'ouverture, en décembre 2008, d'un nouvel établissement à Is sur Tille :

- d'une part, le « **Pavillon** », bâtiment indépendant et de plain pied, construit en extension du bâtiment principal, offre une prise en charge spécifique dédiée à 11 adultes autistes jusqu'alors présents au sein des différentes unités de l'établissement.

Ainsi, onze nouveaux usagers, dont un au titre de l'accueil temporaire<sup>6</sup>, ont donc pu intégrer les groupes des 6 unités de vie du bâtiment principal. Sur ces dix accueils effectifs, une personne a 56 ans et se déplace avec une canne,

- l'agrandissement des locaux destinés aux **activités en journée**, d'autre part permet aux usagers, depuis sa mise en service en septembre également, d'utiliser de nouvelles salles plus spacieuses et lumineuses pour des activités comme le travail du bois et le petit bricolage, les arts plastiques, la poterie, ...

Ce bâtiment, de plain pied, dont la superficie a doublé, développe des réponses complémentaires par le biais d'un panel de prestations plus vastes : salle de gymnastique douce, bassin de détente...

Au sein d'un espace moins confiné qui pouvait parfois être à l'origine de troubles du comportement chez certains usagers, chacun peut désormais jouir d'une certaine intimité en ayant la possibilité, si ce n'est réellement de s'isoler, de bénéficier d'un lieu plus contenant et plus calme selon ses besoins, à différents moments de la journée, comme la salle de repos, la salle de lecture ou la salle multimédia, ...

---

<sup>5</sup> Circulaire n°86.6 du 14 février 1986

<sup>6</sup> Décret n° 2004-231 du 17 mars 2004 relatif à la définition et à l'organisation de l'accueil temporaire des personnes handicapées et des personnes âgées dans certains établissements et services mentionnés au I de l'article L. 312-1 et à l'article L. 314-8 du Code de l'action sociale et des familles

Aujourd'hui, l'établissement se trouve confronté à la problématique suivante. Dans le cadre de l'amélioration continue de la qualité et de l'adaptation des prestations aux usagers, comment répondre aux besoins liés au vieillissement des personnes handicapées mentales accueillies au sein du Foyer d'accueil médicalisé « Odette VERSEY » ?

Il me semble que la principale cause de l'inadéquation de l'accompagnement réside dans le fait que les missions et les moyens de l'établissement ne correspondent plus aux besoins émergents des usagers vieillissants.

L'objectif sera donc d'adapter les modalités d'accompagnement aux besoins des personnes handicapées mentales vieillissantes et donc de repenser l'accompagnement dans un souci de respect des singularités, des besoins et des attentes de chacun.

La création d'une unité spécifique présentant une architecture adaptée, compatible avec l'utilisation d'un matériel spécialisé tel que fauteuil roulant, déambulateur, verticalisateur, lève-personne semble être une réponse inévitable qui permettrait aussi de ne pas saturer le dispositif actuel pour continuer à accueillir des adultes qui relèvent de notre mission originelle.

En tant que directrice adjointe, remplaçante permanente du directeur, à mon arrivée en septembre 2008, j'avais à conduire la mise en œuvre de cette restructuration. Notons que cet établissement n'avait pas connu depuis son ouverture en 1994 de modification significative. De nouveaux salariés ont intégré en plusieurs étapes l'établissement car, en plus des créations de poste liées à l'extension, cinq salariés ont demandé à bénéficier d'une mutation pour mettre leur compétence au service des usagers du F.A.M. d'Is sur Tille.

Pour ce faire, comme d'ailleurs dans le cadre du mémoire CAFDES, travail de recherche et de réflexion, il s'agissait pour moi de **faire mémoire** en mobilisant des connaissances pratiques (éducatrice en foyer de vie, chef de service en I.M.E. et M.A.S.) et théoriques (formation universitaire en Sciences Humaines et Sociales, Diplôme Supérieur en Travail Social) acquises ces quinze dernières années.

Ma candidature a été retenue au regard notamment de mon expérience auprès de personnes vulnérables. J'ai participé à la réflexion puis au suivi de la construction d'un établissement destiné à accueillir des personnes handicapées mentales vieillissantes. C'est donc en toute légitimité que l'A.G.E.S-A.D.A.P.E.I. m'a mandatée, dans le cadre de l'élaboration du S.D.O.S.M.S. de Côte d'Or 2009-2014, pour représenter l'établissement.

Le cheminement de cet écrit se décline en trois parties :

La première situe le cadre législatif et réglementaire d'intervention dans le champ du handicap en France et rappelle notamment les textes fondateurs.

Je présente le mouvement des associations de parents d'enfants inadaptés en France qui a joué un rôle considérable dans la prise de conscience du handicap mental et la nécessité d'une prise en charge précoce et adaptée, l'A.D.A.P.E.I. de Côte d'Or et l'Association de Gestion des Etablissements et Services de l'A.D.A.P.E.I. et le Foyer de Vie et de Progrès « Odette VERSEY ».

Après avoir dressé un bref constat sur le vieillissement des personnes handicapées en France et en Europe et sur les différentes pathologies des usagers du F.A.M., la seconde partie est faite d'une analyse sur les forces et les faiblesses de l'établissement.

Je traiterai des besoins et des attentes des personnes handicapées mentales vieillissantes, accueillies dans l'établissement, de leurs familles (ou tuteurs) et des salariés qui les accompagnent au quotidien.

Enfin, je présenterai le fonctionnement de l'établissement et de l'unité dite « vieillissante », le dispositif de soin et une étude de besoins, réalisée en étroite collaboration avec le médecin psychiatre, qui cible les caractéristiques des pathologies des personnes vieillissantes et celles qui vraisemblablement devront intégrer ce type d'unité dans les cinq ans à venir.

Quant à la troisième et dernière partie, elle sera consacrée à des propositions de réponses pour adapter l'accompagnement aux besoins émergents des usagers et les stratégies envisagées pour compenser les conséquences du vieillissement.

Avant d'entamer mon propos, je souhaite préciser que je retiendrai le terme « usager » pour désigner la personne handicapée mentale et notamment le ou les bénéficiaires des prestations de service du Foyer de Vie et de Progrès « Odette VERSEY ».

« L'usager »<sup>7</sup> est étymologiquement celui qui connaît les usages, qui a un droit réel d'usage. Depuis les années vingt, il désigne aussi une personne qui utilise les services publics.

Cette dénomination fait référence à une position principale de consommation, mais aussi à une association possible, par des mécanismes de participation, à la production du service rendu.

---

<sup>7</sup> MIRAMON J-M, MORDOHAY F-O, Manager le temps des organisations sociales et médico-sociales, DUNOD, Paris, 2003, p 17.

Notons que ce terme a également été retenu dans les textes de lois et circulaires du secteur social et médico-social.

# 1 ÉTAT DES LIEUX DE LA PRISE EN CHARGE DE LA PERSONNE HANDICAPÉE MENTALE

Cette première partie, qui, d'emblée, peut paraître au lecteur quelque peu éloignée du sujet qui nous concerne, expose la naissance et la structuration du secteur du handicap et l'émergence de la mobilisation des associations de parents.

Pour le directeur d'établissement, l'appropriation de l'environnement professionnel dans lequel il évolue est essentielle pour mener à bien sa mission et définir les modalités de mise en œuvre de son action. L'histoire et la culture du secteur et de l'association employeur, le cadre législatif et réglementaire sont aussi à maîtriser.

## 1.1 Le contexte historique du secteur du handicap

L'évolution du secteur du handicap et l'optimisation de la prise en charge des personnes handicapées mentales sont étroitement liées, d'une part, à la mobilisation des associations de parents et d'autre part, à un environnement législatif actif.

### 1.1.1 L'émergence du mouvement des associations de parents pour enfants et adultes handicapés mentaux en France

Il faut distinguer trois périodes dans l'histoire du handicap mental :

- avant 1945,
- de 1945 à 1975, période économiquement faste où le secteur de l'enfance inadaptée connaît une croissance constante,
- après 1975, la loi ouvre la porte aux réformes des institutions médico-sociales et accorde des droits aux usagers.

Il faut rappeler que dès le 19<sup>ème</sup> siècle, des médecins se sont intéressés au handicap mental. Le plus connu et le plus opiniâtre d'entre eux fut sans doute Édouard SEGUIN (1812-1880).

Il préconisait déjà une approche éducative spécialisée, pour faire évoluer les « arriérés mentaux », terme utilisé à l'époque pour désigner une personne handicapée mentale. Ses travaux ont d'ailleurs été repris par Maria MONTESSORI<sup>8</sup>.

---

<sup>8</sup> Maria Montessori est née en Italie (1870-1952). Docteur en médecine, elle se consacra à l'éducation des enfants "retardés mentaux" avant d'étendre sa pédagogie aux autres enfants et fonda son école à Rome en 1907. La phrase clé de la pédagogie Montessori est « aide-moi à faire seul ». Cette pédagogie est fondée sur la volonté d'aider l'enfant à se construire et à développer son autonomie à partir de l'observation de ses rythmes de développement.

Ce travail fut relayé par Désiré-Magloire BOURNEVILLE (1840-1909) qui fonda à VITRY le premier Institut Médico-pédagogique en 1878.

### **1.1.2 Un contexte favorable**

Il faudra attendre 1945 et les lois sur la famille qui, grâce aux textes favorisant la prise en charge des enfants inadaptés, vont donner aux familles l'occasion de s'organiser.

C'est ce contexte favorable qui va être à l'origine de la naissance de nombreuses associations de parents d'enfants handicapés.

Maître PERRET GAYET, avocat à la Cour de Lyon, face au nombre important de famille en difficultés, crée la première association en 1948.

Par la suite, il deviendra le président de l'A.D.A.P.E.I. du Rhône.

Le 30 avril 1960, une fédération nationale naît, l'UNAPEI, Union Nationale des Associations de Parents d'Enfants Inadaptés.

Il s'agit alors pour ce mouvement de faire connaître et reconnaître la différence que constitue le handicap mental.

C'est donc par le biais de chacune de ces associations à but non lucratif de type loi 1901, personnes morales indépendantes et membres de l'UNAPEI, que le mouvement s'organise et se développe sur l'ensemble du territoire national.

A cette date, l'UNAPEI regroupe 4500 familles. Aujourd'hui, elle en représente 60 000.

C'est aussi, à cette époque, à l'initiative de parents, que les premières expériences de Centres d'Aide par le Travail voient le jour à Carcassonne et à Lyon.

En 1963, l'UNAPEI est déclarée d'utilité publique.

### **1.1.3 Des valeurs partagées**

Le mot « dignité » est celui qui traduit le mieux le regard de l'UNAPEI sur le handicap et l'objectif de son action : le respect dû à la personne handicapée, personne humaine et citoyen.

« Le combat pour la dignité garde aujourd'hui encore tout son sens puisqu'un tiers des personnes déficientes intellectuelles n'a aucune solution et qu'un autre tiers est accueilli dans des conditions inadaptées à ses besoins »<sup>9</sup>.

Relais incontournables et indispensables entre les personnes handicapées, les familles et les pouvoirs publics, les associations de parents se mobilisent depuis leur création pour :

- pallier l'absence de réponses institutionnelles à leurs attentes,
- briser le mur du silence et mettre fin à l'amalgame entre la personne handicapée et le « fou »,
- créer des structures alternatives à l'hôpital psychiatrique.

## **1.2 L'évolution du cadre législatif et réglementaire dans le champ d'intervention du handicap en France : un environnement actif**

### **1.2.1 Les textes fondateurs**

Certains textes constituent le fondement juridique du droit français en matière de handicaps. Il ne s'agit pas, ici, d'être exhaustif mais de retracer les principales lignes de construction juridique dans le secteur du handicap.

**La Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen**, DDHC du 26 août 1789, stipule que « Les hommes naissent et demeurent libres et égaux en droits »

### **Le rapport BLOCH-LAINÉ**

Le rapport BLOCH-LAINÉ en 1967, « Etude du problème général de l'inadaptation des personnes handicapées » est le point de départ d'une réelle prise de conscience au niveau national du problème posé par les personnes handicapées.

### **Les lois du 30 juin 1975**

La loi n°75-534, dite « loi d'orientation en faveur des personnes handicapées » et la loi n°75-535 relative aux institutions sociales et médico-sociales adoptées le 30 juin 1975, ont joué un rôle essentiel dans la structuration du secteur médico-social et notamment dans la promotion du droit de la personne.

Ces deux lois fondatrices ont pu voir des modifications à plusieurs reprises avant que leur révision ne soit envisagée respectivement en 2005 et 2002.

---

<sup>9</sup> <http://www.unapei.org>

Il faut rappeler qu'en **France**, le secteur médico-social en faveur des personnes handicapées établit une **distinction importante** tant en matière d'organisation des réponses aux besoins, que de financement, entre d'une part les établissements et services s'adressant aux **enfants handicapés** et d'autre part ceux qui s'adressent aux **adultes handicapés**.

Il ne sera d'ailleurs pas fait état, dans mon propos, des dispositions juridiques en faveur des enfants et adolescents puisque l'âge de 20 ans constitue un critère de passage décisif entre les deux modalités de prise en charge.

Jusque dans les années 1980, les jeunes adultes ayant dépassé cette limite d'âge pouvaient à tout moment se voir exclure de leur structure d'accueil.

Le nombre de places sur le secteur adulte étant insuffisant, ils retournaient vivre au domicile familial ou en famille d'accueil ou bien étaient hospitalisés en hôpital psychiatrique.

Pour éviter que ces jeunes handicapés ne vivent des situations dramatiques, l'article 22 de la loi n°89-18 du 13 janvier 1989 dit « **Amendement CRETON** », du nom du comédien Michel Creton, permet leur maintien en établissement médico-social, au delà de 20 ans, dans l'attente de l'intervention d'une solution adaptée émise par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées, CDAPH.

Enfin, notons **au niveau international**, une politique mondiale de lutte contre les situations de handicap, menée par l'Organisation des Nations Unies avec :

- La **déclaration des droits du déficient mental**, adoptée par l'O.N.U. le 20 décembre 1972. :  
« Le déficient mental a droit aux soins médicaux et aux traitements physiques appropriés ainsi qu'à l'instruction, à la formation, à la réadaptation et aux conseils qui l'aideront à développer au maximum ses capacités et ses aptitudes », art. 2.
- La **déclaration des droits des personnes handicapées**, en 1981, année décrétée, « année internationale de la personne handicapée » par l'O.N.U.

### **1.2.2 Aujourd'hui, deux lois phares**

La **loi n°2000-2 du 2 janvier 2002** rénovant l'action sociale et médico-sociale, place les droits des usagers et de son entourage au cœur de la rénovation : d'abord, elle définit les droits et libertés individuelles des usagers et « elle fournit des outils propres à garantir l'exercice effectif de ces droits<sup>10</sup> ».

---

<sup>10</sup> LHUILLIER J-M, Le droit des usagers dans les établissements sociaux et médico-sociaux, Editions ENSP, septembre 2004.

Au nombre de **sept**, ces **outils** doivent permettre une réelle participation des usagers aux réponses que les professionnels de l'action sociale et médico-sociale doivent leur apporter, il s'agit :

- du **livret d'accueil**, circulaire DGAS 505 n° 2004-138 du 24 mars 2004. Au F.A.M. « Odette VERSEY », ce document présente notamment l'organisation, son mode de fonctionnement et les prestations délivrées (cf. Annexe II)
- de **la charte des droits et libertés de la personne accueillie**, arrêté du 8 septembre 2003 élaborée par le ministère,
- du **recours à une personne qualifiée** en cas de conflit, décret n° 2003-1094 du 14 novembre 2003. L'utilisateur ou son représentant peut faire appel à une personne qualifiée inscrite sur une liste établie conjointement par le préfet et le président du Conseil Général,
- du **conseil de vie sociale**, décret n° 2004-287 du 25 mars 2004. Il est composé des membres de droit : représentants des familles et des représentants légaux le cas échéant, membres de l'association gestionnaire, des représentants du personnel. A l'heure actuelle, aucun usager ne siège en C.V.S, une réflexion est en cours pour définir les modalités de leur participation, (cf. Annexe III),
- du **règlement de fonctionnement**, décret n° 2003-1095 du 14 Novembre 2003. Pour une lecture plus accessible par les différents usagers, le F.A.M. « Odette VERSEY » a adapté ce document : écriture simplifiée, photographies, pictogrammes,
- du **contrat de séjour** ou document individuel de prise en charge, décret n° 2004-1274 du 26 novembre 2004, qui retrace les droits et les devoirs de l'utilisateur d'une manière plus individualisée,
- du **projet d'établissement ou de service**, loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002, C.A.S.F, article L 311-8 qui doit être établi pour une durée de 5 ans maximum. « Il doit donner du sens aux actions à entreprendre. Il est une projection sur l'avenir et donne des orientations générales à moyen et à long terme, ... ».

Elle vise aussi à améliorer la planification pour s'assurer de l'adéquation entre besoins et réponses sur un territoire (mise en place des schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale) et réformer le régime des autorisations par l'évaluation interne des prestations délivrées aux usagers puis par l'évaluation externe.

Elle assure une meilleure coordination entre les autorités de contrôle et de tarification et les associations gestionnaires par le biais de Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens, C.P.O.M., et de conventions pour encourager la mutualisation des moyens et le travail en réseau.

Enfin, elle incite à la création de structures ou de modalités de prises en charge innovantes, à titre expérimental, sur des durées limitées.

Plus récemment, **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** définit trois axes principaux :

- garantir aux personnes handicapées le libre choix de leur projet de vie grâce à la compensation des conséquences de leur handicap et à un revenu d'existence favorisant une vie autonome digne<sup>11</sup>,
- permettre une participation de ces publics à la vie sociale par l'organisation de la cité autour d'un principe d'accessibilité généralisée,
- placer les intéressés au centre des dispositifs qui les concernent, notamment par la mise en place des M.D.P.H. sur le territoire national.

Au sein de ce « guichet unique », aux droits et aux prestations, à destination des enfants et des adultes handicapés et de leurs familles et/ou tuteurs, une équipe pluridisciplinaire a pour mission d'évaluer les besoins de compensation au regard du projet de vie du demandeur.

Une réponse sera ensuite notifiée par la C.D.A.P.H., Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées qui exerce les compétences qui étaient jusqu'alors celles de la C.D.E.S. et de la C.O.T.O.R.E.P.

Cependant, notons que :

« La mise en œuvre d'une loi aussi ambitieuse exigeait naturellement un nombre important de textes d'application : 138 décrets ou autres types de mesures réglementaires étaient attendus.

Deux ans plus tard, 120 ont été prises, ... ».<sup>12</sup>

Enfin, la loi 2005-102 **introduit une définition du handicap pour la première fois**, dans le Code de l'Action Sociale et des Familles, inspirée de la Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé (CIF) et adoptée par l'O.M.S. en mai 2001.

---

<sup>11</sup> Décret n°2005-724 du 29 juin 2005 relatif à l'AAH et modifiant le code de la Sécurité Sociale.

<sup>12</sup> BLANC P, sénateur, L'application de 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, Rapport d'information n°359 (2006 – 2007), de la Commission des Affaires Sociales du Sénat, juillet 2007, 95 p.

**Constitue un handicap « toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou de plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant ». CASF, art. L. 114.**

Le décret n°2007-1574 du 6 novembre 2007 modifie l'annexe 2-4 du CASF, établissant le **guide-barème** pour l'évaluation des déficiences et incapacité des personnes handicapées.

Ce document repose sur les concepts proposés par l'O.M.S, déficience, incapacité, désavantage pour déterminer le taux d'incapacité en s'appuyant sur une analyse des interactions entre ces trois dimensions.

- **La déficience** est une altération ou toute perte de substance d'une structure ou fonction psychologique, physiologique ou anatomique. La déficience correspond à l'aspect lésionnel et équivaut, dans la définition du handicap, à la notion d'altération de fonction.
- **L'incapacité** indique une réduction résultant d'une déficience, partielle ou totale, de la capacité d'accomplir une activité d'une façon ou dans les limites considérées comme normales pour un être humain. L'incapacité correspond à l'aspect fonctionnel dans toutes ses composantes physiques ou psychiques et équivaut, dans la définition du handicap, à la notion de limitation d'activité,
- **Le désavantage** signifie les limitations, voire l'impossibilité, de l'accomplissement d'un rôle social normal en rapport avec l'âge, le sexe, les facteurs sociaux et culturels. Le désavantage (et donc la situation concrète de handicap) résulte de l'interaction entre la personne porteuse de déficiences et/ou d'incapacités et son environnement.

Le **guide-barème comprend huit chapitres**, correspondant chacun à un type de déficience : déficience intellectuelle et difficultés de comportement, déficiences du psychisme, déficiences de l'audition, déficiences du langage et de la parole, déficiences de la vision, déficiences viscérales et générales, déficiences de l'appareil locomoteur, déficiences esthétiques.

Le F.A.M. « Odette VERSEY » accueille des usagers présentant un **taux d'incapacité** au moins égal ou supérieur à **80%**.

Il n'y a toujours pas de consensus clair sur le (ou les) terme(s) à utiliser : à ceux de « **retard mental** » et de « **handicap mental** » s'ajoutent par exemple les termes d'« arriération mentale » ou de « déficience intellectuelle ». **L'O.M.S.** emploie néanmoins le terme de retard mental.

Chacune des **personnes accueillies au F.A.M.** présente un retard mental défini par l'O.M.S. dans sa Classification Internationale des Maladies (CIM-10), comme « **un arrêt du développement mental ou un développement mental incomplet, caractérisé par une insuffisance des facultés et du niveau global d'intelligence, notamment au niveau des fonctions cognitives, du langage, de la motricité et des performances sociales** ».

L'O.M.S. distingue ensuite quatre degrés de retard :

- **le retard mental léger** : Quotient intellectuel (QI) compris entre 55 et 70, personnes connaissant des difficultés scolaires mais capables de s'intégrer à la société de façon autonome à l'âge adulte,
- **le retard mental moyen** : QI entre 35 et 55, personnes connaissant dans l'enfance des retards de développement importants mais de bonnes capacités de communication et une indépendance partielle, avec, à l'âge adulte, nécessité de soutiens de différents niveaux pour s'intégrer à la société,
- **le retard mental grave** : QI entre 20 et 35, personnes ayant besoin d'un soutien prolongé,
- **le retard mental profond** : QI inférieur à 20, personnes ayant peu de capacités à communiquer, à se déplacer et à prendre soin d'elles-mêmes.

### **1.2.3 Le Schéma Départemental d'Organisation Sociale et Médico-sociale de Côte d'Or 2009-2014**

Il est, pour le secteur social et médico-social, l'outil de référence de la planification, sur un territoire, des réponses aux besoins de la personne handicapée.

Aussi, dans le cadre de l'élaboration du futur S.D.O.S.M.S. de Côte d'Or, il s'agissait pour moi, en m'inscrivant au sein du groupe de travail « **S'adapter à l'évolution structurelle de la population des personnes en situation de handicap** », un des quatre axes de réflexion mis en place à l'initiative du Conseil Général, à l'issue de la phase diagnostique, de faire remonter :

- d'une part, les difficultés liées à l'accompagnement des usagers vieillissants pour lesquels ni la structure en termes d'architecture et de moyens humains, ni le personnel en termes de compétences et de savoir-faire n'étaient préparés et,
- d'autre part, les besoins des usagers pour ne pas saturer le dispositif actuel en improvisant un second lieu de vie nécessaire, à court terme, pour accueillir d'autres adultes vieillissants.

Les propositions d'orientation faites au regard des besoins émergents sur le département se déclinent en six points identifiés comme stratégiques par les partenaires concernés par le

vieillessement de la population présente au sein de leurs établissements et quel que soit le statut juridique de l'entité considérée :

- faire évoluer les capacités des établissements et services pour mieux accompagner les personnes vieillissantes pour éviter « de déraciner » les usagers et ne pas les mettre à distance de leur environnement familial, voire même parfois de leur entourage familial,
- assurer la formation des professionnels à l'accompagnement du vieillissement en formation initiale (à intégrer dans le référentiel de compétences des formations éducatives telles que éducateur spécialisé, moniteur-éducateur) et en formation continue pour les équipes éducatives,
- construire un support commun d'évaluation du vieillissement personnes âgées / personnes handicapées,
- soutenir la constitution de réseaux pluridisciplinaires (culture partagée personnes âgées / personnes handicapées) et organiser des échanges entre professionnels de ces secteurs,
- Rechercher les passerelles favorisant des actions transversales entre les secteurs sanitaire, gérontologique et médico-social (formations continues communes),
- Encourager l'OPCA, l'Organisme Paritaire Collectif Agréé, à impulser des actions de formation sur le vieillissement dans le cadre des Actions Prioritaires Régionales.

### **1.3 L'A.D.A.P.E.I. de Côte d'Or et l'A.G.E.S-A.D.A.P.E.I.**

#### **1.3.1 De l'association Dijonnaise à ... l'Association Départementale<sup>13</sup>**

Créé à l'initiative d'un groupe de parents, en 1960, un petit établissement de rééducation ouvre ses portes, rue Fournérat à DIJON. Il sera le creuset de la future A.D.A.P.E.I.

Autour de cet établissement se tissent des liens entre les parents, et très vite, Maître MAZEN est convaincu de la nécessité de les regrouper au sein d'une association.

Il en sera le fondateur et le premier président.

En 1962, à l'issue d'une conférence de Maître PERRET GAYET, à Dijon, les parents et amis présents remplissent leurs bulletins d'adhésion.

Quelques semaines plus tard, le 21 Mars 1962, l'Assemblée Générale Extraordinaire va sceller la naissance de l'A.D.A.P.E.I., Association Dijonnaise des Amis et Parents d'Enfants Inadaptés.

---

<sup>13</sup> <http://www.adapei21.com>

L'Association Dijonnaise devient Association Départementale, quelques mois plus tard, grâce à Mr Maurice GAUSSET, Président de l'Association des Papillons Blancs, créée en 1958.

Notons, que Me MAZEN participera à l'élaboration des textes de la loi de 1975 qui vont donner un statut aux personnes handicapées.

### **1.3.2 D'hier à aujourd'hui : les orientations de l'A.D.A.P.E.I. de Côte d'Or**

L'A.D.A.P.E.I. va dès lors se développer, et va compter jusqu'à 850 familles adhérentes. Des réunions se tiennent dans les différents quartiers de la ville pour informer les personnes concernées par le handicap mental et des actions sont mises en place pour réunir les familles souvent démunies et isolées : arbre de Noël, sortie annuelle à thème, ...

Pour communiquer et améliorer l'image du handicap mental mais aussi, pour financer certains projets, des opérations sont menées chaque année : la vente de brioches, les cartes de vœux, ...

En 1994, l'A.D.A.P.E.I. qui, jusqu'à cette date, n'a jamais souhaité créer et gérer des établissements, prend en Assemblée Générale Extraordinaire la décision de créer et de gérer « Le Foyer de Vie et de Progrès Odette VERSEY » à Auxonne.

L'A.D.A.P.E.I. a aujourd'hui plus de quarante ans. Elle est devenue un partenaire incontournable des pouvoirs publics, Etat et Collectivités, en ce qui concerne les décisions à prendre pour continuer à améliorer la vie quotidienne des personnes handicapées.

Rappelons que **quatre axes fondent l'engagement de l'A.D.A.P.E.I.** et orientent ses pratiques au quotidien, dans le respect des textes réglementaires qui régissent l'action en faveur des personnes handicapées et en conformité avec eux :

- **l'accompagnement** : la personne est porteuse d'une histoire qui fonde son identité et qui s'inscrit dans son projet de vie. L'accompagnement dans la construction et dans la réalisation du projet de chaque usager est le fil rouge des actions entreprises au sein des établissements.

A travers les aides et stimulations apportées à chaque personne, l'accompagnement dans les gestes de la vie quotidienne va permettre à la personne d'être acteur de sa vie.

- **le développement personnel** : la diversité des activités proposées, l'aide apportée adaptée aux besoins et l'immersion dans un environnement de vie stimulant et agréable, doivent permettre à chaque personne accueillie le maintien des acquis et le développement de ses potentialités ou émergences individuelles.

- la **citoyenneté** : en garantissant les droits fondamentaux de la personne handicapée, l'A.D.A.P.E.I. reconnaît et respecte la personne adulte handicapée en tant que citoyen à part entière.
- l'**intégration** : le développement du partenariat extérieur et l'inscription de la personne handicapée dans la vie de la cité par le biais des activités professionnelles, culturelles, sportives et de loisirs sont des priorités pour l'A.D.A.P.E.I.

### **1.3.3 L'essor de l'A.G.E.S-A.D.A.P.E.I.**

Créée le 23 novembre 1995 sous la présidence de Mme VERSEY, l'A.G.E.S-A.D.A.P.E.I., l'Association de Gestion des Etablissements et Services de l'A.D.A.P.E.I. de Côte d'Or, est une association à but non lucratif, de type loi 1901, ayant pour objet d'assurer la gestion des établissements et services relevant de sa responsabilité.

Le premier établissement, le Foyer de Vie et de Progrès « Odette VERSEY » a ouvert le 2 mai 1994, sur la commune d'Auxonne.

Puis en 2007, l'A.D.A.P.E.I. de Côte d'Or, après avoir obtenu l'accord de création et le financement, a débuté les travaux de construction d'un Foyer d'Accueil Médicalisé sur la commune d'Is sur Tille. Les premiers usagers ont été accueillis le 1<sup>er</sup> décembre 2008.

D'une capacité de 33 places, dont 2 places en accueil temporaire et 3 places en accueil de jour, cet établissement appelé « Les Eaux Vives » reçoit des personnes présentant un multi-handicap.

Une nouvelle unité permettra d'accueillir, fin 2009, 11 personnes.

En 2010, les travaux pour la création d'un Foyer d'Accueil Médicalisé à Fontaine les Dijon débiteront.

Cet établissement d'une capacité de 43 places, dont 3 places en accueil temporaire et 5 places en accueil de jour, recevra des personnes adultes souffrant d'autisme et de troubles associés à l'autisme (syndrome de RETT).

## **1.4 Le Foyer de Vie et de Progrès « Odette VERSEY »**

Le Foyer de Vie et de Progrès « Odette VERSEY », géré par l'A.G.E.S-A.D.A.P.E.I., accueille en fonctionnement permanent, 365 jours par an, 51 hommes et femmes présentant des troubles de la personnalité et du comportement.

Dénoté à l'origine Foyer à Double Tarification (F.T.D.), le Foyer de Vie et de Progrès « Odette VERSEY » est issu d'un programme expérimental relevant de la circulaire

ministérielle n°86-6 du 14 février 1986 et complété par la lettre ministérielle n°243 du 22 avril 1998.

La réglementation applicable pour ce type de structure a été modifiée par la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

Cet établissement, accueillant des adultes lourdement handicapés, relève aujourd'hui de l'article 15, alinéa 7 de la loi précédemment citée.

Le dernier alinéa de cet article autorise la plus grande diversification des activités et prévoit la combinaison de certaines prestations entre elles afin d'enrichir les accompagnements proposés conférant un caractère plus individualisé et adapté aux besoins de chacun :

« Les établissements, ..., assurent l'accueil à titre permanent, temporaire ou selon un mode séquentiel, à temps plein ou partiel, avec ou sans hébergement, en internat, semi-internat ou externat ».

#### **1.4.1 Spécificités et missions : prestations hôtelières, prestations de soins et d'accompagnement thérapeutique, prestations d'animation**

Le Foyer de Vie et de Progrès « Odette VERSEY » est subordonné à une autorisation de fonctionnement conjointe fixée par arrêté de M. le Préfet de Côte d'Or et de M. le Président du Conseil général en date du 22 mai 1992.

Il perçoit un financement conjoint :

- sous la forme d'un prix de journée destiné à couvrir les frais d'hébergement et d'animation du Conseil Général. Pour l'année 2008, les prix de journée alloués se sont établis de la manière suivante du :

- 1 <sup>er</sup> janvier au 30 avril .....	131,35 €
- 1 <sup>er</sup> mai au 31 décembre .....	137,94 €
- sous la forme d'un budget global annuel couvrant de manière forfaitaire l'ensemble des dépenses afférentes aux soins, de l'assurance maladie sous l'autorité de contrôle de la DDASS.

Pour l'année 2008, la dotation globale s'est élevée à 878 854 €, ce qui correspond à un prix de journée de 59,39 € pour 14 797 journées effectuées.

**Le décret n°2009-322 du 20 mars 2009** précise les obligations des établissements et services accueillant ou accompagnant des personnes handicapées adultes n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie.

Les dispositions de la Section 1-1 sont applicables aux M.A.S., aux F.A.M. et aux SAMSAH en ce qui concerne la qualité et la continuité de l'accompagnement, l'organisation et le

fonctionnement des établissements et services, le personnel (composition et fonctionnement) salarié ou non de l'établissement.

### **Prestations hôtelières, prestations de soins et d'accompagnement thérapeutique, prestations d'animation.**

- **Les prestations hôtelières** se déclinent par la mise à disposition d'une chambre individuelle avec salle de bain et toilettes privatives, l'entretien des locaux par les maîtresses de maison en complément de celui assuré par la personne accueillie, l'entretien du linge assuré par la lingerie, la restauration, la surveillance de nuit qualifiée, les transports pour les activités extérieures et les consultations médicales, l'accompagnement administratif.
  
- **Les prestations de soins et d'accompagnement thérapeutique** comprennent les soins infirmiers, les soins de bien-être, le suivi des médicaments, le suivi médical, le suivi psychiatrique, les séances de rééducation, le suivi psychologique.
  
- **Les prestations d'animation** concernent l'accompagnement à l'autonomie au quotidien, l'aide au mieux-être de la personne, l'accompagnement de la régression et de l'accroissement de la dépendance, les propositions et l'accompagnement aux activités diverses adaptées de types moteur, manuel, expression, repérage, de plein air, soins du corps, ludique, culturel, ...

#### **1.4.2 Les usagers accueillis et les pathologies rencontrées : quelques définitions et données épidémiologiques médicales**

La population du Foyer de Vie et de Progrès est constituée de 22 femmes et de 29 hommes au 30 juin 2009, âgés de 23 à 60 ans.

La moyenne d'âge des hommes est de 35,3 ans et 38,4 pour les femmes pour une moyenne globale de 36,8 ans. Nous constatons 9 usagers âgés de plus de 48 ans.

Chaque usager est destinataire d'une notification d'orientation en F.A.M., émise par la C.D.A.P.H. de Côte d'Or.

**Quelques définitions** permettront un éclairage sur la diversité des pathologies rencontrées au sein du F.A.M., apportant aux lecteurs des éléments de compréhension supplémentaires sur la difficulté de proposer, au quotidien, un accompagnement le plus individualisé qui soit pour respecter le projet de vie et donc les besoins de chaque usager.

**La psychose** est une maladie mentale grave. La personnalité du « psychotique » est profondément affectée dans son ensemble, et présente de nombreux symptômes compromettant sérieusement son adaptation au monde extérieur, et se caractérisant par une conscience plus ou moins grande du caractère pathologique des troubles.

**La caractéristique majeure** de toute psychose est la dégradation de la relation à la réalité.

Le malade projette dans le monde extérieur sa propre réalité psychique, les désirs et les affects qu'il se refuse à reconnaître pour siens.

La réalité est modifiée, niée, il se met à délirer. Un psychotique délirant croit à son délire et n'a aucune conscience de sa pathologie.

Il souffre parfois de visions, de sensations bizarres, il éprouve des bouffées d'angoisse et un sentiment « d'étrangeté ».

La psychose est une pathologie qui coupe celui qui en souffre du monde réel et des autres. Il n'arrive plus à communiquer, il fuit généralement le contact et se replie dans son monde intérieur.

La psychose peut se présenter comme étant de type **dysharmonie évolutive**.

La dysharmonie psychotique est définie comme une hétérochronie de structuration, c'est-à-dire le développement des processus intellectuels à des rythmes différents, mécanisme pouvant alors créer un décalage entre « âge mental » et « âge réel ».

Sigmund FREUD, psychanalyste autrichien (1856-1939), la définit comme un « déséquilibre entre les lignes de développement », un décalage dans le développement de certaines fonctions ou acquisitions par rapport aux autres.

On peut par exemple avoir un niveau d'expression verbale correct chez un usager, mais en revanche la compréhension est quant à elle fortement déficitaire : il y a alors un « décalage » entre les deux fonctions.

Il existe **plusieurs formes de psychoses**, manico-dépressives, délirantes chroniques ainsi que des psychoses de l'enfant, différenciées en fonction de l'âge d'apparition des symptômes.

Seule sera traitée, ici, la **schizophrénie**, présente au sein de l'établissement.

C'est une psychose grave survenant chez l'adulte jeune, habituellement chronique, cliniquement caractérisée par des signes de dissociation mentale, de discordance affective et d'activité délirante incohérente, entraînant généralement une rupture de contact avec le monde extérieur et parfois un repli autistique.

La dissociation mentale ou discordance est une rupture de l'unité psychique de la personne, qui aboutit à un bouleversement de la personnalité, à des réactions totalement inappropriées et à une indifférence devant des éléments porteurs d'une charge émotionnelle.

Le schizophrène vit dans un autre temps, qui s'écoule différemment, ou qui s'est arrêté.

## L'autisme

Selon Léo KANNER (1894-1981), pédopsychiatre, l'autisme est « une incapacité à établir des relations normales avec des personnes et à réagir normalement aux situations, et ce depuis le début de leur vie ».

« Les personnes souffrant d'autisme éprouvent des difficultés à acquérir l'usage de la parole, qui apparaît parfois « désorganisée », c'est-à-dire qu'elle ne s'inscrit pas dans un échange verbal cohérent ».

Un certain nombre de « traits spécifiques » sont alors mis en évidence :

- Retrait autistique, indifférence ou réaction insolite à autrui,
- Besoin d'immuabilité,
- Stéréotypies,
- Troubles du langage, de la perception de l'environnement.

## D'où viennent la psychose et les troubles envahissants du développement (dénomination de l'OMS CIM-10) tels que l'autisme ?

On retrouve quatre théories, modèles étiologiques sur l'origine de la psychose :

- **L'organogénèse** : modèle qui a eu très longtemps la préférence du corps médical. La psychose est considérée comme une maladie du cerveau, organique, somatique. Elle peut être d'origine traumatique, toxique (alcool), virale, génétique, neurochimique (trouble du fonctionnement chimique du cerveau), ...  
Le traitement doit être purement médicamenteux.
- **La psychogénèse** : les causes de la psychose sont d'origine psychologique, liées à l'histoire de l'individu.
- **La sociogénèse** : la maladie mentale n'existerait que chez des personnes vivant dans une société, dans une famille.  
Il faut se demander, dans le cas d'un psychotique, quel rôle a joué la famille pour que le sujet devienne psychotique.  
Selon l'école d'antipsychiatrie, (Ronald David LAING 1927-1989), le malade ne fait qu'exprimer le trouble d'une famille entière, il en est le bouc-émissaire.
- **La multifactorialité étiologique** : la psychose est le résultat de l'interaction entre différents facteurs.

Je conclurai mon propos en ajoutant que les causes des psychoses sont discutées, et si certaines sont manifestement d'origine organique avec des lésions décelables (démences,

confusion mentale, psychoses toxiques), beaucoup d'autres donnent lieu à des hypothèses étiologiques diverses et contradictoires.

Aujourd'hui, l'approche génétique apporte un regard complémentaire et différent.

### **Données épidémiologiques médicales**

Le médecin psychiatre, responsables des soins au F.A.M. a du adapter une classification sommaire car pour chaque usager, et malgré un long parcours médical dans différentes structures médico-sociales ou bien à l'hôpital, il n'existe que très peu de données sur le bilan diagnostic.

<b>51 usagers</b>	<b>Pourcentage</b>
Autisme et psychose infantile	42,50 %
Dysharmonies psychotiques	25,00 %
Retard mental	30,00 %
Schizophrénie précoce	2,50 %

La liste des **pathologies psychiatriques associées** indique que plus de 60 % de la population du F.A.M. présente au moins un des troubles suivants :

- troubles psychotiques sévères
- troubles des conduits oro-alimentaires
- troubles des conduites :
  - autostimulation
  - automutilation
  - troubles compulsifs
- déficit grave de l'attention
  - hyperactivité
  - phases d'agitation récurrentes
- troubles thymiques :
  - état dépressif
  - état d'excitation

70 % des usagers ont des traitements neuropsychiatriques (épilepsie comprise).

Les traitements étaient prescrits avant l'arrivée des usagers dans l'institution ce qui témoigne de la gravité des pathologies rencontrées.

Le tableau suivant fait état des **troubles somatiques associés**

51 usagers	Pourcentage
Epilepsie	30,00 %
Epilepsie sévère et/ou complexe	12,50 %
	-----
Total	42,50 %

Enfin, des **pathologies somatiques associées sévères** (hors épilepsie) touchent 40 % de la population et se caractérisent par :

- des troubles artério-veineux
- des cardiopathies
- de l'asthme
- des séquelles motrices (hémiplégie)
- de l'hypothyroïdie, obésité morbide
- des troubles cutanés (psoriasis)
- maladie rénale
- des troubles urinaires
- des troubles oculaires avec handicap
- des pathologies génétiques rares (tétrasomie 15)

Il s'avère que le Foyer de Vie et de Progrès « Odette VERSEY » accueille une population très lourde et assez hétérogène nécessitant un accompagnement très individualisé du fait de besoins très différents.

### 1.4.3 Le personnel éducatif et soignant

La qualité du service rendu à l'utilisateur repose essentiellement sur la qualification et la professionnalisation du personnel. Les différents aspects de la prise en charge sont complexes et requièrent un encadrement pluridisciplinaire garantissant des compétences différentes et complémentaires. Des fiches de postes permettent de définir les missions de chaque salarié, un organigramme précise la place de chacun (cf. Annexe IV). C'est la convention collective du 15 mars 1966 qui s'applique au sein de l'établissement.

La répartition des budgets alloués distinguant l'hébergement (financé par le Conseil Général) du soin (financé par l'assurance maladie) est récapitulée dans le tableau suivant :

<b>HÉBERGEMENT</b> (Conseil Général)		<b>SOIN</b> (État)	
<b><u>Direction</u></b>			
Directeur	1	Médecin psychiatre	0,20
Directeur adjoint	1	Médecin psychiatre (non pourvu)	0,20
Chef de service éducatif	1	Médecin psychiatre (analyse de la pratique)	0,06
<b><u>Administration</u></b>			
Secrétaire de direction	1		
Comptable	2	Psychologue clinicienne	0,20
		Psychologue clinicienne	0,20
<b><u>Services généraux</u></b>			
Cuisiniers	2,5		
Ouvrier d'entretien	1,5		
Maitresses de maison	6,75	Infirmiers	2,5
Lingères	1,5		
Surveillants de nuit	7		
<b><u>Services éducatifs</u></b>			
Educateurs spécialisés	5,5	A.M.P /A.S	18,30
Moniteurs éducateurs	3		
Moniteur d'atelier	4,5		
A.M.P	3,5		
<b><u>TOTAL</u> : 40,75 ETP</b>		<b><u>TOTAL</u> : 21,86 ETP</b>	

Au personnel salarié dans l'établissement, s'ajoutent, pour l'animation, l'action de prestataires extérieurs et, pour le suivi médical, les consultations de divers spécialistes médicaux et paramédicaux (neurologue, cardiologue, dentiste, ...).

#### **1.4.4 L'implantation géographique et l'organisation des locaux**

Le Foyer de Vie et de Progrès est implanté sur la commune d'Auxonne, **Capitale du Val de Saône** en Côte d'Or.

Auxonne est une ville de 8000 habitants, à la frontière de deux régions : la Bourgogne, dont elle fait partie, et la Franche-Comté.

C'est une petite ville bien desservie, située à 30 kilomètres de Dijon, 60 kilomètres de Besançon, préfecture du Doubs et 15 kilomètres de Dole, sous-préfecture du Jura.

La ville est construite en bordure de la Forêt des Crochères.

Ce domaine de 1412 hectares est la plus importante forêt communale de Bourgogne : avec ses nombreux sentiers pédestres balisés, il offre de belles promenades.

Le foyer est bâti sur un terrain de près de 3 hectares en limite Sud de la ville, en bordure des zones maraîchères.

Cette proximité avec la ville, ses commerces et ses infrastructures sont des éléments de socialisation importants qui favorise l'intégration des usagers.

L'établissement bénéficie des dispositifs hospitaliers du département de Côte d'Or et notamment de Dijon, ville préfecture mais aussi du département du Jura, limitrophe :

- Centre Hospitalier Universitaire et Centre Hospitalier Spécialisé « La chartreuse » à Dijon,
- Centre Hospitalier Général « Louis Pasteur » et Polyclinique à Dole.

Auxonne compte 11 médecins généralistes, dont un qui intervient particulièrement sur l'établissement.

Les usagers accueillis sont répartis en 7 groupes de vie mixtes (soit 51 usagers) dont un pavillon spécialisé dans l'accompagnement des adultes autistes (11 places) et une unité accueillant des personnes handicapées mentales vieillissantes (7 places).

Chaque unité dispose d'une salle à manger avec cuisine, d'une salle de bain commune, ainsi que d'un bureau pour les éducateurs.

Le **bâtiment d'hébergement** offre à chacun des usagers les conditions de vie et de confort permanent permettant d'envisager un séjour à long terme.

Les chambres, toutes individuelles, de 20 m<sup>2</sup> chacune, sont équipées d'un cabinet de toilette avec douche, wc et lavabo, ainsi qu'un grand placard.

Chaque usager a aménagé sa chambre à sa convenance avec l'aide de la famille ou de son tuteur, le plus souvent avec son propre mobilier.

Ce bâtiment comprend, au rez-de-chaussée, les locaux techniques et administratifs, organisant la vie de chacun dans le cadre d'un collectif de type familial ainsi qu'un certain nombre de salles d'activités (salle TV, salon d'esthétique, cuisine pédagogique) et en

particulier une salle Snoezelen (espace de stimulation multi sensoriel favorisant la détente et la relaxation), l'infirmierie et la cuisine.

Un **bâtiment dédié aux activités de jour** est construit à proximité du bâtiment d'hébergement.

Ces activités sont mises en œuvre dans le respect des possibilités, des besoins, des demandes et des rythmes de chaque usager définis dans son projet individualisé.

Elles visent leur épanouissement, le développement et/ou le maintien des acquis et de l'autonomie.

Elles sont complétées par d'autres activités ou prises en charge, collectives ou individuelles, à visée thérapeutique et socialisante qui permettent la découverte de la ville et l'utilisation de ses infrastructures.

### **Conclusion de la première partie**

Le projet d'accompagnement spécifique pour personnes handicapées mentales vieillissantes se doit d'être pensé comme une réponse complémentaire, en termes d'offres de service, aux autres prestations délivrées par l'établissement.

Il se situe dans le cadre d'une prise en charge globale de l'usager pour éviter les ruptures et en prenant en compte son histoire et son parcours, dans le respect de son projet de vie.

Ce projet d'accompagnement viendra s'inscrire dans le projet d'établissement.

Il me paraissait opportun de m'intéresser, dans cette première partie, aux particularités des formes de handicaps rencontrées au sein du Foyer d'Accueil Médicalisé « Odette VERSEY » puisque la prise en charge de ces pathologies est à l'origine de la création de l'établissement portée par l'association de parents.

Mais, cette prise en charge de la personne handicapée mentale est en interaction avec son environnement : elle a évolué avec les mentalités et le cadre législatif et réglementaire.

## 2 UN CONTEXTE ENVIRONNEMENTAL QUI LÉGITIME UNE ORIENTATION STRATÉGIQUE

Les propositions d'orientation du S.D.O.S.M.S. 2009-2014 de Côte d'Or, indiquent la volonté d'apporter aux usagers vieillissants des réponses de proximité en faisant évoluer les capacités des établissements et des services pour mieux les accompagner.

Aussi, au cours de différentes réunions et échanges entre professionnels du F.A.M. « Odette VERSEY », parents d'usagers et administrateurs, si l'on s'accorde facilement sur « le contenant », c'est-à-dire un bâtiment disposant d'une architecture adaptée, de plain pied de préférence pour que les personnes démentes et désorientées, dans l'incapacité d'utiliser seules un ascenseur, puissent profiter des espaces et des aménagements extérieurs, reste à définir le contenu.

Une unité spécifique pour faire vivre quel projet ? C'est ce projet qu'il faut désormais affiner en fonction des besoins émergents.

Afin d'étayer notre propos, il est indispensable de s'intéresser à ce qui se passe ailleurs et notamment de s'intéresser aux études réalisées sur le vieillissement des personnes handicapées.

Je ferai donc un tour d'horizon en France et en Europe avant de revenir à l'établissement qui me concerne.

### 2.1 Une longévité accrue pour les personnes handicapées vieillissantes : état des lieux en France et en Europe

**En France**, l'enquête Handicaps-Incapacités-Dépendance, **HID**, réalisée par l'INSEE en quatre phases de 1998 à 2001 à la fois auprès de personnes en domicile ordinaire et en institutions pour personnes handicapées, en établissements pour personnes âgées et en hôpitaux psychiatriques, est la première enquête nationale qui permet d'identifier « les personnes de 40 ans ou plus présentant au moins une déficience survenue avant l'âge adulte et une incapacité apparue avant 20 ans ».

Cette approche statistique des personnes considérées comme « handicapées vieillissantes » aboutit à en évaluer le nombre à 635 000, dont 228 000 ont entre 40 et 60 ans, 267 000 ont 60 ans et plus et 140 000 ont 70 ans et plus.

L'enquête pointe l'avancée en âge qui s'accompagne d'une augmentation importante du nombre d'incapacités. Toutefois, à partir de 75 ans, la différence avec la population ordinaire se restreint.

« Si le **vieillessement de la population**, thème connu et largement débattu **en Europe**, est une priorité de l'agenda des politiques communautaires et des Etats membres depuis plus de dix ans, il a rarement été fait état du vieillissement de la population handicapée mentale lors des débats politiques sur le plan national et européen.

En effet, contrairement aux Etats-Unis, l'Europe n'a prêté, jusqu'à très récemment, que très peu d'attention au problème du vieillissement de la population handicapée mentale, qu'il s'agisse de la communauté de chercheurs ou des politiques »<sup>14</sup>.

Une des conséquences de ce relatif désintérêt pour la population handicapée mentale vieillissante est le peu d'informations solides disponibles quant à l'importance et à la composition de cette population dans les différents pays de l'Europe. Or ce ne sont pas seulement des données démographiques qui font défaut, mais les informations comparatives sur les conditions de vie, la qualité de vie et l'offre de service.

Les données existantes montrent que les personnes souffrant d'un handicap mental, tous âges confondus, représentent en moyenne 2,3% de la population des Etats membres.

Bernard AZEMA et Nathalie MARTINEZ<sup>15</sup> ont réalisé une étude très complète sur les personnes handicapées vieillissantes en 2003, à la demande de la DREES, à partir d'une littérature internationale abondante.

Sur l'espérance de vie et la mortalité de différentes catégories de personnes handicapées, il ressort que la probabilité de présenter des problèmes de santé liés ou non au handicap dont elles sont atteintes est plus élevée chez les personnes âgées qu'en population générale, et ceci d'autant plus fréquemment que la déficience intellectuelle est sévère.

Une surveillance médicale plus resserrée est susceptible d'améliorer l'espérance de vie des personnes handicapées.

La loi 2005-102 garantit à toute personne handicapée qui a déjà été accueillie dans un établissement ou service pour personnes adultes handicapées (art. L. 321-1, I, 7 C.A.S.F) le droit de conserver le régime spécifique d'aide sociale lorsqu'elle est ensuite hébergée dans une structure pour personnes âgées ou dans une unité de soins de longue durée. La poursuite du versement de la prestation de compensation est d'ailleurs acquise à défaut de toute manifestation individuelle contraire.

---

<sup>14</sup> ZRIBI G. et ZARFATI J (dir.), Le vieillissement des personnes handicapées mentales, Recherches Françaises et Européennes, 1992, réédition en 2003, Editions ENSP, 198 p.

<sup>15</sup> AZEMA Bernard et MARTINEZ Nathalie, Les personnes handicapées vieillissantes : espérances de vie, projections démographiques et aspects qualitatifs », Rapport d'étude pour la DREES, Ministère des Affaires Sociales, du Travail et de la Solidarité – Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées. CREA Languedoc-Roussillon - Montpellier, mai 2003, 317 p.

Cette solution s'applique également à toute personne handicapée accueillie ou qui était déjà accueillie à la date de publication de la loi, quel que soit son âge, dans l'un des établissements et services pour personnes âgées ou dans une unité de soins de longue durée à la condition d'avoir une incapacité au moins égale à 80 %.

### **2.1.1 La personne handicapée vieillissante: proposition de définition**

Bernard AZEMA et Nathalie MARTINEZ font une proposition de définition :

« Une personne handicapée vieillissante est une personne qui a entamé ou connu sa situation de handicap (quelle qu'en soit la nature ou la cause) avant que de connaître les effets d'un vieillissement ».

La situation de handicap mental a donc précédé le vieillissement.

### **2.1.2 Les besoins et les attentes de la personne handicapée mentale vieillissante et de sa famille et/ou tuteur**

Je vais tout d'abord tenter de dégager la définition la plus appropriée.

Le Petit Larousse<sup>16</sup> définit le « **besoin** » comme étant un désir ou une envie, naturel (le) ou pas, un état d'insatisfaction dû à un sentiment de manque parfois nécessaire ou indispensable alors qu'une « **attente** » présente le caractère d'un souhait, d'une espérance.

Pour appréhender la notion de besoin, je pourrais me tourner vers la « Théorie des besoins de l'homme » dite Pyramide de MASLOW (cf. Annexe V), qui à la manière de Platon hiérarchise l'importance des besoins ou vers la « Grille des quatorze besoins fondamentaux de l'homme », (cf. Annexe VI), établie par l'infirmière américaine Virginia Henderson (1897-1996). Elle sert de référence dans le milieu médical et paramédical.

Or, c'est résolument vers la définition que m'apporte la psychologie<sup>17</sup> que je m'orienterai : « Le besoin est un état de l'organisme résultant d'un déséquilibre entre d'une part, des normes physiologiques ou culturelles et, d'autre part, des informations sur l'état du milieu intérieur ou extérieur, ou des représentations ».

Au sein du F.A.M. « Odette VERSEY », les besoins fondamentaux de survie, de sécurité, de communiquer, de se divertir, ..., d'agir selon ses croyances et ses valeurs dans le respect de la personne sont assurés, autant que faire se peut, pour chaque usager.

Le directeur d'établissement ou son représentant en est le garant.

---

<sup>16</sup> Petit Larousse en couleurs, 1989.

<sup>17</sup> Grand dictionnaire de la psychologie, 1992, Larousse.

**Il s'agit donc de proposer, à ces personnes handicapées mentales vieillissantes, un accompagnement spécifique qui compensera le déséquilibre provoqué par les conséquences du vieillissement au regard d'une réponse de l'établissement actuellement non adaptée.**

Retenons que la manifestation de signes cliniques (des problèmes neuro-moteurs par exemple, des décompensations), de troubles du comportement (repli sur soi ou manifestation de violence), de troubles de la conduite (changements d'humeur fréquents) chez un usager sont à considérer comme des manifestations d'un besoin qui ne trouvent pas de réponses dans l'environnement proposé.

Je considère comme étant des besoins émergents toutes ces manifestations qui se révèlent au fil du temps.

Chez les personnes handicapées mentales, ces besoins sont repérés par les professionnels qui les prennent en charge au quotidien.

Enfin, le plus souvent non formulée, « l'attente » est loin d'être un souhait superflu et trouve souvent satisfaction à l'issue d'échanges et de temps de concertation réguliers entre l'usager, sa famille ou son représentant légal, et les professionnels.

L'usager est au cœur du dispositif. Il est associé, lui et sa famille (représentant légal), à la définition des objectifs de sa prise en charge et des prestations délivrées qui doivent être les plus adaptées à sa situation.

Ces éléments seront notifiés dans le Contrat de Séjour, établi lors de l'admission et remis à la personne, au plus tard dans les quinze jours et signé dans le mois. Chaque année, le projet individualisé ou « Projet de vie » de l'usager est revu par avenant.

**Cependant, à l'heure actuelle, il n'existe pas de procédures garantissant la participation de l'usager à l'élaboration de son projet individualisé annuel qui ne fait pas plus l'objet d'une présentation formelle à lui et à sa famille ou de son représentant légal.**

Concernant les besoins et les attentes des cinq familles des usagers accueillis sur l'unité de vie dite « vieillissante » et pour deux usagers qui devront intégrer très rapidement ce type d'unité, il ressort de mes échanges un discours emprunt d'angoisse qui renvoie à l'après c'est-à-dire à la mort, après leur propre disparition.

Deux usagers n'ont plus ou pas de famille.

**Le maintien le plus longtemps possible au sein de l'établissement est l'élément essentiel et commun dans le discours de chaque famille : il est source d'apaisement. La connaissance de l'association (association de parents), de l'équipe de direction,**

**des équipes éducatives et de soin semblent être des gages de qualité et de compétences.**

Une relation de confiance s'est établie entre l'établissement et les familles au fil des années, condition sine qua non, pour engager et pérenniser l'accompagnement pédagogique de l'usager.

Les attentes sont de deux ordres : conserver la marche et la relative autonomie acquise par leur enfant dans les actes de la vie quotidienne.

Concernant, les délégués à la tutelle, ils m'assurent ne pas avoir une connaissance assez fine de leur protégé pour être en mesure de se prononcer.

Enfin, concernant le recueil des besoins et des attentes des usagers, recueillir la parole de l'usager, l'exercice est plus délicat.

**En effet les usagers ont, le plus souvent, des difficultés à formuler explicitement leurs besoins car ils rencontrent une incapacité à se projeter à long terme n'ayant pas accès à la « fonction symbolique », capacité mentale à s'extraire du monde concret pour s'imaginer une situation probable.**

Cette incapacité pourrait d'ailleurs générer de l'anxiété dans le cas où la question leur était posée de manière spontanée et directe.

A court terme, pour les usagers ne présentant pas de signes de démence et en capacité de s'exprimer verbalement, (seules trois personnes sont concernées), les propos formulés relèvent plus de leurs attentes en lien avec le quotidien : « rester avec les copains, aller au restaurant, se promener, aller au cinéma, retourner en vacances, on est bien ».

### **2.1.3 Les besoins et les attentes des salariés accompagnant ces usagers au quotidien**

Comme sur chacune des sept unités de vie, l'équipe est composée :

- d'un éducateur spécialisé, (moniteur éducateur sur cette unité), chargé de coordonner par principe de subsidiarité l'action de l'équipe : organisation et constitution des horaires, gestion des comptes des usagers, accueil et suivi des stagiaires, élaboration et suivi des projets individualisés, organisation et programmation des visites en famille ou sorties exceptionnelles des usagers, effort de recherche théorique pour animer les temps de réflexion, ...
- de trois A.M.P qui assurent une fonction de surveillance, sécurité et protection d'hygiène et de confort, de nursing de l'usager et une fonction d'analyse et de

réflexion autour des projets tant au niveau de la vie de l'équipe qu'au niveau institutionnel.

- d'une maîtresse de maison, en charge de l'organisation matérielle, la propreté, l'hygiène et l'aménagement de l'unité en lien avec l'équipe.

Contrairement aux autres équipes, à l'exception du « Pavillon » qui fonctionne sur un rythme identique et dont l'équipe est plus étoffée, ce qui fait la spécificité de cette équipe, c'est qu'elle prend en charge les usagers en continue sur la journée même si certains usagers se rendent ponctuellement pour des activités sur le centre de jour ou à l'extérieur (équithérapie, par exemple).

A 7 h 30, la maîtresse de maison (du lundi au vendredi), avec un membre de l'équipe éducative assurent la relève du surveillant de nuit qualifié et poursuivent jusqu'à 14 h. Puis, un autre salarié assure la seconde partie de la journée jusqu'à 22 h, heure d'arrivée du surveillant de nuit.

Suivant les activités à assurer, un second membre de l'équipe éducative peut intervenir, en renfort l'après-midi.

Les usagers prennent leur déjeuner, la plupart du temps, sur leurs unités contrairement aux autres usagers du bâtiment principal qui déjeunent en salle à manger.

Une cuisine centrale interne à l'établissement prépare l'ensemble des repas, y compris pour le week-end.

Cette unité, installée en urgence en 2000, ne dispose pas de moyen supplémentaire en terme d'encadrement : le ratio est semblable aux autres unités du bâtiment principal bien que les équipes n'interviennent pas en continue mais de 7 h 30 à 10 h et 16 h 30 à 22 h (en complémentarité du personnel éducatif qui encadre les activités de jour).

Cette situation est un élément qui peut générer de la frustration et de l'épuisement pour l'équipe en place, la charge de travail et les soins de nursing étant importants.

Les projets, à l'initiative de l'équipe, ne peuvent pas toujours être menés à terme faute de moyen humain.

L'unité est située au 2<sup>e</sup> étage. Seules deux personnes suffisamment autonomes et en capacité de se repérer dans l'espace pourraient se balader dans le parc, épileptiques non stabilisées, elles ne sortent pas sans être accompagnées.

Les autres usagers ne sont pas en capacité de prendre l'ascenseur ou leur mobilité étant déjà réduite et laissant craindre des chutes, il n'est pas non plus envisageable de les laisser sortir seuls.

**Une simple ballade à l'extérieur, dans l'enceinte de l'établissement peut relever du défi.**

Les parents vieillissants, eux aussi, la fréquence des sorties en famille diminue significativement : cette unité est souvent celle qui compte le plus d'usagers le week-end, les autres unités profitant de ces moments-là pour réaliser des activités qu'elles ne peuvent pas faire en grand groupe.

J'ai pu constater que les salariés présents sur cette unité ne le sont pas forcément par choix mais parfois plus par opportunité suite à la réorganisation en septembre 2008.

A cette date, l'équipe a quelque peu changé suite à un mouvement de personnel sur l'ensemble de l'établissement en lien avec les créations de poste et les demandes de mutation à l'ouverture du F.A.M. d'Is sur Tille.

De plus, la méconnaissance du phénomène de vieillissement chez la personne handicapée mentale ne facilite pas le travail d'accompagnement au quotidien.

L'équipe est en sous effectif, elle souhaiterait voir son ratio d'encadrement augmenter.

Elle est demandeuse de formation et d'informations sur l'accompagnement spécifique de ce public, l'inconnu étant souvent source d'angoisse.

#### 2.1.4 Des besoins émergents : étude de besoins et prospectives à 5 ans

Etat civil	Date d'entrée et établissement d'origine	Diagnostic principal	Complément diagnostic et Antécédents médicaux	Déficiences
F 35 ans	1994 IME	Déficiência intellectuelle sévère	Aberration chromosomique Incontinence urinaire Trouble de l'équilibre avec chutes fréquentes Luxation du coude droit avec séquelles (diminution de la flexion et de la prosupination)	Troubles psychotiques et caractériels (intolérance aux antipsychotiques) Obésité gynoïde Epilepsie généralisée Evolution confuso-délirante depuis 2004-2005 Risque d'évolution démentielle précoce
M 56 ans	2008 Maison de retraite	Déficiência intellectuelle moyenne avec troubles du caractère liés à une souffrance néonatale compliquée d'une épilepsie stabilisée	Fracture ouverte du fémur droit, suite à accident de travail en ESAT, compliquée d'une surinfection sévère (prothèse hanche). Troubles de la marche (raccourcissement membre inférieur droit de 10 cm, port de chaussures orthopédiques)	Troubles comportement intermittent Echec de réintégration en ESAT depuis accident de travail
F 60 ans	1994 CHS	Déficiência intellectuelle sévère	Phlébites récidivantes Hernie hiatale Découverte d'une tumeur évolutive temporale droite en 06/2002 Rechute juin 2004 (lymphome malin B cutané de faible grade) suivie au CHRU de Dijon Hypertension artérielle depuis 11/2008	Psychose infantile avec états hypomaniaques et insomnie sévère et plaintes multifformes  Traitement neuropsychiatrique important
F 52 ans	1994 CHS	Dysharmonie du développement de forme déficitaire	Comitialité ancienne (lésion hypodense du lobe occipital gauche au scanner) Port de chaussures orthopédiques Ménopause Scoliose avec lombalgies Troubles de l'équilibre avec chutes fréquentes Astigmatisme bilatéral avec strabisme divergent	Epilepsie stabilisée Vieillesse précoce

			Ostéoporose débutante Troubles du langage (articulation)	
M 61 ans	2005 CHS	Déficience mentale sévère associée à une épilepsie complexe à début tardif (8 ans)	Antécédents d'état de mal convulsif Hyper tension artérielle traitée depuis 2005 Ménopause - Obésité gynoïde Plusieurs traumatismes articulaires et fractures (dont membres inférieurs) du fait de chutes liées à ses crises - Port de chaussures orthopédiques	Troubles du comportement de type caractériel Poly-thérapie antiépileptique
M 40 ans	1994 IMProfessionnel	Anomalie génétique	Prématurité Malformation cardiaque congénitale (surveillance cardiologique CHRU de Dijon) – Hypertension artérielle pulmonaire Bronchorrhée Ictère néonatal Retard de développement psychomoteur Instabilité psychomotrice Intervention sur cypho-scoliose en 1984 – tige de Harrington Acuité visuelle (3/10-2/10) : état stable Tympanoplastie en 2000 Surveillance hématologique 1x par an	Déficience intellectuelle sévère
M 58 ans	1994 Foyer de vie	Retard mental sévère associé à une épilepsie tardive (20 ans)	Encéphalite à l'âge de 8 mois Amblyopie sur strabisme divergent de l'œil droit Boiterie avec troubles de la statique du pied droit Découverte d'un diabète non insulino dépendant en 2001 Tremblement essentiel et iatrogène handicapant sans syndrome parkinsonien Apparition d'un syndrome algodystrophie poignet droit iatrogène, janvier 2005 Hyponatrémie par potomanie depuis 2 ans ++	Troubles psychotiques associés à des troubles du comportement stabilisés (hétéro agressivité)
M 50 ans	1994 CHS	Dysharmonie évolutive de la personnalité de forme	Ictère néonatal par incompatibilité rhésus ayant entraîné des séquelles neurologiques et sensorielles Surdité	Troubles du caractère

		déficitaire (déficience moyenne) Epilepsie tardive	Comitialité de type généralisée Décompensation psychiatrique en 1986 : dépression avec manifestations hypocondriaques Abscess cérébral en 1993 : intervention neurochirurgicale Opération pour myélopathie cervicale avec rétrécissement canalaire C3 à C6 au CHRU de Dijon en 2008	
M 47 ans	1994  Etablissement médical	Retard mental moyen associé à une épilepsie partielle sévère pharmacorésistante et des troubles du comportement majeurs	Convulsions néonatales avec crises partielles (plafonnement du regard) à l'âge de 3 semaines Diagnostic d'épilepsie à 3 ans avec traitement continu E.E.G : foyer fronto-temporal antérieur droit persistant Surveillance neurologique et anti-comitiale (1 fois/an) Infections urinaires récidivantes ++	Troubles du comportement avec automutilations ayant nécessité plusieurs interventions Traitement par trithérapie anti-épileptique et NL sédatif (antipsychotique) Crises généralisées persistantes avec chutes spectaculaires
F 32 ans	2004 domicile	Epilepsie pharmacorésistante -	Obésité gynoïde Callosotomie à l'âge de 14 ans – séquelles neuropsychiques (ralentissement moteur) Foyer épileptique : lobe fronto temporal gauche Chutes fréquentes ++	Troubles psychiatriques associés avec des manifestations comportementales et un retard mental Troubles de la vigilance liés à la polythérapie anti-épileptique
M 35 ans	1997  IME	Déficience intellectuelle moyenne liée à des séquelles d'une souffrance fœtale probable	Scintigraphie cérébrale confirme un infarctus sylvien gauche avec hypodébit du lobe cérébelleux droit Bilan neurologique et suivi / Crises d'asthme Séquelle d'hémiplégie droite spastique avec retard du langage, retard global du développement psychomoteur Arthrodèse du poignet droit (fléchi entre 45 et 60°)	
M 48 ans	1994  domicile	Autisme de type dysharmonie évolutive à forme psychotique et déficitaire	Mastoiidite compliquée d'une encéphalite (hospitalisation pendant 1 mois) Retard psychomoteur Suivi en ambulatoire pendant la petite enfance avec séjour rupture au CHS pyélonéphrites aiguës et malaise en 12/ 2002	Troubles du caractère et du comportement stabilisés

Cette étude de besoin reste plutôt quantitative même si elle décrit précisément les pathologies des usagers concernés. Par souci de confidentialité, les prénoms des usagers ont été changés et les pathologies décrites non exhaustives.

Elle porte sur les sept usagers (quatre femmes et trois hommes) accueillis actuellement sur l'unité de vie dite « vieillissante » et sur cinq autres usagers susceptibles d'intégrer à court terme cette unité qui n'offre d'ailleurs plus aucune place disponible.

**Concernant, les usagers de l'unité de vie dite « vieillissante »** .La moyenne d'âge est de 51,7 ans : la plus jeune usager a trente cinq ans et la plus âgée soixante et un ans. Certains ont intégré cette unité à sa création en 2000 alors qu'ils n'avaient pas encore cinquante ans : ces personnes ont donc bien présenté ou présentent un vieillissement précoce.

Six usagers sur sept sont déficients intellectuels sévères, deux usagers présentent des pathologies génétiques. L'avancée en âge chez les psychotiques profondément déficitaires, selon le Dr GABBAÏ, est marquée par des particularités :

- « l'existence de très importants **remaniements psychopathologiques** et symptomatologiques : activités délirantes et hallucinatoires, dissociations, stupeurs, ...
- la **fragilité des acquis** concernant l'autonomie élémentaire, ainsi en est-il de la marche que nombre de personnes handicapées mentales vieillissantes « désapprennent » à la faveur d'un accident, d'une maladie intercurrente ».

Cinq usagers sur sept sont épileptiques dont deux usagers non stabilisés.

Le Dr GABBAÏ précise que deux grandes tendances se manifestent pour l'épilepsie avec l'avancée en âge : **l'atténuation ou l'arrêt des crises** chez la plupart des épileptiques **ou l'aggravation** chez quelques personnes (encéphalopathies épileptiques évolutives graves : traumatismes crâniens à répétition provoqués par les chutes critiques, les états de mal). Il existe une surmortalité des épileptiques qui sont extrêmement sensibles à l'insécurité psychologique, comme à l'absence ou à l'excès de stimulations (pédagogie ou travail).

Enfin, le Dr GABBAÏ affirme que le « problème central pour les personnes présentant un handicap moteur et mental associés est celui d'une **usure précoce** de « l'outil corporel » car beaucoup de ces personnes ont fait l'objet durant leur enfance et leur adolescence de « **rééducations surstimulantes** » **dans une visée normative** d'acquisitions à tout prix, ..., les acquis tiennent du miracle et sont d'une extrême fragilité.

Parallèlement, il faut être attentif, à la fatigue, à l'usure articulaire, tendineuse, musculaire, qui menacent ces personnes et qui font des efforts démesurés pour conserver des acquis ».

Ces éléments cliniques apportent un **éclairage complémentaire** à prendre en compte dans l'accompagnement des usagers vieillissants.

## 2.2 L'équipe de direction et le management

### 2.2.1 L'équipe de direction

Elle se compose :

- d'un directeur diplômé C.A.F.D.E.S. en poste depuis dix ans et aujourd'hui en fin de carrière,
- d'une directrice adjointe en fin de formation C.A.F.D.E.S., cadre depuis dix ans, en poste depuis septembre 2008,
- d'une chef de service, cadre depuis un an, recrutée en 1994 en qualité de monitrice d'atelier, en attente d'un départ en formation C.A.F.E.R.U.I.S.,

L'équipe de direction se réunit chaque lundi pour traiter du quotidien : absence et remplacement des personnel, rendez-vous médicaux des usagers, problèmes rencontrés par les équipes dans la prise en charge des usagers.

Il n'existe pas d'ordre du jour, ni de compte-rendu.

Chaque cadre effectue une astreinte une semaine sur trois du lundi matin au lundi matin suivant.

### 2.2.2 Le dispositif de réunion

Les différents lieux de concertation et d'élaboration, que sont les réunions, participent au bon fonctionnement de l'organisation. Ils permettent de satisfaire les besoins et attentes des équipes et favorisent un accompagnement de qualité aux usagers.

- La **réunion générale** qui réunit tous les personnels, à raison d'une fois par trimestre, traite de la vie de l'établissement et des projets en cours.  
Elle peut permettre de dispenser de la formation par exemple, comment utiliser un défibrillateur ?
- La **réunion clinique** : cf. chapitre 2.3.2
- La **réunion de coordination** médicale : cf. chapitre 2.3.3
- La **réunion de service** : les équipes éducatives des différents groupes de vie se réunissent durant trois heures, une fois par semaine. Un premier temps, organisationnel, est consacré au fonctionnement de l'unité ou réunion « Projet », en alternance, puis travail sur dossier ou réunion clinique avec la psychologue.

- La **réunion** de « **Projet de vie** » : un calendrier fixant la programmation sur le trimestre est établi par la directrice adjointe de manière à ce que le projet de chaque usager soit revu, selon ses besoins, mais au maximum tous les dix à douze mois.
- Enfin, une pédopsychiatre analyste assure les séances **d'analyse des pratiques professionnelles**. Différents groupes sont constitués, la fréquence est d'une fois par mois.

Pour ne pas perdre de vue leur vocation première, Jean- René LOUBAT<sup>18</sup>, préconise de dénommer les réunions par leur but.

### 2.2.3 Le management et le rapport au temps

Dans une organisation<sup>19</sup>, l'équipe de direction assure un rôle : elle permet au directeur, d'identifier symboliquement un « espace de direction » qui exerce plusieurs niveaux de responsabilité : conseil au directeur, pôle d'orientation stratégique, exercice de délégations formelles de responsabilités de services ou de fonctions transversales telles que formation, ...

Patrick LEFEVRE met en garde sur les risques de dysfonctionnements pour le directeur qui continue à diriger seul et qui n'a pas pensé aux stratégies d'animation de l'équipe de direction. Il ressort que dans ce cas de figure, les cadres sont en général insatisfaits car les compétences de chacun se trouvent inhibées par un fonctionnement qui ne s'est pas professionnalisé.

Car, si le directeur doit pouvoir rester celui qui conserve une autonomie de décision, c'est après avoir réfléchi, débattu avec ses collaborateurs directs.

Au sein de l'équipe cadre, si les objectifs et les priorités ne sont pas clairement définis, ils ne peuvent être, par conséquent, anticipés et l'exercice de la mission de chacun se fait dans l'immédiateté.

L'immédiateté, temps sans recul ni préparation, caractérise toutes ces situations qui déstabilisent et exigent une réaction dans l'instant. C'est le règne de l'imprévu, du non programmé, de l'inopiné, celui aussi de l'interruption, de la sollicitation en cascade. C'est en fin de compte un temps où l'on n'a pas le temps.

---

<sup>18</sup> LOUBAT J.R., 2006, Penser le management en action sociale et médico-sociale, Paris, Dunod, p 298.

<sup>19</sup> LEFEVRE P., 2003, Guide de la fonction de directeur d'établissement dans les organisations sociales et médico-sociales, 2<sup>e</sup> édition, Paris, Dunod, p 274.

L'immédiateté se traduit autant par une rupture cognitive que par un débordement émotionnel. Le cadre ne se sent plus acteur, mais agi, par les membres de son équipe, ses collaborateurs.

Tout appelle à une réactivité « en flux tendu et en temps réel » dans ce qui doit constituer une « suradaptation » instantanée.

« Le management a un rapport au temps qu'il appartient à chacun de découvrir, dont chacun doit prendre conscience, et la mesure, ... »<sup>20</sup>, écrivent Jean-Marie MRAMON et François-Olivier MORDOHAY.

Les auteurs identifient quatre niveaux et quatre territoires :

- le niveau biologique est le domaine des rythmes : rythmes des fonctions corporelles qui s'imposent à nous. Le management induit du stress qui n'est pas proportionnel au temps de travail effectué.
- le niveau affectif défini par le désir et sa satisfaction. La durée de cet intervalle est « remplie » par l'attente qui peut être anxieuse. Les relations de proximité dans le travail demandent un investissement affectif qui réclame beaucoup de temps faute de quoi la déception s'installe, l'anticipation a du mal à exister.
- le niveau social ordonne le temps du travail, des relations sociales, des déplacements. L'anticipation permet alors de sortir d'une programmation déterminée.
- le niveau politique repose sur la vision et sur la participation à la construction d'une humanité meilleure. L'anticipation se confond, ici, avec le futur.

Trois éléments clefs du **concept de management** illustreront mon propos : la participation, l'anticipation, la communication et se déclinent par :

- la mise en place de groupes de travail ayant pour objets diverses thématiques intéressant de manière générale l'établissement et permettant un « aller-retour permanent entre agir et penser » : favoriser une réflexion collective pour une prise de recul régulière des professionnels et une mise en acte rigoureuse des mesures que la réflexion collective a mûries et préconise pour améliorer les pratiques, (sous couvert de l'équipe de direction),
- la nécessité d'anticiper les besoins en termes de compétences.

En effet, la création et l'ouverture du « Pavillon » dédié à un accompagnement spécifique pour des personnes autistes, a nécessité le départ en formation, en octobre 2008, de deux personnes (formations d'A.M.P et de surveillant de nuit qualifié) alors que trois

---

<sup>20</sup> MIRAMON J.M MORDOHAY F.O, 2003, Manager le temps des organisations sociales et médico-sociales, Paris, Dunod, p 89.

personnes étaient déjà en formation : la coordinatrice, en V.A.E d'éducateur spécialisé et deux autres personnes en formation d'A.M.P qui se termineront fin 2009, soit cinq salariés sur 12,8 ETP.

Sur les autres services, en octobre 2008, sont partis en formation, deux maîtresses de maison, un autre surveillant de nuit, une A.M.P, une monitrice-éducatrice et une autre salariée en V.A.E d'éducateur spécialisé pour un total de 11 personnes pour 10,8 ETP sur 48,55 ETP soit 21,14 % des intervenants éducatifs.

Mieux appréhender le besoin en termes de compétences aura pour effet immédiat de réduire les incidences liées aux mouvements des personnels sur l'accompagnement des usagers particulièrement sensibles à l'instabilité de l'environnement.

Actuellement, le plan de formation est exclusivement destiné aux actions de formation qualifiantes, le recrutement des salariés faisant souvent suite à une reconversion professionnelle sur un bassin d'emploi situé en zone rurale essentiellement à vocation maraichère et situé à trente kilomètres de la ville universitaire la plus proche (et IRTESS). Enfin, les entretiens annuels d'évaluation menés pour la première fois fin 2007 et début 2008 n'ont pas toujours satisfaits les demandes des personnels, notamment en termes d'affectation et ont généré de la frustration.

- l'amélioration de la communication. Je reprendrai l'exemple des entretiens annuels d'évaluation : ce nouvel outil a-t-il été clairement défini ? Et surtout la démarche a-t-elle été comprise ? Les acteurs ont-ils pu rationaliser cette procédure et faire du lien avec la mission qui les anime, le projet qui les fédère ?

## **2.3 Le dispositif de soin psychique et somatique**

Au regard des pathologies des usagers accueillis dans l'établissement, une surveillance médicale régulière est indispensable.

Elle s'organise autour de trois axes :

- la surveillance psychiatrique,
- le soin psychologique,
- le soin somatique : la surveillance généraliste et le suivi infirmier.

### **2.3.1 La surveillance psychiatrique**

Le médecin psychiatre, présent chaque mardi, est responsable des soins en lien avec le médecin généraliste.

A ce titre, il est garant :

- en Commission d'Admission, constituée du Président de l'A.G.E.S-A.D.A.P.E.I., d'un représentant des parents élu, du directeur, directeur-adjoint et du chef de service, du bien-fondé des admissions des nouveaux usagers au regard de l'agrément de l'établissement,

- que les pathologies des usagers n'évoluent pas de manière telle qu'elles ne correspondraient plus aux critères d'admission,
- de la mise en œuvre du suivi médical et paramédical des usagers (traitements et soins) et du bien-fondé des hospitalisations vers le secteur psychiatrique.

### **2.3.2 Le suivi psychologique**

Sur indication du médecin psychiatre, un suivi psychologique peut être apporté aux usagers par le biais d'entretiens assurés par une psychologue clinicienne.

Trois psychologues interviennent au FAM « Odette VERSEY ».

L'une est chargée :

- d'animer les évaluations AAPEP en collaboration avec une monitrice d'atelier formée à l'outil,
- d'un travail d'analyse clinique avec trois unités,

L'autre a pour mission :

- la prise en charge thérapeutique des usagers qui nécessitent un suivi ou qui en font la demande,
- un travail d'analyse clinique avec les trois autres unités,
- la supervision des salariés qui proposent une prise en charge Snoezelen à certains usagers (cf. chapitre 3.2.3).

Enfin, la troisième intervient spécifiquement sur le « Pavillon », dans le cadre des réunions « clinique » et des réunions « Projet de vie » et anime un atelier thérapeutique.

### **2.3.3 Le soin somatique**

#### La surveillance généraliste

Les pathologies somatiques associées aux pathologies psychiatriques, de plus en plus nombreuses et sévères, nécessitent la compétence d'un médecin généraliste. C'est le même médecin qui intervient en prestations extérieures, depuis la création de l'établissement.

Il connaît bien les usagers et sa présence régulière permet un suivi de médecine générale efficace.

Il intervient régulièrement une fois par semaine et est, par ailleurs disponible, en cas d'urgence. Chacune de ses visites s'effectue en présence d'une infirmière de service.

#### Le suivi infirmier

Il est assuré par trois infirmières.

Le bon fonctionnement de l'infirmerie est également lié aux informations croisées des équipes éducatives, maîtresses de maison et des familles (au retour de week-end en particulier).

Elles assurent à tour de rôle, une présence de 6 h, les samedis et dimanches, doublée d'une astreinte médicale du samedi 8 h au lundi 8 h.

Les problèmes rencontrés tant au plan somatique que psychique sont transcrits dans un cahier de transmission et retransmis au médecin généraliste ou/et au médecin psychiatre qui décide de la suite à donner.

Ce fonctionnement permet de garantir à chaque usager une prise en charge médicale globale.

Les infirmières participent :

- aux réunions de service des équipes éducatives,
- aux réunions de « Projet de vie »,
- aux réunions de coordination médicale, chaque semaine, avec le médecin psychiatre, le chef de service, le directeur adjoint ou le directeur.

Elles accompagnent les usagers aux divers rendez-vous extérieurs et hospitalisations (entrée, suivi, sortie).

Enfin, elles préparent et distribuent les médicaments.

## **2.4 Forces et faiblesses mises en exergue par l'audit**

### **2.4.1 Présentation de la démarche**

L'établissement a opté pour la méthode « VALORIS » pour procéder à l'évaluation de ces activités et de la qualité de ces prestations qu'il délivre en réalisant un audit sur six mois en 2007, comme le prévoit la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 :

*« Art. L. 312-8. - Les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 procèdent à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent, au regard notamment de procédures, de références et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles, ..., Les résultats de l'évaluation sont communiqués tous les cinq ans à l'autorité ayant délivré l'autorisation ».*

VALORIS est une méthode d'évaluation de la qualité des services à l'usager des dispositifs sociaux et médico-sociaux, développée par le Comité Européen pour le Développement de l'Intégration Sociale (CEDIS), association à but non lucratif de type loi 1901 avec lequel l'IRTESS de Bourgogne a passé une convention. L'établissement s'est porté volontaire pour être terrain expérimental.

La méthode VALORIS a été présentée et commentée lors d'une rencontre avec le personnel qui a eu lieu le 14 décembre 2006, au cours de laquelle a été exposé le référentiel de l'outil.

Lors de la préparation ont été fixés les rendez-vous pour les entretiens qu'auront les évaluateurs sur le site ou à l'extérieur avec :

- le président du Conseil d'Administration et les administrateurs disponibles,
- le directeur de la structure,
- les cadres et certains membres du personnel représentant diverses catégories (éducatifs, paramédical, services généraux, administratifs, etc.),
- les délégués des Instances Représentatives du Personnel,
- les familles qui le souhaitent.

Ont également été définies les conditions dans lesquelles les évaluateurs ont pu être en contact avec les usagers au cours de leurs activités (repas, lever, coucher, activités diverses).

La méthode VALORIS se compose de 61 items (concernant l'environnement, la qualité et l'organisation de la structure, la qualité de vie des usagers et la qualité des prestations de service) répartis en trois parties et six chapitres selon le plan suivant :

1<sup>ère</sup> Partie                      **INTÉGRATION**

- intégration physique
- démarche vers l'intégration sociale

2<sup>ème</sup> Partie                      **DÉVELOPPEMENT**

- promotion du développement de la personne
- intensité, pertinence, cohérence

3<sup>ème</sup> Partie                      **OUVERTURE ET DYNAMISME INSTITUTIONNEL**

- politique d'ouverture
- management

Les faits relevés ont été classés par item.

Chaque item, au vue des seuls faits observés, a fait l'objet d'une cotation collective par consensus définie selon quatre niveaux :

A = Très satisfaisant

B = Satisfaisant : des améliorations peuvent être apportées

C = Insatisfaisant : ne satisfait que partiellement aux exigences

D = Très insatisfaisant : contribue fortement à la dévalorisation des usagers ou à leur sécurité.

L'analyse de chaque rubrique et leur appréciation a permis de faire apparaître :

- les forces du dispositif, cotes A et B et,
- ses faiblesses, cotes C et D qui constituent des défis que l'établissement devra s'efforcer de relever pour assurer une meilleure qualité des prestations et des services rendus aux usagers.

La restitution de l'audit a été faite sous deux formes : un rapport écrit et une restitution verbale à l'ensemble des salariés.

La conclusion de cet audit laisse apparaître neuf défis (dont un seul majeur) et 48 forces.

## 2.4.2 Tableau récapitulatif d'appréciation

CHAPITRE	ITEM	NIVEAUX			
		A	B	C	D
1 – INTÉGRATION PHYSIQUE	Implantation dans la commune ou le quartier	A	B	C	D
	Localisation dans la zone d'attractivité	A	B	C	D
	Accessibilité du dispositif	A	B	C	D
	Disponibilité du dispositif	A	B	C	D
	Commerces locaux, associations et services divers	A	B	C	D
	Adéquation du dispositif avec son environnement	A	B	C	D
	Potentiel intégratif du quartier ou de la ville	A	B	C	D
2 – DÉMARCHE VERS L'INTÉGRATION SOCIALE	Nom utilisé pour désigner le dispositif	A	B	C	D
	Images suggérant la valorisation des usagers	A	B	C	D
	Image de l'édifice conforme à sa fonction	A	B	C	D
	Harmonie de l'édifice avec le voisinage	A	B	C	D
	Coexistence de plusieurs programmes dans une même structure	A	B	C	D
	Juxtaposition d'images issues de programmes voisins	A	B	C	D
	Statuts des professionnels	A	B	C	D
	Utilisation des ressources accessibles au public	A	B	C	D
	Activités favorisant l'intégration sociale	A	B	C	D
Fréquentations et relations valorisantes	A	B	C	D	

3 - PROMOTION DU DÉVELOP- PEMENT DE LA PERSONNE	Individualisation	A	B	C	D
	Connaissance des droits et obligations	A	B	C	D
	Confidentialité et respect de la vie privée	A	B	C	D
	Protection sociale, accès aux soins et sécurité	A	B	C	D
	Possessions de bien, disposition de ressources	A	B	C	D
	Libre communication, libre circulation	A	B	C	D
	Liberté d'opinion et d'expression, exercice de la citoyenneté	A	B	C	D
	Dispositif de sanctions, procédures de recours	A	B	C	D
	Surprotection physique	A	B	C	D
	Surprotection sociale	A	B	C	D
	Vie affective et sexuée	A	B	C	D
	Relations	A	B	C	D
	Formes d'interpellation et attitudes adaptées à l'âge et à la culture	A	B	C	D
	Apparences personnelles adaptées à l'âge et à la culture	A	B	C	D
	Activités, emplois du temps et rythmes adaptés à l'âge et à la culture	A	B	C	D
	Aménagements et équipements adaptés à l'âge et à la culture	A	B	C	D
	Confort	A	B	C	D
	Esthétique du cadre de vie	A	B	C	D
	4 - INTENSITÉ, PERTINENCE & COHÉRENCE	Participation des usagers et des familles	A	B	C
Projet individualisé		A	B	C	D
Accueil et orientation		A	B	C	D

DES PRESTATIONS DE SERVICES ET DES ACTIVITÉS	Hébergement, logement	A	B	C	D
	Education	A	B	C	D
	Insertion professionnelle et emploi	Sans objet			
	Santé physique et mentale	A	B	C	D
	Fin de prise en charge et continuité	A	B	C	D
5 - POLITIQUE D'OUVERTURE	Coordination et réseaux	A	B	C	D
	Information et communication externes	A	B		D
	Evolution des pratiques et innovation	A	B	C	D
	Collaboration à la recherche	A	B	C	D
6 - PROJET INSTITUTIONNEL MANAGEMENT	Projet institutionnel	A	B	C	D
	Gestion administrative	A	B	C	D
	Gestion financière	A	B	C	D
	Formation continue du personnel	A	B	C	D
	Participation à la formation des futurs professionnels	A	B	C	D
	Evaluations interne et externe	A	B	C	D
	Rapport coût / efficacité	A	B	C	D

### 2.4.3 Points forts

- Les **besoins de la vie quotidienne sont respectés** ; hygiène, alimentation, sommeil, soins, rythmes de vie, ...

**Les besoins de sécurité et de confiance, la réalisation des apprentissages et le travail éducatif sur l'autonomie dans la vie quotidienne sont valorisés. La protection physique et psychologique sont respectées.**

Les **besoins d'appartenance** : faire partie d'un groupe de référence, participer à la vie de groupe, recevoir, être reçu, aimer et être aimé sont respectés.

Les **besoins d'estime de soi et de considération** : avoir des activités, communiquer, être écouté, occuper un rôle dans l'institution, ... sont valorisés.

Les besoins de réalisation personnelle et le travail sur l'autonomie dans la vie quotidienne sont fortement mis en valeur. Les croyances de chacun sont respectées

- La santé physique et mentale est prise en charge par du personnel diplômé : médecin psychiatre, médecin généraliste, psychologues cliniciennes, infirmières.

**L'établissement est correctement équipé** : bureau médical, infirmerie, chambre d'infirmerie, bureau pour les psychologues assurant la confidentialité des entretiens d'aide et d'écoute. Des **protocoles de soins existent** : constipation, déshydratation. Les vaccinations sont suivies individuellement. Les **médicaments sont préparés par une infirmière diplômée d'Etat**. L'avis du tuteur est requis pour les traitements et interventions chirurgicales. Le **médecin généraliste est disponible** et investi dans sa mission au sein de l'établissement. Les **médecins et les infirmières informent les familles**, celles-ci sont reçues à leur demande.

Un résumé du suivi médical et des traitements est remis aux familles lors des sorties. Des pesées sont effectuées régulièrement dans les unités de vie.

- Les personnels sont dans l'ensemble diplômés et en nombre suffisant. De plus, il existe une vraie politique de formation continue du personnel et des futurs professionnels.
- Les activités sont mises en place de manière satisfaisante : prise en compte des caractéristiques des usagers (troubles autistiques notamment), utilisation des temps de vie collectifs et individuels (accueil des familles pour les repas en salle spécifique par exemple), respect des rythmes de vie de chacun, ouverture sur des activités socialement intégrantes (sorties dans Auxonne, culte, ...), respect de l'espace privé (meubles, objets personnels), droit à un accompagnement de qualité (contrat de séjour, soins, tutelle, ...), reconnaissance des droits, libertés et obligations de l'usager comme tout citoyen.

#### 2.4.4 Points faibles

- Bien que l'établissement ne soit situé qu'à deux kilomètres du centre ville et que le stationnement soit facilité, les **conditions d'accessibilité** ne sont pas optimales. Elles pourraient être améliorées (panneaux signalétiques dans la ville) et sécurisées (zone piétonnière d'accès à l'établissement).
- La **coexistence de deux projets distincts** (hébergement / activités de jour) au sein d'une même structure met en évidence une organisation qui peut favoriser des réponses identiques aux besoins des usagers et constituer une entrave à la liberté de certains. Cependant, cette coexistence témoigne aussi d'une volonté de répondre aux besoins de chacun et participe à la diversification des ressources de l'établissement.

- L'établissement devra améliorer la **protection des données à caractère confidentiel** : informations médicales, dossiers éducatifs notamment. L'accès au dossier médical doit être réservé au personnel soignant et médical.
- Les **usagers ne participent pas au Conseil de Vie Sociale (C.V.S)** et aucune procédure n'est prévue concernant les réorientations ou le choix d'opter pour un autre établissement.
- **Projet individualisé** : (cotation B selon auditeur) « Malgré la faible **participation directe des usagers dans l'élaboration de leur projet**, la mise en place d'un projet individualisé et son actualisation régulière est une force ».
- Les **mesures mises en place pour garantir la sécurité** des usagers (portes ouvertes pendant la sieste, sorties systématiquement accompagnées, séjours de vacances imposées) peuvent **réduire** l'autodétermination de certains.
- La dimension affective et sexuée est prise en compte par l'équipe dans le respect des personnes. Certains aménagements existent pour permettre une vie affective et sexuelle. Chaque situation est appréciée de manière individualisée. Mais l'établissement doit **clarifier, au niveau institutionnel, l'accompagnement de l'équipe à la vie affective et sexuelle**. Cela devrait permettre de déterminer avec cohérence des lignes d'action (comme par exemple la mise en place d'une information adaptée destinée aux usagers en matière de vie affective et sexuelle).
- Le personnel s'adresse aux résidents, en faisant preuve d'empathie, d'écoute et tient des propos rassurants à leur égard. Cependant, l'équipe est parfois maternante. Il s'agit donc de prendre en considération la personne accueillie en la respectant dans son statut d'adulte.
- La **qualité de prise en charge médicale et paramédicale est altérée par des non conformités légales et réglementaires** qui peuvent être aisément rectifiées :
  - l'établissement ne dispose que d'un défibrillateur et le personnel n'est pas qualifié pour son utilisation,
  - les prescriptions médicales ne sont pas conformes aux dispositions du Code de la Santé Publique : identification du médecin prescripteur, nominatif, daté et signé à la place des actuelles fiches du dossier de soins parfois recopiées,
  - le pharmacien reçoit la commande de médicaments sous forme de listing, en l'absence des ordonnances médicales nominatives. Il n'est donc pas en mesure d'exercer son contrôle sur les compatibilités des molécules et les durées de traitement ainsi que d'effectuer une délivrance pharmaceutique individualisée,

- le directeur, le directeur adjoint, les cadres éducatifs possèdent la clé de la pharmacie et ont accès aux dossiers de soins médicaux,
  - des informations médicales confidentielles sont produites en C.V.S,
  - il n'existe pas de protocole pour les soins d'urgence,
  - le personnel utilise des médicaments (nuits, week-end) sous sa responsabilité sans protocoles.
- Bien qu'il y ait une réflexion « projet personnes vieillissantes » et qu'une visite dans cette perspective ait eu lieu dans différentes structures, **les modalités de réorientation ne sont pas abordées dans le livret d'accueil** et les réorientations sont souvent identifiées via les CHS.
  - La **communication interne** entre professionnels est dense, toutefois l'information n'est pas disponible en temps réel pour l'ensemble des intervenants. Par ailleurs, l'établissement n'a pas développé de stratégie, de politique de **communication externe**.
  - Au regard de la **mission de l'établissement, des prestations paramédicales** de type ergothérapie, kinésithérapie, psychomotricité et orthophonie pourraient être proposées aux usagers.

### **Conclusion de la seconde partie**

Après avoir d'une part, identifié précisément avec le médecin psychiatre, personne ressource, les caractéristiques des usagers vieillissants, aujourd'hui, accueillis sur l'unité aménagée pour respecter leur rythme de vie et, les caractéristiques des usagers qui devront intégrer, demain, ce type d'unité et, d'autre part analysé finement l'environnement, le directeur d'établissement est en mesure d'affiner sa stratégie pour faire face à l'évolution des besoins des usagers.

C'est à ce titre que je tenterai quelques préconisations dans une troisième et dernière partie en tenant compte des attentes des acteurs et des propositions d'orientation émises au titre de la planification territoriale.

### 3 ADAPTER LE PROJET D'ÉTABLISSEMENT ET L'ORGANISATION EN RÉPONSE A L'ÉVOLUTION DES BESOINS DES USAGERS

Les préconisations émises, au regard du diagnostic s'articulent selon quatre axes : l'accompagnement des usagers, les usagers, le management du personnel à travers la notion de changement et le projet, dans sa dimension architecturale et financière.

En termes de bâti et sur les propositions de l'équipe de direction, le Conseil d'Administration a aujourd'hui entériné la création de nouveaux locaux, sur le site du F.A.M. d'Auxonne pour apporter aux usagers une réponse de proximité complémentaire aux prestations délivrées par l'établissement

Ce nouveau service sera construit en extension du bâtiment principal.

Il a fait l'objet d'échanges avec les autorités de contrôle et de tarification avant le passage en CROSMS prévu à la fenêtre d'automne 2009.

Cette instance devrait d'ailleurs siéger pour la dernière fois selon le projet de loi portant réforme de l'Hôpital et relatif aux Patients, à la Santé et aux Territoires.

#### 3.1 Repenser l'accompagnement

Le projet d'unité, de service ou d'établissement, doit être le moyen de fédérer l'équipe (éducative et de soin) et de donner du sens à son action dans l'accompagnement des usagers au quotidien.

Le projet permet de se projeter et donc d'anticiper l'action : elle est réfléchie à court, moyen et long terme.

Le directeur est celui qui indique la direction en définissant et priorisant les actions à mettre en œuvre au regard de la mission de l'établissement.

##### 3.1.1 L'accueil et l'accompagnement des usagers

La prise en charge spécifique des personnes handicapées mentales vieillissantes accueillies dans l'établissement et celles réorientées par d'autres établissements, (E.S.A.T. par exemple), devra s'organiser selon deux axes de prestations prioritaires (hormis les prestations hôtelières adaptées) : **les prestations de soins et d'accompagnement thérapeutique, et les prestations d'animation.**

Cependant, accompagner des personnes handicapées vieillissantes dont l'état de santé peut se dégrader rapidement soulève la question de la limite de la prise en charge que l'équipe médicale et l'équipe de direction devront poser.

Développer le partenariat avec les structures sanitaires et médico-sociales de l'agglomération Auxonnaise (hôpital local avec des services de médecine et de soins palliatifs, EPHAD) semble être une nécessité pour envisager des réorientations ou un accompagnement de fin de vie.

Il sera nécessaire de diversifier les modes d'accueil en créant des places en accueil temporaire et en accueil de jour qui correspondent à un besoin au niveau de la Côte d'Or révélé par le S.D.O.S.M.S.

### **Prestations de soins et d'accompagnement thérapeutique**

Nous l'avons vu précédemment, le plateau technique de l'établissement est une force bien qu'il doive être étoffé. Parallèlement, des procédures sont en cours pour assurer la mise en conformité de la prise en charge médicale et paramédicale au regard de la réglementation en vigueur. Un projet de partenariat sous la forme d'un Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale avec la pharmacie de l'hôpital d'Auxonne et un EHPAD est à l'étude.

Compte tenu de la population accueillie, en constat de régression, une vigilance particulière sera accordée aux fonctions vitales que sont le sommeil, la nutrition mais aussi l'élimination et les déplacements.

#### **Le sommeil :**

Une attention particulière sera portée au confort des lits : une amélioration pourra être apportée grâce à des lits médicalisés, des matelas anti-escarres, des sommiers à positionnement multiples, des barrières de sécurité.

Une vigilance identique à celle pratiquée actuellement sera maintenue pendant la nuit : conduire ou accompagner aux toilettes, calmer les angoisses, changer les literies ou les protections des personnes souffrant d'énurésie ou d'encoprésie nocturne.

#### **La nutrition :**

Une attention sera apportée à la confection des repas, l'objectif étant d'offrir une diversification de prise alimentaire en fonction des problèmes rencontrés :

- dentaire (peu ou pas de dents),
- de déglutition (fausses routes alimentaires),
- de positionnement (mouvements parasites, tête penchée sur le côté),
- de digestion (haut le cœur, vomissements),
- de comportement (boulimie, anorexie).

Le choix de nourriture doit être diversifié : nourriture mixée, moulinée, écrasée mais aussi repas spécifiques pour régimes sur prescription médicale, comme c'est le cas aujourd'hui pour le diabète, le cholestérol, les allergies.

Des bilans de déglutition et de mastication devront être envisagés par une orthophoniste.

Outre **l'attention à ces fonctions vitales**, il est nécessaire de rester vigilant aux **difficultés d'élimination** (fiches de selles).

Une autre attention particulière est à apporter au quotidien et surtout lors des toilettes, aux **problèmes cutanés** : état de la peau (rougeur, prévention des escarres, sécheresse), hygiène corporelle, état veineux des membres inférieurs.

Enfin, la **distribution** des médicaments est également un acte de tous les jours qui devra être pensé selon un protocole strict (**vérifications**).

**Les soins techniques** et spécifiques médicaux auront pour objectifs

- la prévention de tout ce qui peut entraver le confort ou le mieux-être de la personne,
- entretien du potentiel moteur et fonctionnel, limiter les régressions, les accompagner quand elles arrivent,
- suivi des problèmes orthopédiques,
- suivi des grandes fonctions organiques,
- proposer des espaces de rééducation, massage, kinésithérapie,
- Suivre, voire corriger les déficiences visuelles, auditives.

La qualité de vie des personnes vieillissantes tient pour une part au respect de leur rythme biologique et l'alternance des temps d'activité et de repos, le temps de la compréhension et de l'action, de la prise de nourriture, de la digestion.

Le soin s'entend comme « prendre soin », il faut veiller au confort apporté dans la vie de tous les jours : chaussures, vêtements.

**Prestations d'animation** :

- les activités à caractère de loisir, socialisantes,
- les activités à caractère stimulant : maintien des acquis et encouragement à l'autonomie (domestiques, mobilité, créativité, agilité, intellectuels),
- les activités à caractère de soin sont très présents : stimulation physique, ressentir de nouvelles sensations, déplacer son corps, marcher.

Cependant, le Dr Philippe GABBAÏ insiste sur l'inadéquation des stimulations qui sont parfois excessives pour l'usager fatigable : temps d'activités trop long, rythme trop soutenu.

### **3.1.2 Évaluer les besoins d'accompagnement chez les personnes handicapées mentales vieillissantes**

Pour **évaluer** de manière **qualitative** les besoins d'accompagnement, de nouveaux outils doivent être intégrés dans chaque « Projet de vie » des usagers pour obtenir **une analyse qualitative** des besoins émergents.

Il semble que la mise en relation du GIR et du MAP soit deux indicateurs pertinents :

- le GIR, Groupe Iso Ressources, **mesure le degré de dépendance** et la perte d'autonomie d'une personne dans les activités corporelles et de déplacements et,
- le MAP, Modèle d'Accompagnement Personnalisé, créé par l'UNAPEI pour se doter d'un outil spécifique d'évaluation adapté à la personne en situation de handicap mental, fait état des **besoins d'accompagnement**

Avec la méthode MAP / GIR (cf. Annexe VII), l'évaluation méthodique du besoin en accompagnement de la personne accueillie est plus complète et mesurable.

Il permet un langage commun avec le secteur des personnes âgées, la grille AGGIR étant un outil d'évaluation national applicable à la personne vieillissante de plus de 60 ans en perte d'autonomie.

### **3.1.3 Le concept Snoezelen : une philosophie de prise en charge**

L'établissement dispose d'un espace « Snoezelen » : il est équipé d'un matériel spécifique : matelas à eau chauffant, fibres optiques gerbe lumineuse avec projecteur, chaîne stéréo, colonne à bulles aux couleurs changeantes, diffuseur d'arômes, balancelle. Cet espace est un atout dans la conduite de cette démarche.

Mais « Snoezelen » est un concept qui s'applique dans l'accompagnement de l'utilisateur, au quotidien et donc essentiellement à l'extérieur de cette salle, à travers la prise de conscience des sens, à faire émerger les potentialités de chacun à travers une relation fondée sur « l'Être » plutôt que le « Faire ».

Ce concept, fort apprécié en général par les usagers qui en bénéficient, sera vraiment adapté dans l'accompagnement des personnes handicapées mentales vieillissantes.

D'un point de vue étymologique, « Snoezelen » provient de la contraction de deux verbes néerlandais, snuffelen qui signifie renifler, flairer, fureter et présente une dimension plutôt active de découverte et de stimulation, et doezelen qui veut dire somnoler, adoucir, renvoyant à une image de calme, sérénité et détente.

Mais le concept « Snoezelen » ne se définit pas, il se vit, se sent dans la relation.

En fait, il s'agit d'un état d'esprit qui regroupe le respect de la personne, la priorité aux expériences sensorielles et à la recherche de détente et de relaxation.

Pour l'équipe, il est une formidable aventure et une ouverture pour une prise en charge différente.

Les buts sont multiples :

- favoriser la relaxation, la détente,
- diminuer l'angoisse,
- multiplier les expériences sensori-motrices (spatiales et temporelles),
- créer ou augmenter la communication,
- favoriser la relation,
- centrer la personne sur ses capacités, ses forces, plutôt que sur ses incapacités et ses faiblesses,
- découvrir du plaisir et aussi du déplaisir.

## **3.2 Les usagers au centre des dispositifs**

L'audit révèle des manques dans l'effectivité des droits des usagers qui seront traités dans les deux premiers sous-chapitres suivants.

### **3.2.1 Représentativité et recueil de la parole de l'utilisateur**

Au Foyer de vie « Odette VERSEY », le Conseil d'Administration a opté, au vue des troubles du comportement et de l'angoisse que certains usagers avaient pu manifester au préalable dans ce type de réunion, pour qu'ils ne siègent pas en C.V.S. Cette instance a pour objectif de recueillir et favoriser l'expression de l'utilisateur sur le fonctionnement de l'établissement.

Or désormais, ils sont représentés par leurs parents.

Aussi, dans chaque équipe s'est engagée une réflexion qui devrait permettre de faire remonter des propositions pour garantir que la parole de l'utilisateur soit bien rapportée en C.V.S.

Des pistes émergent : des réunions mises en place avant le C.V.S, sur chaque petite unité faciliterait la parole de l'utilisateur. Leur contenu serait alors retransmis à cette instance sous la forme d'un procès verbal.

La présence d'un cadre garantirait « l'objectivité » des propos rapportés tout en assurant un caractère officiel à la démarche.

Je pense que les professionnels, et l'équipe cadre notamment de par la nature de sa fonction et de par la position de « tiers » qu'elle occupe, ont un rôle essentiel à tenir pour aider les parents d'enfants handicapés à reconnaître leurs enfants, devenus adultes, en capacité (et c'est le cas pour plus de la moitié d'entre eux) de faire des choix et de s'exprimer sur leur quotidien.

### **3.2.2 Le « Projet de vie » de l'utilisateur**

Concernant la place de l'utilisateur, Patrick LEFEVRE<sup>21</sup> parle d'une **éthique commune** qui se traduit dans le « faire avec » et non dans le « faire pour », dans le respect de l'intérêt de la personne et de son choix, comme auteur de son « Projet de vie » – la reconnaissance réciproque et le respect mutuel entre acteurs (professionnels et/ou bénévoles).

Le « Projet » de vie de l'utilisateur est formalisé dans un écrit, avenant au Contrat de séjour, qui décline les projets de prestations.

Il est réinterrogé chaque année dans le cadre d'une « réunion bilan », animée par le chef de service et rassemblant l'équipe pluriprofessionnelle. L'éducateur, référent de l'utilisateur est chargé, dans la mesure où ce dernier est en capacité de s'exprimer, de faire remonter lors de cette réunion, ses demandes ou ses remarques.

Le projet individualisé a pour but de mettre en commun les observations et les évaluations pour faire émerger les évolutions, les régressions et d'orienter le travail des divers intervenants vers des propositions d'accompagnement et des aménagements.

Le directeur d'établissement se devant d'être en conformité avec la réglementation en vigueur, j'ai proposé au Conseil d'Administration pour validation, au C.V.S et aux Instances Représentatives du Personnel, le Comité d'Entreprise (CE) et les Délégués du Personnel (DP), réunis en Délégation Unique, pour avis, la procédure suivante qui sera intégrée au Projet d'établissement et au Livret d'accueil.

Elle garantit, à l'issue de la réunion annuelle, que l'écrit des différents bilans d'évaluations et le projet pour l'année à venir, regroupés dans un même document par le référent de l'utilisateur, soit « présenté sous une forme adaptée » à l'utilisateur et envoyé à son représentant légal.

Ils sont ensuite conviés à une rencontre appelée « Conseil de Projet Vie » avec le directeur, le chef de service et le référent. Le document « Projet de vie » est modifié si besoin et signé par les parties.

### **3.2.3 L'AAPEP : un outil d'aide à l'élaboration du « Projet de vie » de l'utilisateur**

La grille d'évaluation AAPEP répondant à la spécificité de l'autisme s'est avérée convenir également à l'ensemble de la population accueillie.

---

<sup>21</sup> LEFEVRE P., 2003, Guide de la fonction de directeur d'établissement dans les organisations sociales et médico-sociales, 2<sup>e</sup> édition, Paris : Dunod, p 61.

Cette grille sert donc à l'évaluation et au suivi des « Projets de vie » de tous les usagers.

Ainsi, les recommandations générales et spécifiques qui résultent de cette évaluation sont formulées pour permettre de définir ou de redéfinir les objectifs du « Projet de vie » de l'utilisateur sur les temps d'hébergement et de journée en privilégiant des activités nécessaires à ses besoins mais aussi favorables à son épanouissement.

Le test AAPEP, **Profil Psycho-éducatif pour Adolescents et Adultes**, évalue les compétences acquises (réussites) et potentielles (émergences) de chaque usager dans les différents actes du quotidien pour « tendre vers » une intégration harmonieuse, en famille, au sein de l'établissement et dans la société.

Une action d'évaluation des compétences de chaque usager a été entreprise depuis février 2004 au sein de l'établissement.

Deux personnes sont chargées de cette action d'évaluation : une psychologue clinicienne et une monitrice d'atelier formée à cet outil.

### **3.2.4 Promouvoir la bientraitance pour accompagner les usagers vulnérables**

En référence à l'instruction ministérielle DGAS/2A n°2007-398 du 6 novembre 2007 modifiant la circulaire DGAS/2A n°2007-112 du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance, et comme le rappelle l'ANESM<sup>22</sup> dans ses recommandations de bonnes pratiques professionnelles :

« La proximité des deux concepts de **bientraitance** et de maltraitance signale une profonde résonance entre les deux. Utiliser le terme de bientraitance oblige en effet les professionnels à garder la mémoire, la trace de la **maltraitance** ».

Pourtant la bientraitance ne se réduit pas à la prévention de la maltraitance.

En 1992, le Conseil de l'Europe retient sept formes de maltraitance : violence physique, violence psychique ou morale, violence financière et matérielle, violence médicale ou médicamenteuse, privation ou violation de droit, négligence active et négligence passive.

Parce qu'elle constitue un risque pour tout établissement médico-social accueillant des personnes vulnérables, la lutte contre la maltraitance est l'affaire de tous : directeurs,

---

<sup>22</sup> Agence Nationale de l'Évaluation et de la Qualité des Établissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux, juin 2008, La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre.

salariés, familles. S'il n'existe pas de recettes universelles, développer la bientraitance participe d'une démarche collective et responsable.

Ainsi, la bientraitance, démarche volontariste, situe les intentions et les actes des professionnels pour une amélioration continue des pratiques tout en conservant une empreinte de vigilance incontournable.

La bientraitance peut donc être comprise comme une culture inspirant les actions individuelles et les relations collectives au sein d'un établissement ou d'un service qui vise à promouvoir le bien-être de l'utilisateur en répondant à ses besoins fondamentaux singuliers.

Le directeur d'établissement, conscient de la nécessité d'instaurer un dialogue avec les salariés et d'échanger sur leurs pratiques quotidiennes, doit se situer dans une démarche informative et formative. Il a pour mission et responsabilité de « manager » le personnel dans ce processus préventif.

Cette notion de responsabilité partagée est essentielle pour promouvoir la bientraitance.

### **3.3 Manager les compétences pour accompagner le changement**

Selon Patrick LEFEVRE, le changement se définit comme : « une action humaine, sociale et technique liée à un processus historique d'évolution plus ou moins lente.

Il implique une action directe ou indirecte des individus et des sociétés, et s'élabore par des effets naturels ou culturels contribuant à modifier les équilibres et à préparer de nouvelles formes d'appréhension de la vie, des relations et des échanges.

Le changement peut être initié par une action progressive, par des bouleversements ou des états de crises subis ou prévus et organisés ».

Le changement est un objectif autant qu'une manière de penser la vie et l'évolution d'une organisation.

Le changement comporte un risque, chacun perd et gagne. Le changement ne se fait jamais « contre mais pour et avec » et il suppose que chacun y trouve un intérêt (tout en faisant primer l'intérêt collectif sur l'intérêt individuel). Il ne s'inscrit pas comme une négation de l'existant ou de l'histoire mais dans la recherche d'un « mieux ».

### 3.3.1 L'organisation à l'épreuve du changement

Il est nécessaire de préciser ce que Michel CROZIER et Erhard FRIEDBERG<sup>23</sup> appellent l'organisation et que je désigne comme étant l'établissement « Odette VERSEY ». Je vais tenter de proposer une définition de l'organisation afin de mieux comprendre en quoi toute modification en son sein entrainera de la résistance de la part de ses membres.

Selon les auteurs, l'organisation est « le royaume des relations de pouvoir, de l'influence, du marchandage et du calcul » et comme « un construit humain qui n'a pas de sens en dehors des rapports de ses membres<sup>24</sup> ».

Pour eux, le pouvoir est défini comme une relation structurante caractérisée par le déséquilibre d'une relation qui est réciproque, et par la possibilité de certains individus ou groupes d'agir sur d'autres individus ou groupes. Dans ces relations de pouvoir les contraintes cohabitent avec une part de liberté qui est à défendre, à gagner, à élargir au moyen de la négociation. Les actions individuelles construisent un phénomène collectif spécifique, en apprenant à domestiquer les conflits et phénomènes de pouvoir au lieu de les étouffer, Michel CROZIER et Erhard FRIEDBERG appellent cela un système d'action concret : « un système d'action concret est un ensemble humain structuré qui coordonne les actions de ses participants par des mécanismes de jeux relativement stables et qui maintient sa structure, c'est-à-dire la stabilité de ses jeux et les rapports entre ceux-ci, par des mécanismes de régulation qui constituent d'autres jeux ». Tout changement dans ce système va déséquilibrer ces mécanismes de régulation et entrainer une forme naturelle de rejet, de résistance, de la part des éléments du système, ici les salariés.

Il faut aborder avec prudence la substance même du changement. **Michel CROZIER et Erhard FRIEDBERG pensent, que contrairement aux idées qui circulent, les acteurs ne sont pas attachés à leurs routines et sont prêts à changer rapidement s'ils sont capables de trouver un intérêt dans les changements qu'on leur propose.** Le changement nécessite cependant une rupture avec les anciens équilibres des relations entre les salariés. L'inévitabilité des crises est donc soulignée, tout comme le risque qu'elles produisent l'effet inverse, c'est-à-dire le renforcement des mécanismes d'adaptation, voire des régressions. Pour découvrir ce qui fait que la résistance s'instaure, « il s'agira de découvrir les caractéristiques, la nature et les règles des jeux qui structurent les relations entre les acteurs concernés et, partant, conditionnent leurs stratégies, et de remonter ensuite aux modes de régulation par lesquels ces jeux s'articulent les uns aux autres<sup>25</sup>».

---

<sup>23</sup> CROZIER M et FRIEDBERG E, 1992, L'acteur et le système, Saint Amand Montrond, Editions du Seuil, p 50.

<sup>24</sup> CROZIER M et FRIEDBERG E, Op. Cit., p 286.

<sup>25</sup> CROZIER M et FRIEDBERG E, Op. Cit., p 392.

Mais « tout changement constitue toujours un pari, une rupture calculée ». Le directeur, en position de réformateur est dans une situation de pouvoir, mais « il **ne peut en aucun cas imposer son modèle** en croyant détenir la vérité pour l'approche préconisée »<sup>26</sup>.

Cette approche s'oppose donc à la logique du « one best way » développée par Taylor<sup>27</sup> qui recherche le meilleur geste que l'ouvrier doit faire pour chaque tâche à effectuer pour éviter la flânerie systématique et augmenter les cadences pour augmenter la productivité au profit d'une **logique de négociation, de médiation**, dans le respect des deux parties.

Ainsi, il est permis de constater que tout au long de cet exposé la résistance au changement est un phénomène naturel et inhérent au système de l'institution.

Cependant, la réussite du management du changement peut être fondée sur l'existence d'un objectif fédérateur et mobilisant, **le projet de création d'une unité spécifique pour les usagers vieillissants et la mise en place d'un accompagnement adapté et singulier pour chacun**, pouvant permettre de dépasser les énergies individuelles et de les mettre au service d'un projet.

Le management d'un établissement suppose le développement d'une organisation susceptible de réagir aux événements et l'adaptation des compétences pour conduire, animer un projet et gérer les différentes contraintes et opportunités.

En ce qui me concerne, pour aider au changement au sein de cette organisation, je développerai un **management de type participatif par objectifs**, théorie déclinée par Patrick LEFEVRE<sup>28</sup>.

### **3.3.2 L'entretien annuel d'évaluation : un levier au changement**

Dans une organisation, l'analyse des emplois et des compétences est fondamentale car elle permet d'établir une sorte de cartographie et donne une vision globale des besoins de l'institution.

Compétence signifie tendre vers un même point, se rencontrer mais aussi répondre à, être capable de, ...

---

<sup>26</sup> CROZIER M et FRIEDBERG E, Op. Cit., p 422.

<sup>27</sup> Frédéric Winslow TAYLOR (1856-1915), considéré comme l'un des pionniers du management met en place une méthode qui repose sur l'organisation scientifique du travail.

<sup>28</sup> LEFEVRE P., 2003, Guide de la fonction de directeur d'établissement dans les organisations sociales et médico-sociales, 2<sup>e</sup> édition, Paris : Dunod, p 272.

Par ailleurs, comme le stipule Colette EYNARD, Olga PIOU et Alain VILLEZ<sup>29</sup>, l'adaptation et le développement des compétences permettent de répondre aux besoins spécifiques et singuliers de la personne handicapée mentale vieillissante.

Or, la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences se révèle l'outil approprié qui permet tout aussi bien de gérer la carrière des salariés (dimension individuelle avec formation, évaluation, ...) que les besoins de l'établissement (dimension collective avec pyramide des âges et des qualifications, coûts salariaux, plan de formation, ...).

Dans le cadre de cette démarche de management des compétences, une grille d'entretien annuel a été élaborée, (cf. Annexe VIII).

Lors de ces évaluations menées avec bienveillance et empathie par le cadre hiérarchique direct, les professionnels évoquent, la nature des besoins de formation afin de ne pas être en difficulté dans l'accompagnement de l'utilisateur au quotidien.

Cet entretien est vraiment un moment privilégié où le cadre va prendre le temps d'écouter et d'échanger avec le salarié pour faire le point et fixer des objectifs.

Le contenu de ces entretiens recense les besoins en formation et sera déterminant pour définir les axes du PAUF à venir.

Ces demandes (ou parfois l'absence de demande) peuvent être complétées et affinées par l'analyse de l'équipe de direction et selon les pratiques et les comportements inadaptes du salarié au vu des constats faits durant l'année écoulée.

Au-delà des besoins de l'institution et dans le but de développer la motivation et l'employabilité, il s'agit également de travailler sur la promotion de la personne.

Permettre à des professionnels qui le souhaitent de développer leurs compétences pour éventuellement évoluer dans une autre organisation, constitue une politique de ressources humaines saine.

En effet, mieux vaut disposer de professionnels qui développent des compétences, même si au final, ils les exercent ailleurs plutôt que de professionnels qui n'adaptent pas leurs compétences.

---

<sup>29</sup> C EYNARD, O PIOU et A VILLEZ (dir), 2009, Conduire le changement en gérontologie, Principes, méthodes et cas pratiques, Dunod, Paris.

La fatigue professionnelle et la démotivation peuvent-être à l'origine de malveillance voire de maltraitance à l'intention des usagers de la part des salariés.

Le directeur d'établissement se doit d'être vigilant pour assurer le bien-être et la sécurité des usagers.

### **3.3.3 Le PAUF : une orientation stratégique dans le cadre de l'amélioration des pratiques professionnelles**

Le plan Annuel Unique de Formation permet de **mettre en œuvre les orientations du projet en adaptant les compétences au besoin des usagers** car même si l'employeur n'est pas tenu de le mettre en place ce qui, **à mon sens, priverait le directeur d'établissement d'un levier** nécessaire pour faciliter le changement, la formation professionnelle continue **tout au long de la vie et au dialogue social** dans le cadre de la loi n°2004-391 du 4 mai 2004 est une obligation nationale.

Par le biais des apports de connaissance, la formation sur le vieillissement permettra d'aborder certains thèmes majeurs pour une meilleure compréhension de ce qui se vit avec l'avancée en âge :

- le vieillissement psychologique, jalonné de deuils et de pertes, de ruptures, mais aussi de réaménagements, d'adaptations constantes, ...
- les questions existentielles, spirituelles qui se posent au terme de la vie et vers l'accompagnement à la fin de vie,
- le vieillissement normal du corps mais aussi,
- ce que vivent les familles et les proches confrontés à la vieillesse de leur enfant, de leur frère ou de leur sœur, et l'accompagnement qu'ils attendent des professionnelles.

Cependant, dans cette formation fondée sur une approche globale du vieillissement, si la volonté est de s'inscrire dans une dynamique de changement, il s'avère essentiel d'aller au-delà des apports théoriques, d'accompagner la réflexion des professionnels sur leurs pratiques et leur positionnement afin de faire émerger de nouvelles perspectives de travail.

En effet, le vieillissement de la personne handicapée appelle un travail d'adaptation des salariés qui est difficile et qui vient souvent interroger les identités professionnelles et les pratiques. Les travailleurs sociaux ont une formation professionnelle essentiellement axée vers la progression des capacités des personnes handicapées et ne sont pas préparés à assurer l'accompagnement des personnes vers la fin de vie.

L'accompagnement des personnes handicapées mentales vieillissantes exige de la part de ces professionnels une charge de travail quotidienne plus lourde sur le plan physique et psychologique pouvant entraîner de la souffrance, de la frustration et une usure professionnelle.

Le Dr Philippe GABBAÏ évoque l'importance qu'ont certaines gratifications éducatives pour les professionnels, et le trouble que représente leur perte face à la vieillesse des usagers : « Ces patients vieillissants, déprimés ou déments, privent les équipes des satisfactions attachées aux progrès accomplis, mais aussi des satisfactions attachées « aux lignes de fuite » que constituent les sorties, les courses, les repas au restaurant, les séjours et autres animations moins faciles voire impossibles maintenant à réaliser, ... Il y a aussi la peine très réelle de voir décliner un être auquel nous attachent les liens affectifs constitués par un accompagnement de plusieurs années ».

L'appel à d'autres spécialistes, ceux du secteur sanitaire et du secteur psychiatrique, notamment, peut aussi être une ouverture indispensable.

Dans cette logique, le directeur d'établissement aura tout intérêt à diversifier les compétences en recrutant des personnels intervenant sur le soin et le quotidien : auxiliaire de vie, aide soignant.

### **3.3.4 Participer à la formation des futurs professionnels: une dynamique institutionnelle essentielle**

Dans le cadre d'une volonté politique affichée de l'équipe de direction d'ouvrir l'établissement sur l'extérieur, le F.A.M. « Odette VERSEY », en accueillant des stagiaires, participe activement à la formation des futurs professionnels : éducateur spécialisé, moniteur-éducateur, éducateur technique spécialisé, aide-soignant, infirmière, ...

Le futur professionnel ou le professionnel confirmé qui effectue un stage dans le cadre de la formation continue permet un regard « neuf » et extérieur sur l'accompagnement de l'utilisateur et soulève un questionnement qui suscite, le plus souvent, une prise de recul et une remise en question des pratiques des salariés de l'établissement.

En tant que directeur d'établissement, je pense que cette dynamique est essentielle.

### 3.4 Appréhender la dimension architecturale et financière du projet

#### 3.4.1 Avant Projet Sommaire

Quelques recommandations seront faites en matière de cadre de vie et de soin en lien avec les visites d'établissement que l'équipe concernée et moi-même avons faites, en EPHAD par ailleurs, et les ouvrages et articles de revues professionnelles.

De plus, le voyage d'étude effectué dans le cadre de la formation C.A.F.D.E.S. en fin de seconde année en Belgique, dans la région de NAMUR, capitale de la Wallonie, a permis de découvrir d'autres politiques publiques et modes de prises en charge, notamment, en faveur du handicap et des personnes âgées.

L'aspect architectural est un support du projet d'accompagnement.

Pour les personnes handicapées mentales vieillissantes, le cadre de vie doit d'abord **sécuriser** en évitant les grands espaces, **favoriser** la rencontre (facilité l'accessibilité, différencier les différents espaces) et **donner à chacun la possibilité de se sentir chez lui** (comme c'est le cas pour chaque usager au sein de l'établissement : personnaliser l'espace pour se l'approprier).

Deux unités de huit usagers semblent se dessiner et permettrait de confirmer le caractère convivial de ce nouveau « petit » bâtiment de plain pied qui aurait la caractéristique de pouvoir bien s'intégrer dans l'environnement actuel du F.A.M. « Odette VERSEY ».

#### 3.4.2 Montage financier et quelques éléments du BP

Afin de procéder aux opérations de construction, l'hypothèse suivante pourrait être retenue :

Maître d'Ouvrage pressenti : SCIC HABITAT BOURGOGNE CHAMPAGNE

Financement du projet à l'aide de subvention d'Etat, du Conseil Général et emprunt « PLUS » de la Caisse des Dépôts et Consignations.

Prix de revient estimé (TVA 5,50 %)..... non chiffré

#### **Financement Prévisionnel :**

Subventions Etat et Conseil Général..... non chiffré

Emprunt PLUS / CDC..... non chiffré

Loyer prévisionnel annuel estimé : non chiffré

Exonération de la Taxe Foncière sur les Propriétés Bâties pendant 15 ans

## Équipement

Le coût des aménagements et équipements n'est pas encore estimé. Le financement serait pris en charge par l'A.G.E.S-A.D.A.P.E.I., par le biais d'emprunts, de subventions, et de fonds propres. La durée d'amortissement des immobilisations sera à définir plus finement selon « La liste des comptes du Plan comptable des Etablissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux Privés » de J-M LE ROUX, publiées aux éditions EHESP.

Les frais financiers annuels (intérêts des emprunts) ne sont pas évalués.

Le groupe I, dépenses afférentes à l'exploitation courante, le groupe II, dépenses afférentes au personnel et le groupe III, dépenses afférentes à la structure (notamment le loyer) seront impactés.

Le budget de fonctionnement est fonction principalement de deux comptes :

- - l'évaluation de la masse salariale qui représente environ 80%,
- - les autres charges d'exploitation.

Les salariés recrutés seront soumis à la Convention Collective en vigueur au sein de l'établissement avec une valeur de point conventionnel égale à 1,67 au 01.01.2009.

Les éléments de base pour le calcul des salaires sont :

- le nombre d'ETP,
- le coefficient de base,
- la grille d'ancienneté,
- la valeur du point d'indice,
- les coefficients d'embauche,
- les points divers : indemnité de sujétion spéciale, primes de transfert, astreintes, week-end et jours fériés, le total mensuel et annuel des points, le remplacement des représentants du personnel.

Le traitement de ces données permettra d'établir les dépenses afférentes au personnel.

L'estimation des besoins humains sera calculée selon un ratio d'encadrement de 1,72 ETP soit 24,13 ETP pour 16 places à temps plein, 2 places en accueil de jour et 1 place en accueil d'urgence :

**Hébergement** :  $(16 + 2 + 1) \times 0,82 = 15,58$  ETP

**Soin** :  $(16 + 2 + 1) \times 0,45 = 8,55$  ETP

En fonction de l'organigramme qui sera déterminé selon le projet de la nouvelle unité, retenu par le Conseil d'administration sur proposition du directeur, un budget prévisionnel sera établi.

L'évaluation des autres charges d'exploitation (compte de charges 6) comme le loyer ne peut pas, pour le moment, être chiffré. La répartition des charges sera ensuite ventilée dans le budget soin ou le budget hébergement.

Ces dépenses auront, évidemment, une incidence sur le prix de journée global.

Quant à l'activité prévisionnelle, elle est calculée à partir d'un nombre de journées théorique.

Le nombre de jours d'ouverture sera de 365 jours pour les usagers à temps plein, 90 jours maximum sur l'année pour les places en accueil d'urgence et 225 jours pour les places en accueil de jour (déduction faite de 104 jours de week-end, 11 fériés, 25 jours de fermeture pour congés annuels) avec un taux d'absentéisme estimé à 10%.

### **3.4.3 Évaluer les réponses apportées aux personnes handicapées mentales vieillissantes**

Évaluer permet de mesurer l'écart entre le but atteint et celui recherché.

Le directeur d'établissement devra donc se doter d'indicateurs pour vérifier la qualité de l'offre de service apportée en réponse aux besoins des personnes vieillissantes.

Ces indicateurs pourront porter sur :

- le rythme et le mode de vie de l'utilisateur : régularité d'une tenue vestimentaire soignée, régularité dans les activités proposées (modulables ou imposées), qualité nutritive et gustative des repas, ...
- les activités proposées : à l'intérieur de l'établissement (rappelant la vie quotidienne antérieure), ateliers de créativité, activités physiques, ...
- le personnel : pourcentage de personnel qualifié, pourcentage de personnel ayant bénéficié d'une formation continue dans l'année précédente, stabilité et ancienneté du personnel (taux d'absentéisme), ...

L'outil utilisé pour recueillir la parole de l'utilisateur, dans la mesure du possible, ou de son représentant légal pourra être une enquête de satisfaction.

### **Conclusion de la troisième partie**

L'établissement devra améliorer sa communication interne et externe et mettre en place des procédures qui garantiront l'effectivité des droits des usagers.

La mise en adéquation de l'offre de service avec la réalité des besoins de la population accueillie va concourir à promouvoir la bien-être au sein des unités de vie.

Pour le directeur d'établissement, la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences est un outil essentiel dans une démarche d'accompagnement du changement, d'anticipation et d'adaptation pour que les ressources disponibles puissent satisfaire les besoins.

## CONCLUSION GÉNÉRALE

A l'issue de la phase de diagnostic, il apparaît clairement tant au niveau micro que macro environnemental, que les prestations délivrées par l'établissement, même si la médicalisation est une force réelle pour accompagner les personnes handicapées mentales vieillissantes, ne correspondent plus à l'évolution des besoins d'une partie de la population accueillie.

Quant au personnel, le directeur devra s'inscrire dans une démarche de management des compétences pour mieux répondre à l'évolution des besoins des usagers.

L'organisation est alors en capacité de réagir aux événements : un accompagnement adapté et de qualité est un gage de promotion de la bientraitance.

La qualité de vie des personnes vieillissantes tient pour une part au respect de leur rythme biologique.

Et, lorsqu'on parle de processus de vieillissement et de ses conséquences, il faut veiller à toute tentation de faire des amalgames.

Le vieillissement n'est pas encore la vieillesse. L'âge avancé ne signifie pas un état pathologique, pas plus que le handicap la maladie.

Le vieillissement comporte de multiples facettes et celles-ci doivent être différenciées. Pour résumer mon propos, je citerai Nancy BREITENBACH<sup>30</sup> qui propose une déclinaison du processus chez les personnes présentant une déficience intellectuelle et/ou psychique en termes de :

- vieillissement « classique », dans la mesure où l'évolution ressemble au parcours que suit la plupart des êtres humains qui avancent en âge,
- vieillissement « particulier » associé aux conditions d'existence parfois exceptionnelles (vie institutionnelle, traitement médicamenteux, réseau social réduit, ...) et de,
- vieillissement « spécifique » plus ou moins lié à une étiologie.

Le Dr Philippe GABBAÏ indique quelques présupposés conceptuels indispensables à une prise en soin de la personne handicapée qui avance en âge.

---

<sup>30</sup> BREITENBACH N., 1999, *Une saison de plus. Handicap mental et vieillissement*, HANDICAPS, Paris : Desclée de Brouwer, p 58.

Ils se résument à trois options fondamentales, **la personne handicapée vieillissante reste :**

- la personne d'une histoire originale, individuelle et unique,
- une personne en devenir : la conviction et l'espérance d'une évolutivité, d'un changement possible, .... Les personnes handicapées ont besoin de rester des personnes en devenir pour lesquelles s'élaborent sans cesse des projets, préparés, repérés, opérés, évalués et renouvelés, ...
- une personne « vivante » qui ne peut pas faire l'objet d'une guérison mais qui peut être au bénéfice d'un projet pour une vie possible et ceci malgré des limites parfois incontournables tant physiques que psychiques.

La notion d'accompagnement de la personne se substitue, sous l'impulsion des textes de lois récents inscrivant l'utilisateur au centre des dispositifs, à la notion de prise en charge.

L'utilisateur est acteur de son « Projet de vie » et comme tout citoyen, il a des droits et des devoirs.

Le directeur d'établissement est garant de l'effectivité de ces droits et de l'évolution de l'offre de service qu'il adapte aux besoins des usagers en cohérence avec la planification territoriale.

Parallèlement, il doit permettre aux salariés de suivre des actions d'adaptation à l'emploi et/ou de développer de nouvelles compétences.

Le projet d'établissement, outil de communication interne et externe, est une déclaration d'intention et d'engagement pour les cinq ans à venir. Il définit les nouveaux objectifs en déclinant des projets d'action à construire :

- mettre en place un accompagnement adapté au vieillissement des personnes et diversifier les modes d'accueil,
- adapter la formation des personnels afin qu'ils soient en capacité de faire face aux nouveaux besoins des usagers et étoffer le plateau technique (ergothérapeute, psychomotricien, kinésithérapeute, orthophoniste, aide soignant) et,
- développer des relations de partenariat avec le milieu hospitalier et les institutions médico-sociales pour envisager des réorientations en limite de prise en charge ou selon le « Projet de vie » de l'utilisateur.

La réécriture du projet d'établissement va engager, dans un processus de réflexion, la participation de l'ensemble des acteurs en fonction des thématiques abordées dans les groupes de travail : usagers, personnel, administrateurs, familles et direction.

L'installation d'un comité de pilotage centralisera tous les matériaux pour la rédaction de l'écrit.

Cette approche globale permettra de mettre « du lien » entre les intervenants des différents services, de la cohérence et du sens dans un ensemble de pratiques professionnelles.

Le projet, ainsi élaboré, va fédérer l'équipe pour être conduit par le directeur d'établissement, dans le cadre d'un management participatif par objectifs pour les cinq ans à venir, projet qui devra être régulièrement évalué pour s'assurer de sa pertinence au regard de l'évolution des besoins des usagers.

---

# Bibliographie

---

## OUVRAGES

- BREITENBACH N., 1999, *Une saison de plus. Handicap mental et vieillissement*, HANDICAPS, Paris : Desclée de Brouwer, 256 p.
- CROZIER M et FRIEDBERG E, 1992, *L'acteur et le système*, Saint Amand Montrond, Editions du Seuil, 500 p.
- DURKHEIM E., 1997, *Les règles de la méthode sociologique*, 9<sup>e</sup>édition, Quadrige, Paris : PUF, 149 p.
- EYNARD C., PIOU O., VILLEZ A. (dir.), 2009, *Conduire le changement en gérontologie, Principes, méthodes et cas pratiques*, Paris : Dunod, 272 p.
- LEFEVRE P., 2003, *Guide de la fonction de directeur d'établissement dans les organisations sociales et médico-sociales*, 2<sup>e</sup>édition, Paris : Dunod, 405 p.
- LEGRAND R., 2004, *Etablissements sociaux et médico-sociaux, Les documents budgétaires pas à pas*, Paris : Berger-Levrault, 277 p.
- LOUBAT J.R., 2006, *Penser le management en action sociale et médico-sociale*, Paris : Dunod, 391 p.
- LOUBAT J.R., 2005, *Elaborer son projet d'établissement social et médico-social*, 2<sup>e</sup> édition, Paris : Dunod, 342 p.
- LHUILLIER J-M. 2004, *Le droit des usagers dans les établissements sociaux et médico-sociaux*, Rennes : Editions ENSP, 187 p.
- MIRAMON J-M., MORDOHAY F-O., 2003, *Manager le temps des organisations sociales et médico-sociales*, Paris : Dunod, 152 p.
- ZRIBI G, SARFATI J (dir.), 2003, *Le vieillissement des personnes handicapées mentales*, Rennes : Editions ENSP, 198 p.
- ZRIBI G, POUPEE - FONTAINE D, 2007, *Dictionnaire du Handicap*, 6<sup>e</sup>édition, Rennes : Editions ENSP, 334 p.

## ÉTUDES et RAPPORTS

- AZEMA B., MARTINEZ N., 2003, *Les personnes handicapées vieillissantes : espérances de vie, projections démographiques et aspects qualitatifs, Rapport d'étude pour la DRESS, Ministère des Affaires Sociales, du Travail et de la Solidarité*
- *Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées*. Montpellier : CREAI Languedoc-Roussillon, 317 p.

- BLANC P, sénateur, 2006, *Une longévité accrue pour les personnes handicapées vieillissantes : un nouveau défi pour leur prise en charge, Rapport au ministre délégué à la Sécurité Sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille*, 99 p.
- BLANC P, sénateur, 2007, *L'application de 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*, Rapport d'information n°359 de la Commission des Affaires Sociales du Sénat, 95 p.
- CAYET J, 1998, *La prise en charge des personnes vieillissantes handicapées mentales ou souffrant de troubles mentaux*, Rapport présenté au nom de la section des affaires sociales au Conseil économique et social, 110 p.
- Centre Technique National d'Etudes et de Recherches sur les Handicaps et les Inadaptations, 2007, *Guide-Barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées*, 3<sup>e</sup>édition, CTNERHI, 150 p.
- CREAL de Bourgogne, 2004, *Guide d'accompagnement et de prise en charge des personnes handicapées âgées, Etude réalisée dans le cadre du Programme Régional de Santé « Handicap et Dépendance des personnes âgées »*, CREAL de Bourgogne, 104 p.
- CREAL de Picardie, 2003, *Etude régionale et interdépartementale sur le vieillissement des personnes accueillies dans les établissements médico-sociaux picards*, CREAL de Picardie, 34 p.
- LAROQUE G, 1997, *Le vieillissement des personnes handicapées, rapport du groupe de travail mis en place pour le CNCPH*, 9 p. et annexes.
- MORMICHE P, SANCHEZ J, 2000, *L'enquête Handicaps - Incapacités - Dépendance (HID) et les handicapés vieillissants, premières approches*, Réadaptation, n°475, 2000.
- MICHAUDIN H, 2002, *Les personnes handicapées vieillissantes : une approche à partir de l'enquête HID, DREES - Etudes et Résultats n°204*, 152 p.

### **REVUES PROFESSIONNELLES & ARTICLES**

- Caroline SEDRATI-DINET, ACTUALITES SOCIALES HEBDOMADAIRES n°2596, *L'architecture au service de l'action sociale, Des bâtiments pour bien vieillir*, 13 février 2009. p. 32-39.
- DIRECTION(S) n°36 décembre 2006 : *Le contrat d'objectifs et de moyens*.
- GERONTOLOGIE ET SOCIETE n°119, *Architecture et accessibilité*, Fondation Nationale de Gérontologie, décembre 2006, 233 p.

## **TEXTES JURIDIQUES**

- 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°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, Journal Officiel du 3 janvier 2002, page 124
- MINISTERE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES, DE LA FAMILLE, DE LA SOLIDARITE ET DE LA VILLE. Décret n°2009-322 du 20 mars 2009 précisant les obligations des établissements et services accueillant ou accompagnant des personnes handicapées adultes n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie. Journal Officiel n°0072 du 26 mars 2009, page 5375
- MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Décret n° 2007-975 du 15 mai 2007 fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Journal Officiel n°113 du 16 mai 2007 page 9373
- MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Décret n°2005-724 du 29 juin 2005 relatif à l'AAH et modifiant le code de la Sécurité Sociale. Journal Officiel n°151 du 30 juin 2005 page 10779.
- Circulaire n°DGAS/SD3C/2005/224 du 12 mai 2005 relative à l'accueil temporaire des personnes handicapées.
- Circulaire n° 86-6 du 14 Février 1986 relative à la mise en place d'un programme expérimental d'établissements d'hébergement pour adultes gravement handicapés.
- Instruction ministérielle DGAS/2A n°2007-398 du 6 novembre 2007 modifiant la circulaire DGAS/2A n°2007-112 du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance.

---

## Liste des annexes

---

<b><u>ANNEXE I</u></b> .....	p. I
Courrier de Madame la Présidente de l'A.D.A.P.E.I. de Côte d'Or à Monsieur le DDASS en date du 16.07.2008	
<b><u>ANNEXE II</u></b> .....	p. III
Livret d'accueil	
<b><u>ANNEXE III</u></b> .....	p. XXXI
Règlement intérieur du Conseil de Vie Sociale	
<b><u>ANNEXE IV</u></b> .....	p. XXXVII
Organigramme au 01.01.09	
<b><u>ANNEXE V</u></b> .....	p. XXXIX
Pyramide de MASLOW	
<b><u>ANNEXE VI</u></b> .....	p. XLI
Grille des 14 besoins fondamentaux de l'homme définis par Virginia HENDERSON	
<b><u>ANNEXE VII</u></b> .....	p. XLV
Présentation des outils MAP / GIR	
<b><u>ANNEXE VIII</u></b> .....	p. XLIX
Entretien Annuel	

**ANNEXE I – Courrier de Madame la Présidente de l’A.D.A.P.E.I. de Côte d’Or à Monsieur le DDASS en date du 16.07.2008.**

**ASSOCIATION DEPARTEMENTALE DES AMIS ET PARENTS D’ENFANTS INADAPTES  
DE LA COTE D’OR**  
(Association Loi 1901)

**A.D.A.P.E.I.**  
**Côte d’Or**  
**6 Rue de la Résistance**  
**21000 DIJON**

☎ **03.80.65.37.54**  
☎ **03.80.48.64.41**

Dijon, le 16 juillet 2008

à Madame le Directeur Départemental  
des Affaires Sanitaires et Sociales  
16 – 18 Rue Nodot  
21000 DIJON CEDEX

Objet : - Création d’un lieu de vie pour personnes adultes handicapées vieillissantes  
- Création d’une place « de transition » entre le F.A.M. et le C.H.S.

Affaire suivie par Mme Gueugnon –

Madame le Directeur,

Depuis plusieurs années, l’A.G.E.S.-A.D.A.P.E.I. se pose la question du vieillissement d’un certain nombre de résidents du F.A.M. d’Auxonne.

En effet en 2007, nous recensons 7 résidents que nous pouvons d’ores et déjà considérer comme vieillissants. Une étude prospective montre une augmentation de 3 à 4 résidents tous les 5 ans soit environ 10 résidents vieillissants en 2012 et 14 en 2017.

A l’heure actuelle, l’organisation du F.A.M. d’Auxonne intègre déjà, dans son effectif, un regroupement de ces personnes sur un lieu de vie, pour leur permettre un rythme de vie plus individualisé et des accompagnements en activités de jour plus adaptés sachant que ces personnes nécessitent une attention toute particulière quant à leur alimentation, leur hydratation et l’adaptation des locaux. Leur vieillissement provoque un suivi médical en augmentation et des adaptations de traitement particulièrement surveillées. De ce fait, nous insisterons sur un encadrement plus médicalisé : aide soignante plutôt qu’A.M.P.

Pour l’instant, aucun résident n’a besoin de fauteuil roulant, mais cette éventualité n’est pas à écarter dans un avenir plus ou moins proche.

A l’horizon 2017, sans autre solution et sans occulter les problèmes de mortalité, le nombre de ces personnes nous obligerait à mettre en œuvre un 2<sup>ème</sup> lieu de vie, ce qui nous paraît impossible sans prendre le risque de ne pouvoir recevoir les personnes en liste d’attente si ce n’est avec des délais rédihibitoires.

De ce fait, l’A.D.A.P.E.I., souhaite, dans la délibération de son Conseil d’Administration du 24/06/2008 que soit proposée aux instances de contrôles, Conseil Général et Etat, la préparation d’un dossier dans la perspective de passage en C.R.O.S.M.S.

.../...

Ce dossier intégrera la construction sur le site d'Auxonne d'une structure de F.A.M. pour personnes vieillissantes d'une dizaine de places, tout en sachant que des solutions de réorientation autres pourraient être mises en œuvre (maison de retraite locale, famille d'accueil, longs séjours, C.H.S....) au cas par cas, mais de notre point de vue, de manière marginale.

La création d'une telle structure a pour avantage de ne pas couper les liens forts pour les résidents, par rapport à la structure existante et d'absorber ainsi l'augmentation du nombre de résidents vieillissants sans pénaliser l'arrivée des personnes en liste d'attente.

Dès lors, la gestion de cette structure serait confiée à l'A.G.E.S.-A.D.A.P.E.I. par l'A.D.A.P.E.I.

Ces dispositions seraient transposables en particulier pour le F.A.M. et la future M.A.S. d'Is-sur-Tille pour lesquelles un dossier similaire pour un passage en C.R.O.S.M.S. pourrait être déposé en temps utile.

Par ailleurs, et profitant de la structure pour personnes vieillissantes, les instances associatives souhaitent proposer en parallèle et éventuellement dans le même dossier C.R.O.S.M.S la création d'une place relais entre l'Etablissement et le C.H.S. pour faire face aux états de crises ou d'agitation graves.

En effet, une telle mini structure aurait pour mission :

- soit de permettre à un résident de quitter son groupe d'attache pour gérer, avec les moyens nécessaires un état de crise grave et éventuellement éviter une hospitalisation au C.H.S.,
- soit si l'hospitalisation, nécessaire à la stabilisation thérapeutique est incontournable, de permettre une transition au retour, dans un lieu autre que le groupe d'attache pour réadapter en douceur le résident.

Ce dispositif permettrait d'instaurer un vrai travail de collaboration avec le C.H.S., de préparer les retours parfois difficiles, en rassurant à la fois les résidents, les familles et les équipes en effectuant un véritable travail de réadaptation.

Souhaitant que ces propositions vous agrèent, et restant à votre disposition pour tous renseignements qui vous sembleraient utiles, nous vous prions de croire, Madame le Directeur, en l'expression de nos respectueuses salutations.

La Présidente de l'A.D.A.P.E.I.  
De Côte d'Or,

Isabelle MILER

# LIVRET D'ACCUEIL

**Foyer de Vie et de Progrès « Odette Versey »**

**(Foyer d'Accueil Médicalisé)**



47 Route de Chevigny

21130 AUXONNE

Tél. 03.80.31.19.70

Fax : 03.80.31.42.53

Email : [secretariat@ages-auxonne.fr](mailto:secretariat@ages-auxonne.fr)

**A.G.E.S.-A.D.A.P.E.I.**

Association de Gestion des Etablissements et Services de  
De l'Association Départementale des Amis et Parents d'Enfants Inadaptés  
de la Côte d'Or

## Bienvenue au Foyer de Vie et de Progrès « Odette Versey »

Tout le personnel de l'Etablissement a pour but unique, de construire et de développer avec vous, un projet de vie adapté et durable, et de vous apporter l'assistance quotidienne et l'accompagnement nécessaire à la mise en œuvre des soins qui vous sont indispensables, dans un permanent souci de qualité. Le Foyer d'Accueil Médicalisé d'Auxonne est un lieu de vie dont le fonctionnement est permanent. Il accueille des hommes et des femmes qui en raison de difficultés intellectuelles ou de troubles du comportement et de la personnalité, ne peuvent disposer d'une autonomie suffisante dans la vie courante.



### RECOMMANDATIONS

Ce livret d'accueil a pour but de faciliter pour tous, le bon déroulement de la vie quotidienne, tant individuelle que collective, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'établissement.

Il sous entend la participation active de chacun pour préserver le climat familial, les consignes qui s'imposent à tous : simples règles de savoir vivre, règlement intérieur ou dispositions législatives.

\* S'il survenait un conflit, toute personne prise en charge dans l'établissement, ou son tuteur pourra faire appel, en vue de l'aider à faire valoir ses droits, à une personne qualifiée qu'elle choisira sur une liste établie conjointement par le Préfet et le Président du Conseil Général. Cette personne s'appelle Le Conciliateur. La liste est affichée dans chaque groupe de vie et rappelée à la fin de ce livret.

\* Avec ce livret, vous seront remis :

- un règlement intérieur des résidents (ou règlement de fonctionnement)
- la **Charte des droits et libertés** de la personne accueillie. Elle est arrêtée par les ministères compétents.
- le **Contrat de séjour** : il s'agit d'un contrat individuel de prise en charge qui est élaboré avec vous ou votre représentant légal, auquel est annexé un projet individuel d'accompagnement.
- le **Projet d'établissement** qui sera régulièrement mis à jour

\* Un Conseil de Vie Sociale, comportant des représentants des usagers, veillera au respect des modalités de fonctionnement de l'établissement, au respect des engagements de chacun et au maintien de l'éthique associative.

## Présentation de l'Etablissement

Le Foyer de Vie et de Progrès « Odette Versey » a été en 1994 à l'initiative de l'A.D.A.P.E.I. de Côte d'Or. Il a ouvert ses portes le 2 mai 1994.

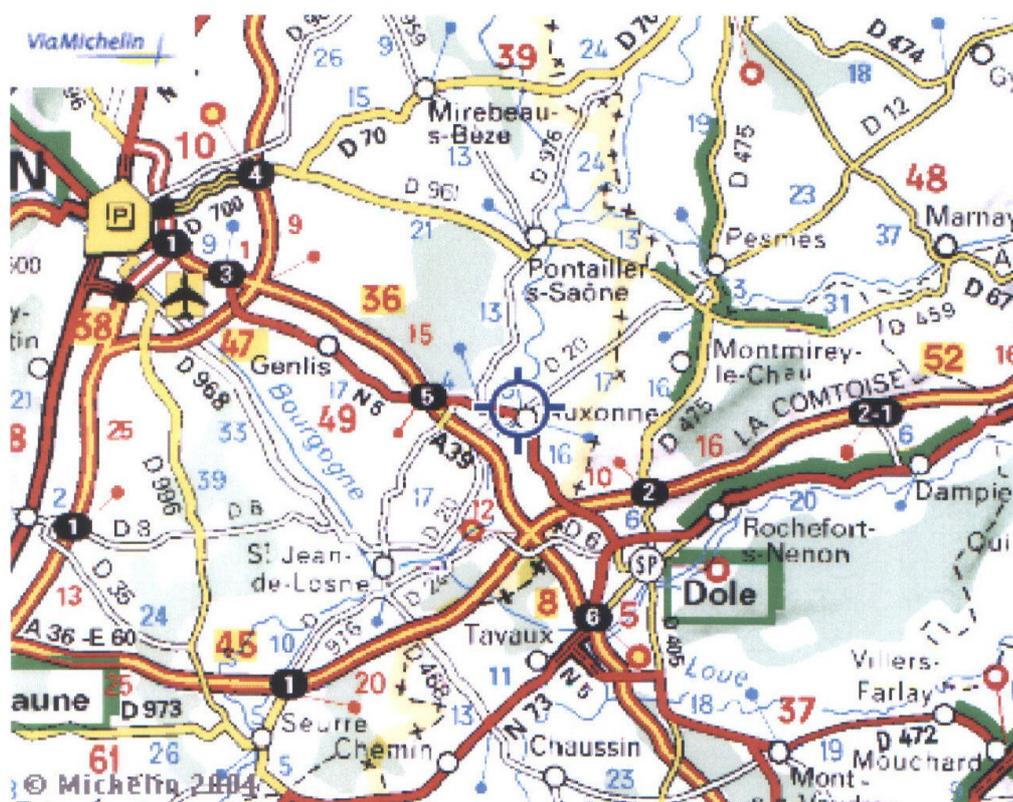
En 1996, l'A.D.A.P.E.I. a remis la gestion du foyer à l'A.G.E.S.-A.D.A.P.E.I. (Association de Gestion des Etablissements et Services de l'A.D.A.P.E.I. de Côte d'Or).

Le Foyer de Vie et de Progrès est implanté à Auxonne, capitale de Val de Saône.

Il est construit en limite sud de la ville, en bordure des zones maraîchères, sur un terrain de 3 hectares.

La ville d'Auxonne est desservie par la SNCF, une ligne de bus et se situe à proximité de l'autoroute.

Situé à 35 kms de Dijon et 15 kms de Dole, le Foyer bénéficie des dispositifs hospitaliers de ces deux zones : Centre hospitalier régional, hôpital psychiatrique, polyclinique.



## Résumé du projet d'établissement

**Le projet d'établissement, dont un exemplaire vous sera remis (ou à votre représentant légal) peut se résumer selon 4 grands axes :**

### **Préserver votre statut d'adulte**

**On peut être adulte et dépendant sans pour autant être exclu du statut d'adulte.**

### **Préserver votre intégrité physique et mentale**

**Il s'agit pour le personnel qui vous entoure de mettre en œuvre une vigilance permanente à votre égard pour observer tous les changements dans votre état physique et émotionnel pour éliminer tour à tour toutes les causes physiques, psychiques ou biologiques qui pourraient vous perturber.**

### **Développer la vie sociale**

**Le projet de vie sociale et culturelle est une nécessité qui donne sens à votre vie et à l'intervention des professionnels et vous garantit un présent et un avenir.**

### **Maintenir des liens familiaux**

**Votre famille, qu'elle soit naturelle ou d'accueil, est notre partenaire privilégié, parce qu'elle garantit le maintien des liens affectifs qui vous habitent et ne peut en aucun cas se substituer à l'accompagnement des professionnels.**

**Néanmoins, les liens familiaux indispensables à votre équilibre doivent pouvoir s'harmoniser dans une nécessaire distanciation (juste étalement des sorties en famille) pour permettre à votre projet éducatif individualisé d'exister**

## Organisation de l'établissement

### Préalable

**La vie de l'établissement s'organise en prenant appui sur 3 services principaux qui répondent à la définition légale des missions de votre établissement :**



- Vie quotidienne à travers le service résidentiel
- Soins éducatifs, relationnels et de réadaptation à travers le service d'activités de jour
- Soins spécifiques de nature médicale ou infirmière à travers le service médical.

**Bien entendu, ces services sont interdépendants pour vous proposer un accompagnement global cohérent.**

**D'autres services viennent compléter et renforcer votre accompagnement :**

**Cuisine  
restauration**



**Entretien**

**Lingerie**



**Administration et  
comptabilité**



## Le service résidentiel

### Description des locaux

S'agissant d'un internat permanent, le bâtiment d'hébergement principal compte 40 chambres individuelles réparties sur 2 étages et rassemblées en groupe de vie, soit :

Par étage ( un groupe de 5 chambres  
( un groupe de 7 chambres soit 20 chambres par étage  
( un groupe de 8 chambres

Le pavillon autiste comporte 1 aile de 6 chambres et 1 aile de 5 chambres.  
Chaque groupe de vie comporte en plus des chambres, un bureau éducatif, un séjour avec kitchenette et une salle de bains.



### Les équipes d'hébergement

Sur chaque groupe de vie, une équipe éducative renforcée par une maîtresse de maison vous assurera de manière permanente l'accompagnement nécessaire pour la mise en œuvre de votre vie quotidienne, tant individuelle que collective.

L'équipe éducative est composée de professionnels diplômés : éducateur spécialisé, moniteur éducateur, aide médico-psychologique (A.M.P.) ou aide soignant.

Ces professionnels mettront tout en œuvre avec vous, pour vous assurer le confort physique et moral que vous êtes en droit d'attendre. Ils vous proposeront des activités socialisantes pour favoriser votre épanouissement et veilleront à la continuité des soins éducatifs, relationnels ou de réadaptation qui vous sont dus. Ils favoriseront autant que possible l'expression de vos souhaits et de vos besoins.

### Le fonctionnement

Sur chaque lieu de vie, les personnels éducatifs assureront une présence permanente de 7 h 30 à 10 h 00, puis de 16 h 15 à 22 h 00 pour mener à bien leur mission. Les week-ends et jours fériés, ils seront présents de 7 h 30 à 22 h 00 sans discontinuer.

A l'aide de la psychologue, du directeur adjoint, du chef de service et du directeur, ils se réuniront régulièrement pour faire le point sur votre situation, pour évaluer, améliorer votre état et votre situation.

### Les projets de groupe

Chaque équipe s'est efforcée de mettre en place un projet pour son groupe de vie. Ce projet se veut pouvoir répondre aux attentes, aux possibilités et aux capacités de chacun d'entre vous, sans qu'aucun des membres du groupe n'en soit exclu : animations diverses, sorties culturelles, piscine etc...

Dans ce contexte un projet individualisé vous sera proposé qui fera l'objet d'un document personnalisé

## Activités de jour

### Description des locaux

Réunies dans une structure rénovée et agrandie en 2008, 9 salles pourront vous accueillir, pour mettre en œuvre des activités les plus diverses à caractères occupationnel, ludique, sportive et socialisante auxquelles s'ajoute un bassin de détente.

Vous disposerez d'une serre de jardinage et de suffisamment d'espace pour vous permettre de mettre en place des activités d'espace vert et de petites cultures. Vous pourrez mettre en œuvre vos qualités d'horticulteur au profit de l'institution et/ou vous adonner au petit maraîchage.

### L'équipe d'activité de jour

Comme sur le service résidentiel, l'équipe qui vous accompagnera est composée de professionnels diplômés « moniteur d'atelier ». Un éducateur spécialisé coordonne l'ensemble du fonctionnement en lien avec les équipes d'hébergement. Cette équipe vous permettra de mettre en œuvre dans les meilleures conditions possibles les activités que vous aurez choisies ou qui vous conviennent le mieux.

### Le fonctionnement

#### Les horaires :

Lundi 12 h 00 à 16 h 15  
Mardi 9 h 45 à 16 h 15  
Mercredi 9 h 45 à 16 h 15  
Jeudi 9 h 45 à 16 h 15  
Vendredi 9 h 45 à 14 h 00

En dehors de ces plages horaires, la continuité de l'accompagnement est assurée par les équipes d'hébergement.

Pour les résidents de l'hébergement, lorsque le service d'activités de jour est fermé (CA - CT) la continuité de l'accompagnement est assurée en permanence et en continu par les équipes éducatives d'hébergement.

**La liste des activités proposées est fournie et se répartit en deux grandes catégories :**

**- activités internes : atelier lingerie, épluchage, bricolage, activité bois, cuisine, pâtisserie, jardinage, dessin, peinture, musique, lecture, écriture, conditionnement, bassin de détente, ergothérapie, psychomotricité...**

**- activités externes : équitation, sport, médiathèque, bibliothèque, balnéothérapie, randonnée, vélo, parcours de santé, piscine, pêche à la ligne...**

**Par ailleurs, vous pourrez éventuellement participer à un certain nombre de travaux d'intérêt collectif (cuisine, lingerie, entretien). C'est un moment particulier où vous travaillerez avec un professionnel dans une relation privilégiée, de reconnaissance collective et de fierté du travail bien fait et utile.**

**Un programme d'activité et emploi du temps est élaboré si possible avec vous, pour tenir compte de vos choix, de vos possibilités et de l'organisation des groupes d'activités.**

**Néanmoins ce planning se veut souple et pourra évoluer ou être adapté, chaque jour en fonction de votre état de santé ou de rendez vous extérieurs.**

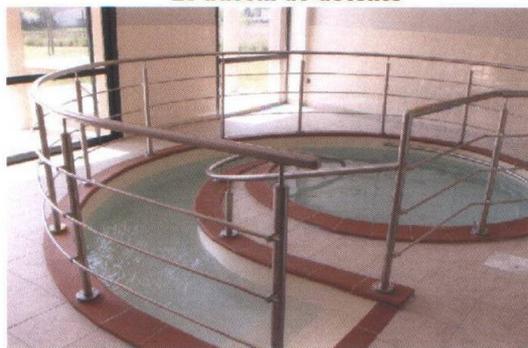
**1 salle d'activité**



**le hall d'accueil**



**Le bassin de détente**



## Le pavillon pour les personnes atteintes d'autisme

**C'est un nouveau bâtiment, lieu de vie et d'activités, qui a ouvert ses portes fin août 2008. Il accueille onze résidents dans un fonctionnement spécifique. Une équipe formée à l'autisme, vous accompagne chaque jour dans le quotidien et dans des activités organisées sur site ou à l'extérieur de 7 h 30 à 22 h 00. Un surveillant de nuit est présent chaque nuit.**

**Le bâtiment est pensé pour favoriser votre repérage dans l'espace.**

**Il y a une cuisine pour les repas et collation, une salle détente télévision, des salles pour les activités. Chacun des résidents a sa chambre individuelle avec son cabinet de toilette.**

**D'autres équipements sont à votre disposition (salle Snoezelen, salle de bain avec baignoire à bulles, terrasse, petit jardin avec patio...).**

**Vous pourrez également bénéficier d'activités sur le service d'accueil de jour selon le projet éducatif conçu en fonction de vos besoins (bassin de détente, salle de gymnastique douce, bricolage, arts plastiques, bois...)**

**Dans les 6 mois de votre arrivée, un projet individualisé sera élaboré en collaboration avec vous et votre famille pour garantir la qualité de votre accompagnement. Le pavillon permet la mise en place des systèmes de communication visualisée nécessaires à vos besoins pour améliorer votre adaptation (emploi du temps visuels - photos ou objets signifiants...).**

**Le salon**



**La cuisine**



**La salle à manger**



## Le service médical

**Placée sous la responsabilité d'un médecin psychiatre, présente une journée par semaine, l'équipe est constituée de trois infirmières, de trois psychologues représentant trois journées de présence par semaine. De plus, un médecin généraliste de ville, connaissant bien l'institution y intervient régulièrement. En son absence, il sera fait appel au médecin de garde.**

**La coordination médicale est assurée par le service infirmerie de l'établissement.**

**L'objectif de cette équipe est de vous assurer la bonne continuité de la surveillance médicale, des soins, des traitements.**



**Le service médical ne possédant pas de moyens techniques spécialisés, il fera appel à son initiative à des intervenants extérieurs : kinésithérapeute, orthophoniste...**

## La vie quotidienne

### Le repas

**Les repas sont préparés sur place par du personnel de cuisine qualifié. Les menus sont élaborés par une commission alimentation qui veille à l'équilibre diététique et à la variété des menus.**

**Les repas de midi sont généralement pris dans la salle de restauration collective à 12 h 30, mais d'autres propositions peuvent être faites : repas à l'extérieur, atelier cuisine, repas sur le groupe de vie.**

**Pour les externes, ce sont les mêmes dispositions qui s'appliquent, mais le coût est à votre charge.**



**Les repas du soir livrés dans chaque unité et les petits déjeuners sont pris sur votre groupe de vie. Vous pourrez être amené à participer à leur mise en œuvre.**



**Sous réserve de prévenir à l'avance, vos familles ou amis peuvent prendre leur repas avec vous, moyennant une participation financière.**

### **Le logement**

**Vous disposez d'une chambre individuelle de bonne taille (22 m<sup>2</sup>) et confortable comportant un cabinet de toilettes avec douche, wc, lavabo.**

**Avec l'aide de votre famille, ou tuteur, vous avez toute latitude pour personnaliser cet espace intime, et veiller à sa préservation.**



### **Horaires de lever et coucher**

**En principe et en fonction de l'organisation de la soirée, le coucher est prévu au plus tard à 22 h 00, le lever s'opérant autour des 7 h 30.**

### **Surveillance de nuit**

**Cette surveillance est assurée par des « surveillants de nuit » (un par étage et un sur le bâtiment autistes) qui veillent à votre sécurité et à votre confort. Ces personnels effectuent des rondes tout au long de la nuit et sont en lien téléphonique avec le cadre d'astreinte de l'établissement. Leur horaire de présence, de 21 h 45 à 7 h 45 explique les horaires de lever et de coucher.**

**Les équipes éducatives leur transmettent le soir toutes les informations utiles à votre sécurité et votre santé et vice versa le matin.**

## **Le linge**

Une lingerie interne à l'établissement fonctionne du lundi au vendredi et assure l'entretien de tout votre linge, draps et vêtture : lavage, séchage, repassage, ravaudage. Votre linge devant être marqué.

Vous devrez éviter les vêtements trop délicats qui pourraient être abîmés par les lavages répétés.

## **Visites**

Chaque visite de parents ou amis doit être annoncée pour convenir de l'horaire adapté en fonction de la vie de l'institution. Les visiteurs doivent obligatoirement se signaler à l'accueil ou à la personne de service sur le lieu de vie.

## **Les transferts**

Des séjours de vacances appelés transferts sont organisés chaque année pour les résidents ne bénéficiant pas de vacances en famille sur cette période.

A l'initiative de l'A.G.E.S.-A.D.A.P.E.I., une participation financière volontaire est proposée aux familles. Cette participation a pour but d'atténuer les coûts des transferts dans un souci d'amélioration permanent des conditions de séjour.

Que ce soit pour les périodes de transfert d'été, de vacances familles, la planification de ces événements fera l'objet d'un calendrier qui vous sera remis (ou à votre famille) de façon à anticiper l'organisation, tant pour vous que pour l'établissement.

## **Téléphone**

L'équipe de votre groupe de vie facilitera vos souhaits de communications. Les appels extérieurs vous seront transmis sauf pendant les temps de repas.

## **Courrier**

Il vous sera distribué chaque jour. Le courrier au départ pourra être déposé au secrétariat.

## **Culte**

Les opinions et croyances de chacun sont respectées. Les souhaits de participation à un culte seront pris en compte autant que possible.

## Données administratives



### **Admission**

**Vous aurez à nous fournir au préalable un dossier d'admission qui nous informera de tout ce qui concerne votre santé (données médicales) et votre autonomie (antécédents et habitudes de vie).**

**Une décision de la C.D.A.P.H. est indispensable. Elle doit comporter l'indication d'un placement en F.A.M. (Foyer d'accueil médicalisé).**

**Votre dossier administratif devra comporter un certain nombre de pièces dont le listing vous sera remis en temps utile.**

**Votre admission sera prononcée par la Commission d'admission du Foyer, constituée du Président de l'A.G.E.S., du médecin psychiatre, d'un représentant des parents élu, du Directeur, du Directeur Adjoint, du Chef de service.**

### **Prise en charge financière**

**Le Foyer de Vie et de Progrès « Odette Versey » est un foyer d'accueil médicalisé qui fonctionne sur le principe d'une double tarification qui distingue vos frais d'hébergement à la charge du Conseil Général et un forfait « soins » à la charge de la sécurité sociale.**

**Ce sont vos jours de présence dans l'établissement qui font l'objet d'une facturation à ces deux organismes.**

**Pour les frais d'hébergement, le Conseil Général vous demandera de reverser 70 % de votre A.A.H. (allocation adulte handicapé) et votre allocation logement sera perçue directement par le Foyer.**

**Vos frais médicaux seront pris en charge par le forfait soins y compris pour les personnes accueillies en journée.**

**Le nécessaire équilibre financier de l'établissement vous autorise une absence théorique annuelle de 15 jours ouvrables (pour les personnes en hébergement).**

**Au titre de l'A.A.H., vous conserverez 30 % du montant de celle-ci pour vous permettre de faire face à vos dépenses personnelles : vêtue, loisirs, sorties etc...**

**La gestion de ces dépenses sera effectuée dans l'établissement, individuellement. Vous pourrez consulter, ou votre représentant, la tenue de ce compte chaque fois que nécessaire.**

**Président du Conseil d'Administration de l'A.G.E.S.-A.D.A.P.E.I.**

**Monsieur Jacques PILLIEN  
6, rue de la Résistance  
21000 DIJON**

**Secrétaire du Conseil d'Administration**

**Monsieur Christian GONNIN**

**Trésorier du Conseil d'Administration**

**Madame Jacqueline MULLER**

\*  
\* \*

**Foyer de Vie et de Progrès**

<b>Direction</b>	<b>:</b>	<b>Monsieur Jean Louis CLERC</b>
<b>Directeur adjoint</b>	<b>:</b>	<b>Madame Béatrice RICHARD</b>
<b>Chef de Service</b>	<b>:</b>	<b>Madame Véronique LAMBERT</b>
<b>Secrétariat – Accueil</b>	<b>:</b>	<b>Madame Christiane NAUDIN</b>
<b>Comptabilité</b>	<b>:</b>	<b>Madame Laurence CHAUMONNOT</b> <b>Madame Marie Anne FORNELLI</b>
<b>Infirmières</b>	<b>:</b>	<b>Madame Laetitia BURLONE</b> <b>Mademoiselle Clélia BOISSIERE</b> <b>Madame Odile CHAPUIS</b>
<b>Médecin psychiatre</b>	<b>:</b>	<b>Docteur Jean Claude GIROD</b>
<b>Médecin généraliste</b>	<b>:</b>	<b>libéral attaché à l'établissement Docteur Michel FABRE</b>

\*\*\*

**Conseil de Vie Sociale**

<b>Présidente</b>	<b>:</b>	<b>Madame Janine LORY</b>
<b>Vice Présidente</b>	<b>:</b>	<b>Madame Christine LIEUX</b>
<b>Représentants les parents</b>	<b>:</b>	<b>Madame Nicole CHAUMONT</b> <b>Monsieur Jean Claude LE MINOR</b> <b>Monsieur Michel REY</b>
<b>Représentant l'A.G.E.S.-A.D.A.P.E.I.</b>		<b>Monsieur Christian GONNIN</b> <b>Monsieur Jacques PILLIEN</b>
<b>Représentant les salariés</b>	<b>:</b>	<b>Monsieur Gabriel DELOGE</b> <b>Madame Marie Ange TIJOUX</b>
<b>Voix consultatives</b>	<b>:</b>	<b>Monsieur le Maire d'Auxonne</b> <b>Monsieur Jean Louis CLERC – Directeur du Foyer</b>

**Recours : Conciliateurs du département de Côte d'Or**

<b>Personnes qualifiées</b>	<b>:</b>	<b>Madame Jacqueline PERWEZ</b> <b>Monsieur Maurice BOLLARD</b> <b>Monsieur Jean Luc JAVOUHEY</b>
-----------------------------	----------	---

## La charte des droits et libertés de la personne accueillie

(arrêté du 8 septembre 2003, J.O. du 9-10-03)

### Article 1<sup>er</sup> : Principe de non-discrimination

Dans le respect des conditions particulières de prise en charge et d'accompagnement, prévues par la loi, nul ne peut faire l'objet d'une discrimination à raison de son origine, notamment ethnique ou sociale, de son apparence physique, de ses caractéristiques génétiques, de son orientation sexuelle, de son handicap, de son âge, de ses opinions et convictions, notamment politiques ou religieuses, lors d'une prise en charge ou d'un accompagnement, social ou médico-social.

### Article 2 : Droit à une prise en charge ou à un accompagnement adapté

La personne doit se voir proposer une prise en charge ou un accompagnement, individualisé et le plus adapté possible à ses besoins, dans la continuité des interventions.

### Article 3 : Droit à l'information

La personne bénéficiaire de prestations ou de services a droit à une information claire, compréhensible et adaptée sur la prise en charge et l'accompagnement demandés ou dont elle bénéficie ainsi que sur ses droits et sur l'organisation et le fonctionnement de l'établissement, du service ou de la forme de prise en charge ou d'accompagnement. La personne doit également être informée sur les associations d'usagers œuvrant dans le même domaine.

La personne a accès aux informations la concernant dans les conditions prévues par la loi ou la réglementation. La communication de ces informations ou documents par les personnes habilitées à les communiquer en vertu de la loi s'effectue avec un accompagnement adapté de nature psychologique, médicale, thérapeutique ou socio-éducative.

### Article 4 : Principe du libre choix, du consentement éclairé et de la participation de la personne

Dans le respect des dispositions légales, des décisions de justice ou des mesures de protection judiciaire ainsi que des décisions d'orientation :

1° La personne dispose du libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes soit dans le cadre d'un service à son domicile, soit dans le cadre de son admission dans un établissement ou service, soit dans le cadre de tout mode d'accompagnement ou de prise en charge ;

2° Le consentement éclairé de la personne doit être recherché en l'informant, par tous les moyens adaptés à sa situation, des conditions et conséquences de la prise en charge et de l'accompagnement et en veillant à sa compréhension ;

3° Le droit à la participation directe, ou avec l'aide de son représentant légal, à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne lui est garanti.

Lorsque l'expression par la personne d'un choix ou d'un consentement éclairé n'est pas possible en raison de son jeune âge, ce choix ou ce consentement est exercé par la famille ou le représentant légal auprès de l'établissement, du service ou dans le cadre des autres formes de prise en charge et d'accompagnement. Ce choix ou ce consentement est également effectué par le représentant légal lorsque l'état de la personne ne lui permet pas de l'exercer directement. Pour ce qui concerne les prestations de soins délivrées par les établissements ou services médico-sociaux, la personne bénéficie des conditions d'expression et de représentation qui figurent au code de la santé publique.

La personne peut être accompagnée de la personne de son choix lors des démarches nécessitées par la prise en charge ou l'accompagnement.

#### **Article 5 : Droit à la renonciation**

La personne peut à tout moment renoncer par écrit aux prestations dont elle bénéficie ou en demander le changement dans les conditions de capacités, d'écoute et d'expression ainsi que de communication prévues par la présente charte, dans le respect des décisions de justice ou mesures de protection judiciaire, des décisions d'orientation et des procédures de révision existantes en ces domaines.

#### **Article 6 : Droit au respect des liens familiaux**

La prise en charge ou l'accompagnement doit favoriser le maintien des liens familiaux et tendre à éviter la séparation des familles ou des fratries prises en charge, dans le respect des souhaits de la personne, de la nature de la prestation dont elle bénéficie et des décisions de justice. En particulier, les établissements et les services assurant l'accueil et la prise en charge ou l'accompagnement des mineurs, des jeunes majeurs ou des personnes et familles en difficulté ou en situation de détresse prennent, en relation avec les autorités publiques compétentes et les autres intervenants, toute mesure utile à cette fin.

Dans le respect du projet d'accueil et d'accompagnement individualisé et du souhait de la personne, la participation de la famille aux activités de la vie quotidienne est favorisée.

#### **Article 7 : Droit à la protection**

Il est garanti à la personne comme à ses représentants légaux et à sa famille, par l'ensemble des personnels ou personnes réalisant une prise en charge ou un accompagnement, le respect de la confidentialité des informations la concernant dans le cadre des lois existantes.

Il lui est également garanti le droit à la protection, le droit à la sécurité, y compris sanitaire et alimentaire, le droit à la santé et aux soins, le droit à un suivi médical adapté.

#### **Article 8 : Droit à l'autonomie**

Dans les limites définies dans le cadre de la réalisation de sa prise en charge ou de son accompagnement et sous réserve des décisions de justice, des obligations contractuelles ou liées à la prestation dont elle bénéficie et des mesures de tutelle ou de curatelle renforcée, il est garanti à la personne la possibilité de circuler librement. A cet égard, les relations avec la société, les visites dans l'institution, à l'extérieur de celle-ci, sont favorisées.

Dans les mêmes limites et sous les mêmes réserves, la personne résidente peut, pendant la durée de son séjour, conserver des biens, effets et objets personnels et, lorsqu'elle est majeure, disposer de son patrimoine et de ses revenus.

#### **Article 9 : Principe de prévention et de soutien**

Les conséquences affectives et sociales qui peuvent résulter de la prise en charge ou de l'accompagnement doivent être prises en considération. Il doit en être tenu compte dans les objectifs individuels de prise en charge et d'accompagnement.

Le rôle des familles, des représentants légaux ou des proches qui entourent de leurs soins la personne accueillie doit être facilité avec son accord par l'institution, dans le respect du projet d'accueil et d'accompagnement individualisé et des décisions de justice.

Les moments de fin de vie doivent faire l'objet de soins, d'assistance et de soutien adaptés dans le respect des pratiques religieuses ou confessionnelles et convictions tant de la personne que de ses proches ou représentants.

#### **Article 10 : Droit à l'exercice des droits civiques attribués à la personne accueillie**

L'exercice effectif de la totalité des droits civiques attribués aux personnes accueillies et des libertés individuelles est facilité par l'institution, qui prend à cet effet toutes mesures utiles dans le respect, si nécessaire, des décisions de justice.

#### **Article 11 : Droit à la pratique religieuse**

Les conditions de la pratique religieuse, y compris la visite de représentants des différentes confessions, doivent être facilitées, sans que celles-ci puissent faire obstacle aux missions des établissements ou services. Les personnels et les bénéficiaires s'obligent à un respect mutuel des croyances, convictions et opinions. Ce droit à la pratique religieuse s'exerce dans le respect de la liberté d'autrui et sous réserve que son exercice ne trouble pas le fonctionnement normal des établissements et services.

#### **Article 12 : Respect de la dignité de la personne et de son intimité**

Le respect de la dignité et de l'intégrité de la personne est garanti.

Hors la nécessité exclusive et objective de la réalisation de la prise en charge ou de l'accompagnement, le droit à l'intimité doit être préservé.

# **REGLEMENT DE FONCTIONNEMENT DES RESIDANTS**

## **DU FOYER DE VIE ET DE PROGRES « Odette VERSEY »**

**A.G.E.S.-A.D.A.P.E.I - AUXONNE**

### **PREAMBULE**

Conformément à la Charte des droits et libertés des personnes accueillies, conformément à l'éthique associative et au projet d'Etablissement, le présent Règlement de fonctionnement fait référence aux nécessaires valeurs qui doivent animer la vie collective, la mise en œuvre des activités, la vie personnelle des personnes accueillies : neutralité, protection, égalité, probité, respect de la personne, égale dignité.

*47 Route de Chevigny – 21130 AUXONNE*

 *03.80.31.19.70*

 *03.80.31.42.53*

 *fvp@ages-auxonne.fr*

## **REGLEMENT DE FONCTIONNEMENT DES RESIDANTS**

### **DU FOYER DE VIE ET DE PROGRES « Odette VERSEY »**

**A.G.E.S.-A.D.A.P.E.I - AUXONNE**

#### **I - Dispositions générales**

*Article I - 1* - Le présent règlement de fonctionnement a pour objet de préciser l'application de certaines dispositions légales, ainsi que des mesures d'organisation de l'hébergement des résidents du Foyer de Vie et de Progrès de l'A.G.E.S.-A.D.A.P.E.I. de la Côte d'Or, implanté à Auxonne.

Il régit les rapports entre :

L'Association de Gestion des Etablissements Spécialisés de l'Association Départementale des Amis et Parents d'Enfants Inadaptés de la Côte d'Or dont le siège est à Auxonne, 47 Route de Chevigny,

Le Directeur du Foyer de Vie et de Progrès et le personnel placé sous son autorité,

D'une part,

Les résidents et leurs familles ou représentants légaux

D'autre part,

et éventuellement le public et les services administratifs chargés du contrôle de la qualité et du prix du service.

Ce règlement est applicable à tous les résidents du Foyer de Vie et de Progrès.

Les conditions spécifiques à certains résidents handicapés ainsi que certains détails d'application du présent règlement de fonctionnement, peuvent faire l'objet de notes de service.

La famille ou le représentant légal de tout résident nouvellement admis, recevra un exemplaire du présent règlement.

#### **II - Vocation du Foyer de Vie et de Progrès de l'A.G.E.S.-A.D.A.P.E.I. à Auxonne**

##### *Article II - 2 - Personnes accueillies au foyer*

Le Foyer de Vie et de Progrès doit permettre à des adultes handicapés atteints de troubles du comportement et de la personnalité, de connaître une vie sociale et une activité occupationnelle dans un milieu adapté ; de favoriser le maintien de leurs acquis et l'utilisation de leur potentiel, d'améliorer leur vie relationnelle et de les responsabiliser à travers les exigences de la vie collective.

### III - Conditions d'admission ou de réorientation

#### Article III - 3

Le Foyer de Vie et de Progrès accueille des adultes handicapés atteints de troubles du comportement et de la personnalité âgés de plus de 18 ans, orientés par la C.D.A.P.H. de la Côte d'Or vers un Foyer d'Accueil Médicalisé.

L'admission au Foyer ou la demande de réorientation à la C.D.A.P.H. est prononcée par une Commission composée du Président de l'A.G.E.S.-A.D.A.P.E.I., du médecin psychiatre, du Directeur de l'établissement, du Directeur adjoint, d'une infirmière et d'un parent élu. En cas de divergences, le Président de l'association gestionnaire prend la responsabilité de la décision.

Le régime du Foyer de vie et de progrès est celui de la mixité.

#### Article III - 4 - Les pièces à fournir

A l'appui du dossier d'inscription, le demandeur doit fournir les pièces suivantes :

- une fiche d'état civil individuelle,
- deux photos d'identité,
- une demande de placement,
- une photocopie de l'orientation préconisée par la Commission des droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (C.D.A.P.H.),
- un dossier médical détaillé,
- éventuellement un rapport de l'établissement d'origine,
- les certificats de vaccination légalement exigibles ou de contre-indication,
- un certificat de non contagion mentionnant le résultat d'un examen radiologique récent à fournir le jour de l'entrée du résidant au foyer,
- un engagement du représentant légal d'accepter les règles de vie, les soins et les activités d'accompagnement de l'établissement : un livret d'accueil résumant toutes ces données sera remis à chaque résidant et à sa famille ou représentant légal
- une autorisation écrite des parents ou des représentants légaux de faire procéder aux interventions et traitements urgents
- une information optimale sera communiquée aux parents ou représentants légaux
- la mise sous tutelle du résidant est fortement préconisée

#### Article III - 5 - Rôle de la C.D.A.P.H. :

La C.D.A.P.H. de Côte d'Or, organisme à compétence départementale, décide de l'orientation de la personne. Cette décision précisera l'indication F.A.M. (Foyer d'accueil médicalisé) qui correspond à l'Agrément du Foyer de Vie et de Progrès (double tarification).

#### Article III - 6 - Admission :

L'admission est prononcée par la Commission d'admission du Foyer, après avoir recueilli les avis de l'Association en la personne de son Président, du médecin psychiatre, du Directeur, du Directeur adjoint, de l'infirmière, du représentant élu des familles et après bilan d'observation de la période d'essai..

En fonction de l'évolution de la personne, de la demande de la famille et des places disponibles dans d'autres structures, le placement au Foyer peut être réétudié.

.../...

#### **IV - Statut juridique du résidant au Foyer de Vie et de Progrès**

##### *Article IV - 7*

Quelles que soient l'origine, la nature et la gravité de ses troubles et déficiences, le résidant a les mêmes droits fondamentaux que ses concitoyens du même âge.

De même, aidé par le personnel qui mettra en œuvre les actions d'accompagnement adaptées aux niveaux de compréhension des personnes, le résidant a le devoir de respecter les mêmes règles à l'égard des autres personnes handicapées et du personnel.

« Au nom du handicap » les membres du personnel ne sauraient accepter de la part du résidant des comportements qui porteraient atteinte à leur propre DIGNITE ou à celle des autres.

#### **V - Statut financier du résidant**

##### *Article V - 8 – Les ressources perçues par les résidants*

Le résidant du Foyer de Vie et de Progrès bénéficie de l'allocation aux adultes handicapés, (A.A.H.) dont le montant est défini annuellement par l'Etat. Cette allocation lui est servie à taux plein ou diminuée compte tenu, éventuellement d'autres ressources personnelles.

Le résidant perçoit l'allocation personnalisée au logement (A.P.L.) qui est directement versée au Foyer en atténuation des frais d'hébergement.

##### *Article V - 9 – Prise en charge financière*

Le Foyer de Vie et de Progrès est un établissement à double tarification qui distingue :

- les frais d'hébergement à la charge du Conseil Général de la Côte d'Or
- les frais de soins à la charge de la sécurité sociale qui recouvre les dépenses médicales et pharmaceutiques
- l'adhésion à une mutuelle est obligatoire et à la charge du résidant. Le coût de la mutuelle peut être déduit de la reversion sur demande et accord des services du Conseil Général.

#### **VI - Reversion**

##### *Article VI - 10*

Le régime en vigueur au Foyer de Vie et de Progrès est celui de l'hébergement continu ou temporaire.

Chaque résidant hébergé au Foyer doit reverser au département un pourcentage de l'A.A.H. à hauteur de 70 %.

Les sorties d'une durée totale de 15 jours par an quel que soit le motif, (hors week-ends et jours fériés) entraîneront une diminution de la reversion.

Les 30 % de l'A.A.H. à taux plein sont inaliénables et restent au bénéfice de la personne, qui doit pouvoir en disposer pour ses achats personnels, sous le contrôle de son représentant légal.

C'est le Directeur du Foyer, qui transmet chaque trimestre au Trésorier Payeur Général du Département, le montant de la reversion à facturer au résidant, sur la base des renseignements fournis par le représentant légal. La facturation est établie par la trésorerie du Département qui l'adresse aux parents ou au représentant légal qui doivent alors régler rapidement cette dépense.

## VII - Conditions particulières à la vie du Foyer de Vie et de Progrès

Le Foyer de Vie et de Progrès doit être considéré comme le lieu de résidence privé des résidents. De ce fait, en dehors de la famille, des amis, il ne peut y avoir de visites de personnes extérieures à l'établissement que pour des motifs professionnels, sous certaines conditions de nombre et après accord du directeur de l'établissement ou de son représentant.

Le résident a droit à une vie sociale à la mesure de ses possibilités, à travers les vacances, les loisirs, les sorties, les fêtes, l'intégration à des activités extérieures, autant que ses démarches prennent un sens pour lui.

Le résident a droit à une activité quotidienne structurée et adaptée et qui soit distincte des activités de loisirs et de rééducation indispensables à son hygiène mentale et à sa santé. A ce titre, il lui sera remis, ou à sa famille ou représentant légal un exemplaire du projet d'établissement, qui fait référence à toutes les activités de type occupationnelles et ou thérapeutique, pouvant être proposées dans l'établissement. Ces activités sont menées tant à l'intérieur de l'Etablissement dans les locaux prévus à cet effet, qu'à l'extérieur de l'établissement en profitant des structures existantes du tissu social : piscine, clubs, musées, organisations associatives, commerces etc...

### Article VII - 11 – Le programme d'activités :

Pour chaque résident sera élaboré un programme d'activités contenu dans un projet évolutif individualisé. Ce projet lui sera remis, ou à la famille ou représentant légal, après élaboration par l'équipe pluri-disciplinaire dans les 6 mois suivant sont arrivée. Ce projet structuré, tiendra compte des capacités de chacun et de ses potentialités et dans la mesure du possible de l'avis le plus clairement exprimé du résident. Il sera revu régulièrement après évaluation de l'évolution du résident concerné. L'évaluation mettra en évidence la façon dont le résident a été associé et adhère au projet.

### Article VII - 12 - Discipline :

Chaque résident est soumis à une « discipline » aussi souple que possible, compte tenu de ses capacités. Aucune sanction ne peut être prise à son encontre si il n'y a pas certitude qu'elle peut prendre sens pour lui et qu'elle ne va pas à l'encontre de sa « dignité ». Toute décision sera débattue au niveau éducatif par l'équipe référente avec un éventuel avis médical.

### Article VII – 13 – Droits fondamentaux

1) Le résident est un être de langage. Quel que soit son niveau de perception, de compréhension, de symbolisation, les rapports à son environnement doivent être accompagnés de paroles **ou tout autre moyen de communication adapté**. Lors de tout propos tenu en sa présence, le résident sera inclus dans la conversation. Appelé par son prénom ou son nom de famille, ou éventuellement par un diminutif habituel non péjoratif, les appellations infantilisantes ou vexatoires sont à exclure. Tous propos qui lui sont adressés doivent être empreints de respect y compris dans le ton. Sont à proscrire toute violence verbale et propos injurieux et discriminatoires, ton agressif etc...

2) Chaque résident est inscrit dans une histoire familiale qui lui est propre. De ce fait, il dispose du droit de maintenir les relations avec sa famille et ses amis et d'en développer de nouvelles. L'institution devra de se donner les moyens de maintenir ces relations et d'en conserver les traces : photos souvenirs, dossiers, visites, etc... Les événements qui ponctuent l'histoire personnelle du résident (anniversaire, fête...) ou collective (Noël, Jour de l'An...) seront inscrits dans la vie du groupe. Il sera informé au préalable de tous les événements prévisibles qui concernent sa vie dans l'institution (rendez vous extérieurs, projets divers le concernant, changements de personnel etc...).

Il aura connaissance de tous les événements qui concernent la vie de sa famille de ses amis (naissance, mariage, décès etc...). Ces informations lui seront fournies par la personne appropriée en fonction de l'évènement, famille ou membre du personnel selon le cas.

3) Chaque résidant a droit à sa vie privée. Dès lors, tous les faits appartenant au passé ou au présent du résidant, qu'ils soient consignés par écrit ou rapportés oralement, ne doivent en aucune façon être divulgués à l'extérieur de l'établissement (sauf travaux de recherche entraînant alors le plus strict anonymat).

Les dossiers des résidants seront protégés et tenus en un lieu prévu à cet effet. Aucun document ne pourra sortir de l'établissement, sauf motif professionnel, avec l'accord et sous la responsabilité du directeur.

La recherche de renseignements auprès de la famille ou d'amis de la personne, relève d'une démarche institutionnelle avec l'accord du directeur. Elle ne relève pas d'initiatives personnelles.

4) Le résidant a droit au respect de son corps : c'est le gage de la préservation de son intégrité physique et morale ainsi que de son intimité et de sa dignité.

Nul ne peut utiliser la contrainte physique pour obliger un résidant à accomplir des actes. Il doit également être protégé contre toute agression extérieure. Le recours à la contrainte physique n'est envisagé que si la sécurité de la personne elle-même, d'autres résidants, de membres du personnel ou d'autres personnes, est menacée (crise d'agitation).

L'intimité de la personne doit être protégée dans tous les actes de la vie courante en particulier pour sa chambre qui est individuelle : respect de la personnalisation, frapper avant d'entrer. Lors des bains et toilettes, aucune personne en dehors du personnel habilité ne peut pénétrer dans les salles de bain. Il en est de même pour les soins infirmiers.

Lorsque nécessaire, le suivi de la périodicité des fonctions naturelles doit figurer sur des tableaux prévus à cet effet, placé en des lieux discrets et réservés aux résidants et au personnel concerné.

5) Le résidant a droit de posséder des biens personnels dont nul autre ne peut faire usage. Il en va ainsi de ses vêtements, objets personnels, radio etc...

Le résidant doit respecter ce qui appartient aux autres résidants, aux membres du personnel ou à la collectivité.

6) Le résidant a droit à tous les soins et l'assistance que nécessite son état de dépendance et sa santé, et toutes mesures pouvant lui permettre l'accès à un maximum d'autonomie.

Il a droit à une alimentation saine et variée et si besoin à un régime alimentaire. Il ne saurait être privé, à titre de sanction de repas ou partie de repas.

Il a droit à l'hygiène corporelle que tout être humain est en droit d'attendre, aussi bien pour des raisons médicales que pour son bien être.

Il a droit au confort personnel sachant que la plus grande vigilance doit être exercée dans la mesure où il ne peut pas toujours exprimer son inconfort.

Il a droit au confort vestimentaire : son habillement sera adapté aux saisons, à ses aptitudes et aux activités ; sa tenue vestimentaire participant à son image.

Il a droit à un environnement qui contribue à son confort, tant au niveau sonore, qu'au niveau de la décoration et de l'aménagement de son lieu de vie.

#### Article VII - 14 - Absences :

En cas de sortie, toute prolongation imprévue doit être signalée dans les moindres délais, au Directeur de l'établissement ou du cadre d'astreinte.

Toute sortie exceptionnelle nécessite une demande expresse de la famille ou du représentant légal et l'autorisation du Directeur de l'Etablissement ou du cadre d'astreinte, à condition que le résidant soit prévenu et qu'il donne son accord autant que possible.

.../...

Article VII - 15 - Entrées et sorties de l'établissement :

Les entrées et sorties à l'extérieur de l'établissement s'effectuent par un portail d'entrée, l'établissement étant entouré de clôture. L'ouverture du portail piéton, s'effectue après identification par interphone et vidéo, depuis l'intérieur de l'établissement.

Chaque visite doit être annoncée. Les parents ou amis doivent impérativement se signaler à l'accueil ou au personnel de service avant d'accéder aux chambres.

L'accès des locaux est interdit à toute personne étrangère au personnel, sauf autorisation du Directeur.

Les résidents ne peuvent pas sortir du Foyer non accompagnés. Toutefois, le Directeur ou son adjoint, après avis des parents, peut autoriser certains résidents à sortir seul en ville, en prenant toutes les précautions nécessaires, en fonction du degré d'autonomie.

En cas de sortie non autorisée ou de disparition, le personnel de service avertira immédiatement la personne d'astreinte qui déclenchera les recherches, signalement à la gendarmerie, aux forces de police, à tout le personnel disponible.

En cas de disparition, un signalement sera fait aux autorités de contrôle, conformément au protocole de signalement des événements graves et indésirable (instruction n° DGAS.2A12007112 du 22 mars 2007).

Article VII - 16 - Vacances, week-ends et sorties :

L'A.G.E.S.-A.D.A.P.E.I., association familiale, tient à privilégier le maintien des liens du résident à sa famille tout en maintenant l'équilibre financier du fonctionnement de l'établissement, souhaite que tout aménagement possible soit trouvé pour favoriser vacances, week-ends et sorties. De ce fait, chaque résident pourra se rendre en vacances, week-end en famille ou chez le représentant légal, voire chez des amis.

Ces sorties sont soumises à chaque fois, à un accord entre le directeur et les parents, amis ou représentant légal, afin d'en fixer les modalités : destinations, durée, moyen de transport, consignes de sécurité, traitements... à envisager.

Le calendrier des sorties fixes proposé par la direction en accord avec les familles, amis ou représentant légal devra être scrupuleusement respecté pour permettre l'organisation du service pour les résidents restant au Foyer.

Toute dérogation sera soumise à l'approbation du directeur.

Les retours des sorties sont fixés à 19 h 00 si participation au repas du soir, ou à 20 h 30 maximum. A cette heure, les familles auront quitté l'Etablissement afin de garantir la bonne organisation de la soirée des autres résidents.

☞ Les transports

En dehors de la prise en charge par les familles ou amis, qui en assument la responsabilité, les transports par l'établissement sont effectués à l'aide de véhicules 9 places et d'un véhicule de liaison 5 places, dûment assurés « tous risques » à la M.A.I.F. L'état des véhicules et leur conformité et sécurité, relèvent de la responsabilité de l'établissement.

☞ Les transferts (vacances)

Comme tout citoyen, les résidents ont droit de partir en vacances. Se situant en été, cette période appelée « transfert » concrétise ce temps de vacances (se référer au Projet d'Etablissement page 22).

Ces séjours font l'objet d'une attention particulière de la part de la direction tant au niveau de la préparation, du suivi que des conditions de sécurité.

☞ L'accueil temporaire avec hébergement

Au F.A.M. d'Auxonne, 1 place est réservée à l'accueil temporaire avec hébergement. Il est limité à 90 jours par personne sur une année, à temps complet ou partiel. Les personnes ainsi accueillies bénéficient des mêmes prestations et ont les mêmes droits et devoirs que les personnes en accueil permanent.

.../...

#### ☞ L'accueil de jour

Au F.A.M. « Odette Versey » à Auxonne, un service d'accueil et d'activités de jour de 6 places est mis en place. Il est à même d'accueillir chaque personne 225 jours par an au maximum, à raison de 1 à 5 jours par semaine selon les besoins des familles et des personnes. Le temps d'accueil journalier se situe entre 9 h 15 et 17 h 15, mais pourra être adapté au mieux des intérêts de chacun.

Les transports et les repas sont à la charge du résidant. Une demande de prestation de compensation du handicap pourra être faite par la famille à la M.D.P.H. Le foyer pourra soutenir cette démarche si nécessaire.

Les personnes accueillies à la journée, bénéficieront des mêmes prestations (sauf l'hébergement et les transferts de vacances) et auront les mêmes droits et devoirs que les autres résidants.

Les soins, traitements et le suivi médical font partie des prestations qui leur seront dévolus.

#### Article VII - 17 - Soins :

L'accès à tous les soins est un droit fondamental (voir article VII – 13 – alinéa 6). Chaque résidant est suivi régulièrement par l'équipe médicale et paramédicale de l'établissement en lien avec la famille et les professionnels concernés. Selon les nécessités, il sera examiné soit par le médecin généraliste, soit par le médecin psychiatre qui aura recours au besoin à tout autre spécialiste soit en interne soit en consultation externe, selon l'urgence de l'état du résidant.

C'est le médecin psychiatre attaché à l'établissement qui est responsable des prescriptions médicales liées aux pathologies des résidants ainsi que des protocoles d'urgence. Il est le seul habilité à les faire évoluer dans quelque sens que ce soit, et veille à l'application du droit à l'accès à tous les soins et assistance que nécessite l'état de dépendance et de santé de tous les résidants et externes du Foyer.

En cas d'hospitalisation (voir Projet d'Etablissement page 18), d'urgence ou non, que ce soit en direction de l'hôpital psychiatrique ou de l'hôpital général (ou cliniques) le résidant sera accompagné par une personne de l'établissement jusqu'au relais par la famille. En fonction des pathologies et de la disponibilité de la famille, l'établissement s'efforcera de mettre en œuvre un accompagnement quotidien, jour et nuit, nécessaire à la sécurité et à la dignité du résidant et à la bonne mise en œuvre des soins hospitaliers.

Après une hospitalisation, de courte ou longue durée, si aucune réorientation liée à son état somatique et/ou psychique n'a été prononcée, le résidant retrouvera sa « place » et sa prise en charge et bénéficiera à nouveau d'un projet individualisé, réadapté si nécessaire.

#### Article VII - 18 - Régime de mixité du Foyer :

Le foyer de vie et de progrès est un établissement d'hébergement permanent qui fonctionne 365 jours par an, 24 h sur 24, selon son agrément. Il comporte 7 groupes de vie, dont la composition est mixte, hommes et femmes, dans la mesure où les chambres sont strictement individuelles.

Malgré les précautions prises, et le suivi quotidien des résidants, nous avons une nécessaire obligation de protection des personnes vulnérables. Une méthode contraceptive est fortement souhaitée en accord avec la personne lorsqu'elle peut exprimer son choix ou avec son représentant légal dans le cas contraire. Ils autorisent les méthodes contraceptives.

#### Article VII - 20 - Mobilier :

Chaque résidant avec l'aide de sa famille ou représentant légal est tenu de meubler sa chambre et d'en assurer le renouvellement dès que nécessaire. La chambre, avec entrée et cabinet de toilette, comporte un placard penderie et rayonnage.

Chaque chambre possède une prise de télévision voire une prise de téléphone. Toutefois, chaque groupe disposant d'une télévision dans son séjour, la télévision dans la chambre n'est ni obligatoire, ni indispensable.

Les chambres sont entretenues, dans la mesure du possible, par les résidants, avec l'aide du personnel d'encadrement. Le résidant doit préserver autant que possible le bon état général de sa chambre.

#### Article VII - 21 - Trousseau :

La famille ou le représentant légal fournit le trousseau complet et en assure le renouvellement, en fonction des besoins de l'intéressé. Chaque pièce du trousseau sera marquée au nom du résidant de façon permanente. Le linge est blanchi et entretenu dans l'établissement.

Les achats de vêture pourront, si possible et avec l'accord des parents ou des représentants légaux, dans un but éducatif, faire l'objet d'une démarche du résidant accompagné par le personnel d'encadrement.

#### Article VII – 22 Règle de vie

Chaque résidant devra se conformer aux règles de vie communautaires et participer dans la mesure de ses moyens à la vie du Foyer. Avec l'aide du personnel, il organise sa vie, dans ces objectifs, dans le respect des autres résidants et du personnel tant éducatif que de service, et dans le respect des locaux et du matériel mis à disposition.

Chaque résidant occupant une chambre individuelle, celle-ci est considérée comme son lieu privé dont l'intimité sera respectée. Les autres lieux de l'institution sont à usage collectif. Certains comme la salle de restauration, la lingerie, les locaux d'activités de jour sont soumis à des horaires d'ouverture correspondant au fonctionnement institutionnel (voir livret d'accueil).

#### Article VII - 23 - Visite au Foyer :

Avec l'accord de la direction, le résidant pourra inviter des parents ou des amis sous réserve que cette visite soit sollicitée et organisée à l'avance pour préserver le fonctionnement du foyer et l'intimité des autres résidants. Les visiteurs pourront prendre leur repas dans la salle prévue à cet effet au tarif du repas convenu par note de service.

A l'occasion des différentes sorties (départ et retour) hors de l'établissement, le passage des familles sur les lieux de vie est autorisé, voire souhaité, sous réserve que la venue des parents ou amis, respecte l'intimité, et le bon déroulement de la vie quotidienne des autres résidants : durée limitée du passage pour ne pas monopoliser le personnel de service, nécessaire discrétion par rapport aux comportements et aux pathologies des autres résidants. Dans le cas contraire, le directeur se réserverait le droit d'interdire l'accès aux chambres aux personnes concernées.

La visite du Foyer par toute personne étrangère à l'établissement ne peut se faire qu'avec l'autorisation d'un responsable de l'établissement.

### **VIII – Points particuliers**

#### Article VIII - 23 - Rôle des parents

La capacité de vie collective et l'évolution du comportement de l'adulte accueilli dépendent dans une large mesure, à la collaboration des parents avec l'équipe de l'établissement.

Les parents ou représentants légaux doivent rencontrer périodiquement l'équipe éducative, afin de :

- faire le point sur les progrès ou difficultés du résidant,
- coordonner les efforts d'accompagnement définis dans le projet personnalisé.

Ces réunions peuvent être individuelles à la demande du Directeur ou des parents, collectives à la demande du Directeur ou de plusieurs parents ou représentants légaux. Les rencontres collectives ont pour but de favoriser les échanges entre les familles et les équipes éducatives dans un cadre plus festif et de donner les informations générales sur la vie associative et institutionnelle.

L'organisation, la mise en œuvre, le suivi des activités relèvent de la responsabilité de l'établissement. Pour en assurer le bon déroulement, les activités, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'établissement ne subiront aucune intrusion de la part des familles. Dans le cas contraire toute visite fera l'objet d'une autorisation formelle du directeur ou du cadre d'astreinte.

*Le Conseil de Vie Sociale* est une instance où les résidants et les familles doivent également intervenir pour donner leurs avis et faire des propositions sur toute question intéressant le fonctionnement de l'établissement.

#### Article VIII - 25 - Assurances

La police d'assurance de l'Etablissement, responsabilité civile garantit les résidants pendant leur séjour dans l'établissement, ainsi que pendant les différentes activités extérieures.

Concernant l'assurance du mobilier de la chambre du résidant elle est incluse dans l'assurance globale de l'institution à la M.A.I.F. au même titre que la responsabilité civile.

Une assurance « responsabilité civile » et une mutuelle de santé sont néanmoins conseillées pour le résidant accueilli et pour les externes.

#### Article VIII - 26 - Sécurité

La sécurité incendie est assurée 24 h sur 24, par la présence permanente de personnels formés à cet effet et équipé d'un B.I.P. relié au système d'alarme. Les formations initiales et de rappel sont régulièrement mises en œuvre par le responsable sécurité. Tous les systèmes sensibles (chaufferie, gaz, électricité, ascenseur) font l'objet de contrats de maintenance annualisés et régulièrement vérifiés. Des exercices d'évacuation peuvent être mis en œuvre à tout moment.

### **IX – Modalités diverses**

#### Article IX - 27 - Compréhension du présent règlement

Le présent règlement sera remis à toutes les personnes intéressées : parents, représentants légaux, résidants, membres du personnel, membres du Conseil de Vie Sociale, membres du Conseil d'Administration, autorités de contrôles.

En ce qui concerne la compréhension de ce document par les résidants, le personnel éducatif s'assurera de la compréhension maximale de chacun en fonction de sa pathologie et de ses capacités.

Pour toute autre personne, le personnel de direction est à disposition pour éclaircir tout point qui susciterait une interrogation.

#### Article IX - 28 - Périodicité – Publicité - Consultations

Le présent règlement aura préalablement reçu l'avis du Comité d'entreprise, et du Conseil de Vie Sociale comportant des représentants des usagers et sera validé par le Conseil d'Administration de l'A.G.E.S.-A.D.A.P.E.I.

Le présent règlement de fonctionnement fera l'objet d'un affichage permanent dans chaque lieu de vie et en salle du personnel.

A la date de mise en œuvre du présent document, celui-ci sera révisé dans un délai maximum de 5 ans.

#### Article IX - 29 - Opposabilité

Le présent règlement de fonctionnement, après lecture par la famille ou représentant légal, en reçoit son aval. Il donne une reconnaissance écrite au directeur d'établissement pour marquer son acceptation pleine et entière de toutes les dispositions qui y sont inscrites.

...

Article IX – 30 – Mesures concernant les personnels

Concernant la formation : chaque année, le Conseil d'Administration définira en lien avec le Directeur, les mesures de soutien et de formation dont bénéficiera le personnel afin de faire face aux difficultés particulières nées de l'exercice de son activité.

Concernant le respect des droits fondamentaux des personnes accueillies : un exemplaire du présent document sera remis à chaque membre du personnel dans cet objectif. Le rappel du respect des droits du résident est inscrit dans le règlement de fonctionnement du personnel dans son article 20, en particulier concernant les violences.  
Cet article 20 énonce de même les sanctions qui en découlent.

Protection des personnels : les personnels sont protégés selon les textes en vigueur, s'ils avaient à dénoncer des violences sur autrui dont ils seraient les témoins dans l'exercice de leurs fonctions.

Article IX – 31 – Recours

Les dispositions du règlement peuvent faire l'objet de recours devant les instances compétentes s'il apparaissait qu'une des dispositions énoncées ne soit pas conforme aux dispositions légales :

- Direction
- Conseil d'Administration
- Associations d'usagers
- Conciliateurs en Côte d'Or
  - o Mme Jacqueline PERWEZ
  - o M. Jacques BOLARD
  - o M. Jean Luc JAVOUHEY

## ANNEXE III - Règlement intérieur du Conseil de Vie Sociale

FOYER DE VIE ET DE PROGRES

47, Route de Chevigny  
B.P. 72  
21130 AUXONNE  
-----  
Tél. 03.80.31.19.70  
Fax 03.80.31.42.53

A.G.E.S.-A.D.A.P.E.I  
de Côte d'or  
-----

Auxonne, le 20 janvier 2005

### **REGLEMENT INTERIEUR DU CONSEIL DE VIE SOCIALE**

#### ***1-1-Fonctions du Conseil de la Vie Sociale (se reportant à la loi)***

Donne son avis et peut faire des propositions sur toute question intéressant le fonctionnement de l'établissement ou du service notamment sur :

- 1) Le règlement intérieur relatif au fonctionnement de l'Etablissement
- 2) Le Conseil de Vie Sociale donne son avis sur l'organisation intérieure et de la vie quotidienne
- 3) Les activités de l'établissement, l'animation socio-culturelle et les services thérapeutiques
- 4) L'animation de la vie institutionnelle et les mesures prises pour favoriser les relations entre les participants
- 5) L'ensemble des projets de travaux et d'équipement
- 6) La nature et le prix des services rendus par l'établissement
- 7) L'affectation des locaux collectifs
- 8) L'entretien des locaux
- 9) La fermeture totale ou partielle de l'établissement
- 10) Les relogements prévus en cas de travaux ou de fermeture

Il doit être informé de la suite donnée aux avis et propositions qu'il a pu émettre.

#### ***1-2- Obligations de réserve***

Les membres du Conseil de Vie Sociale sont soumis à l'obligation de réserve pour toutes les informations à caractère confidentiel qu'ils pourraient connaître dans l'exercice de leur fonction.

.../...

### ***1-3- Composition du Conseil de Vie Sociale***

L'association gestionnaire fixe le nombre et la répartition des membres du Conseil de Vie Sociale (entre 9 et 17).

Pour ce qui concerne le Conseil de Vie Sociale du Foyer de Vie et Progrès, l'Association gestionnaire fixe le nombre à 9.

*Répartition des sièges :*

- Famille ou personnes accueillies : 6
- Personnel : 2
- Association gestionnaire : 1

Le Directeur de l'établissement ou son représentant participe aux réunions avec voix consultative. Il en est de même pour Monsieur le Maire d'Auxonne ou son représentant.

Selon l'ordre du jour, le Conseil de Vie Sociale peut appeler toute personne à participer à ses réunions à titre consultatif.

### ***1-4 Elections***

#### ***1-4-1- Eligibilité au collège personnes accueillies***

Est éligible au collège des usagers toute personne hébergée dans l'établissement si son degré de handicap le lui permet.

#### ***1-4-2- Eligibilité au collège des familles***

Peut être candidat au collège des familles tout Parent d'un usager jusqu'au quatrième degré, tout représentant légal d'un usager majeur.

Les parents, père et mère, ont droit de vote ou à défaut un plus proche parent jusqu'au quatrième degré, disposant d'une voix.

#### ***1-4-3- Eligibilité collège « personnels »***

Est éligible au collège « personnels » toute personne apportant habituellement son concours à l'établissement, comme salarié de l'établissement.

### ***1-5 Organisation des élections***

#### ***1-5-1- Dépôt des candidatures***

Un mois avant le scrutin, le Directeur de l'Etablissement chargé de l'organisation et du bon déroulement des élections, informe de celles-ci les personnes concernées :

- 1) Président de l'association gestionnaire
- 2) Familles, au sens de l'article 2.1 du présent règlement
- 3) Personnes accueillies
- 4) Personnel

Cette information est diffusée par courrier individuel et par affichage pour les salariés. Les candidatures sont adressées par écrit au Directeur de l'Etablissement.

.../...

Celui-ci arrête les listes collège par collège une semaine avant le scrutin et les adresse aux personnes concernées.

En cas d'absence de candidatures dans un collège « personnes accueillies » les sièges non pourvus sont attribués à des représentants des familles.

#### 1-5-2- Modalités de scrutin

Sont électeurs aux collèges « Familles » et « Personnes Accueillies » les personnes éligibles à ces collèges au sens du présent règlement.

Sont électeurs au collège « personnel » :

Les personnels eux-mêmes, selon les dispositions de l'Association gestionnaire.

Les candidatures seront réunies par collège sur une même liste.

En cas d'égalité entre deux candidats, la préférence est donnée au plus âgé.

#### 1-5-3- Publication des résultats

Aussitôt les résultats, connus, le Directeur les notifie par courrier :

- Au Président de l'Association gestionnaire
- A l'ensemble des familles
- A l'ensemble des personnes accueillies
- A l'ensemble du personnel

Cette information comporte

- Le décompte des voix
- La composition du Conseil de Vie Sociale

Les résultats sont affichés dans l'Etablissement.

#### 1-5-4- Mandat des élus

Les membres du Conseil de Vie Sociale sont élus pour une durée de trois ans.

Si un membre cesse ses fonctions en cours de mandat il est remplacé dans un délai d'un mois pour la période restant à courir sauf si cette période est inférieure à trois mois.

Il est procédé à un vote de remplacement dans cette attente.

## **2- Fonctionnement du Conseil de Vie Sociale**

### 2-1- Information des personnes accueillies

Le présent règlement doit être adressé à chaque personne accueillie, à chaque famille ou tuteur des personnes accueillies accompagné de la composition des membres du Conseil de Vie Sociale. Il sera également adressé pour information au Président de l'Association gestionnaire, aux Délégués du personnel et aux Titulaires du Comité d'Entreprise.

Tout point nouveau entrant dans la compétence du Conseil de Vie Sociale peut être ajouté à l'ordre du jour, sur demande écrite au Président.

.../...

L'ordre du jour des réunions du Conseil de Vie Sociale est établi par le Président et sera adressé personnellement à chaque membre du Conseil au moins huit jours avant la réunion.

Toutes personnes accueillies, parent ou tuteur de personnes accueillies, tout membre du personnel de l'établissement, peut consulter le procès-verbal des réunions du Conseil au secrétariat de l'établissement.

## ***2-2- Modalités de réunion***

### ***2-2-1- Périodicité des réunions***

Le Conseil de Vie Sociale se réunit au moins trois fois par an, sur convocation du Président qui fixe l'Ordre du jour. En cas d'empêchement de celui-ci, le Conseil de Vie Sociale peut être convoqué par le Président suppléant.

Le Conseil de Vie Sociale peut être réuni de plein droit à la demande des 2/3 des membres qui le compose ou de la personne gestionnaire.

L'acte institutif du Conseil de Vie Sociale, ou des autres instances de participation mises en place dans l'établissement, le service ou le lieu de vie ou d'accueil, est adopté par l'instance compétente de l'organisme gestionnaire ou établi par la personne physique gestionnaire du lieu de vie et d'accueil.

### ***2-2-2- Quorum***

Le Conseil de Vie Sociale ne peut valablement délibérer que si la majorité des membres à voix délibérative sont présents.

Le conseil délibère sur les questions figurant à l'ordre du jour, à la majorité des membres présents.

Les avis ne sont valablement émis que si le nombre de représentants des personnes accueillies et des titulaires de l'exercice de l'autorité parentale ou des représentants légaux présents est supérieur à la moitié des membres.

Dans le cas contraire, l'examen de la question est inscrit à une séance ultérieure. Si lors de cette séance, ce nombre n'est pas atteint, la délibération est prise à la majorité des membres présents.

Si le quorum n'est pas atteint, le Conseil de Vie Sociale est convoqué sur le même ordre du jour à une nouvelle réunion, qui doit se tenir dans un délai minimal de 8 jours et maximal de 21 jours. Il délibère valablement quel que soit le nombre des présents.

### ***2-2-3- Elections au sein du Conseil de vie sociale***

Le Président du Conseil de Vie Sociale est élu au scrutin secret et à la majorité des votants par et parmi les membres représentants, ou des personnes accueillies. En cas de partage égal des voix, le candidat le plus âgé est déclaré élu. Le Président suppléant est élu selon les mêmes modalités.

.../...

### ***2-3- Secrétariat du Conseil de Vie Sociale***

Le relevé de conclusions de chaque séance est établi par le secrétaire de séance, désigné par et parmi les représentants des familles ou des personnes accueillies ou prises en charge, assisté en tant que de besoin par l'administration de l'établissement, service ou lieu de vie et d'accueil. Il est signé par le président. Avant la tenue de la séance suivante, il est présenté pour l'adoption en vue de la transmission à l'instance compétente de l'organisme gestionnaire.

### ***2-4- Gratuité des mandats du Conseil de Vie Sociale – Heures de délégation***

Le mandat de représentant non salarié au Conseil de Vie Sociale est bénévole et ne donne droit à aucun dédommagement.

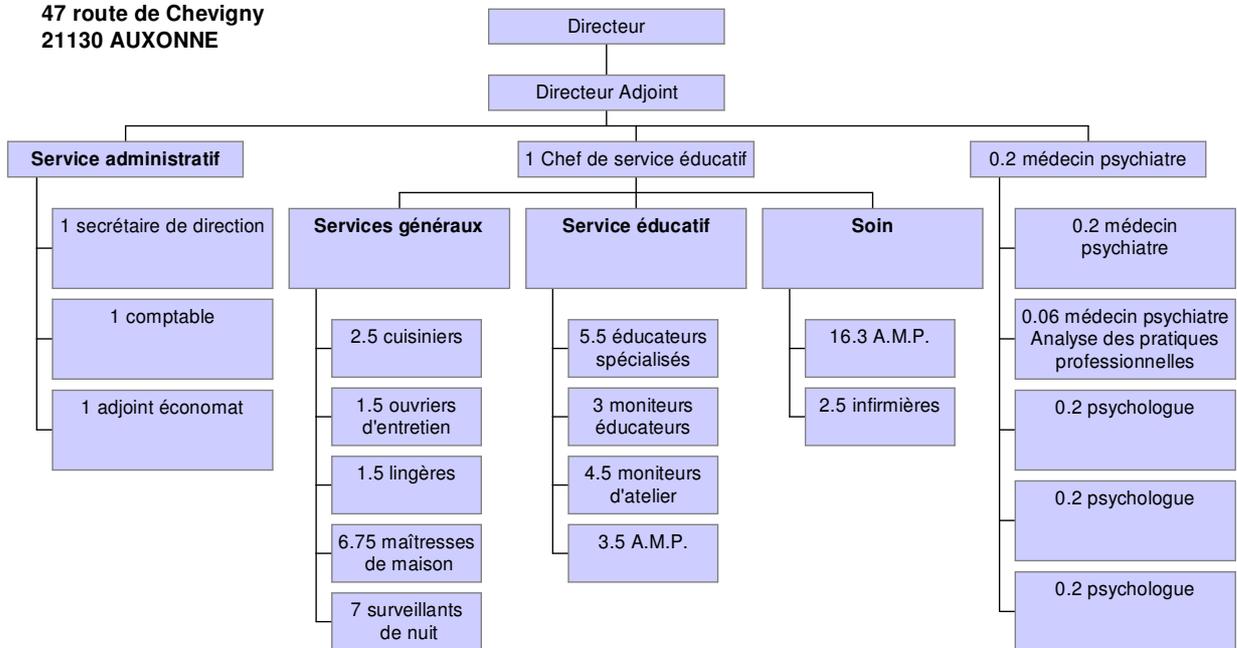
Le temps de présence des personnes représentant les personnels est considéré comme temps de travail.

***3- Toute modification du règlement intérieur ou de la composition du Conseil de Vie Sociale fera l'objet d'une information.***

## ANNEXE IV – Organigramme au 01.01.2009

A.G.E.S - A.D.A.P.E.I.  
FOYER DE VIE ET DE PROGRES  
47 route de Chevigny  
21130 AUXONNE

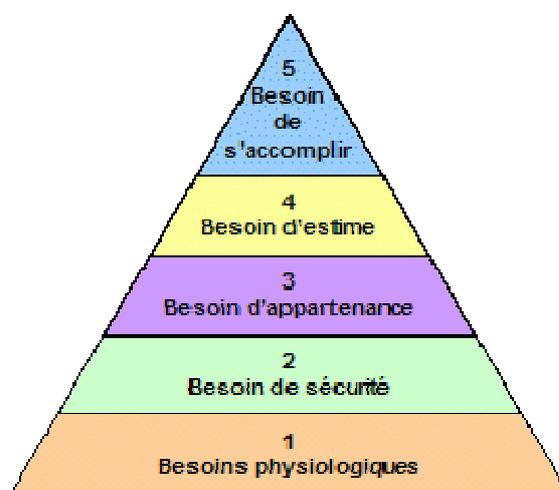
### Organigramme 2009



## ANNEXE V – Pyramide de MASLOW

Abraham MASLOW, psychologue américain, définit l'homme comme un tout présentant des aspects physiologiques (organisation du corps physiologique et biologique), psychologiques et sociologiques (sécurité, appartenance, reconnaissance) et spirituels (dépassement).

La pyramide de Maslow est une classification hiérarchique des besoins humains.



### Résumé du concept :

Ces besoins constituent la base des motivations des individus, c'est une réalité qui se retrouve dans la vie professionnelle.

Ils sont présents, de façon latente, chez chacun de nous.

Les besoins sont hiérarchisés. Chaque besoin supérieur ne devient conscient que lorsque les besoins inférieurs sont satisfaits. En effet, un individu ne peut se sentir en sécurité (niveau 2) si sa première préoccupation est de trouver à boire et à manger (niveau 1).

Dans la communication, la prise en compte des besoins de l'interlocuteur est une façon de le reconnaître.

## **ANNEXE VI - Grille des quatorze besoins fondamentaux de l'homme définis par Virginia HENDERSON**

### I. Besoin de respirer

1. sans gêne
2. dyspnée
3. à besoin d'aide technique (aérosol)
4. ventilation assistée

### II. Besoin de boire et manger

1. mange seul
2. installation / stimulation
3. à besoin d'aide partielle et/ou surveillance
4. à besoin d'aide totale (faire manger, nutripompe)

### III. Eliminer (urines)

1. continence
2. à besoin d'aide (wc avec aide, urinal, bassin)
3. incontinence jour ou nuit
4. incontinence jour et nuit

### Eliminer (selles)

1. transit normal
2. à besoin d'aide (wc avec aide, bassin, laxatif)
3. incontinence, diarrhée, constipation épisodique
4. incontinence en permanence

### IV. Se mouvoir et maintenir une bonne posture

1. se déplace seul
2. se déplace avec une aide (canne) ou avec une personne
3. se déplace avec l'aide de deux personnes
4. alité en permanence, lever interdit

### V. Dormir et se reposer

1. dort naturellement
2. dort avec aide (médicament)
3. réveils fréquents
4. insomnies fréquentes

## VI. Se vêtir et se dévêtir

1. s'habille seul, se déshabille seul
2. à besoin du conseil d'un tiers, de surveillance
3. à besoin de l'aide partielle d'un tiers
4. à besoin d'une aide totale

## VII. Maintenir sa température

1. adapte ses vêtements à la température ambiante
2. demande à être protégé
3. incapable d'adapter ses vêtements à la température ambiante
4. Garde les vêtements qu'on lui enfile

## VIII. Etre propre, protéger ses téguments

1. se lave seul
2. à besoin d'être stimulé mais se lave seul
3. à besoin d'une aide partielle (une partie du corps)
4. à besoin d'une aide totale pour se laver

## IX. Eviter les dangers

1. lucide
2. confus et/ou désorienté épisodiquement
3. confus et/ou désorienté en permanence
4. coma, dangereux pour lui-même et pour les autres

## X. Communiquer

1. s'exprime sans difficulté
2. s'exprime avec difficulté (bégaiement)
3. à besoin d'une aide pour s'exprimer (ardoise, interprète)
4. ne peut pas s'exprimer (aphasie), ne veut pas s'exprimer

## XI. Agir selon ses croyances et ses valeurs

1. autonome
2. est découragé, exprime sa colère, son angoisse
3. éprouve un sentiment de vide spirituel
4. demande une assistance spirituelle

## XII. S'occuper en vue de se réaliser

1. autonome
2. triste, anxieux
3. angoissé, opposant, se laisse aller
4. négation de soi, désespoir

## XIII. Besoin de se recréer, de se divertir

1. autonome
2. désintéressement à accomplir des activités récréatives
3. difficulté / incapacité à accomplir des activités récréatives
4. refuse d'accomplir des activités récréatives

## XIV. Besoin d'apprendre

1. se prend en charge
2. à besoin de stimulation
3. apathique
4. refus, résignation

## **ANNEXE VII : Présentation des outils MAP / GIR**

Inspiré du modèle de la grille AGGIR, Autonomie Gérontologique - Groupe Iso-Ressources, le MAP, Modèle d'accompagnement Personnalisé, créé par l'UNAPEI pour se doter d'un outil spécifique d'évaluation des besoins en accompagnement, adapté à la personne en situation de handicap mental.

Avec la méthode MAP GIR, l'évaluation méthodique du besoin en accompagnement de la personne accueillie est plus complète et mesurable.

Elle se fait à partir de l'observation de ce que la personne fait seule dans son environnement selon 36 items répartis selon 5 variables :

- • Pôle sensoriel, groupe F,
- • Activités domestiques et sociales, groupe D,
- • Relations et comportements, groupe R,
- • Aptitudes observées dans l'exercice d'activités, groupe E,
- • Activités mentales et corporelles (AGGIR), groupe C.

La combinaison entre les GIR et les MAP donne 30 combinaisons possibles.

Sur 5 degrés, numérotés par ordre de besoins décroissants, le MAP apporte une évaluation globale et complète des besoins en accompagnement des personnes en situation de handicap mental.

MAP 1 : Les personnes nécessitent un accompagnement total et permanent, du fait de troubles importants et/ou de la relation et d'une forte perte d'autonomie pour les actes de la vie domestique et sociale. Cet accompagnement est aussi indispensable pour éviter leur mise en danger et/ou celle d'autrui.

MAP 2 : Les personnes ont besoin d'une stimulation et d'une surveillance fortes et pérennes dans les actes de la vie domestique et sociale. Les troubles du comportement et des relations induisent des difficultés pour s'adapter aux événements rencontrés dans leur environnement.

MAP 3 : Les personnes nécessitent un accompagnement pour les acquisitions peu sûres et nécessitant donc en permanence des consolidations de pratiques pour la réalisation des actes de la vie quotidienne. Du fait de leur difficulté à apprécier le danger, prendre

des initiatives, concevoir la notion de temps, elles peuvent demander conseils et accompagnement réguliers pour la réalisation de toute activité.

MAP 4 : Personnes capables de bonne adaptation sociale et de mesurer les dangers. Leurs besoins ponctuels d'aide et de stimulation concernent les activités de la vie quotidienne. La perception du handicap est aléatoire et non fiable.

MAP 5 : Personnes susceptibles d'organiser leur vie quotidienne et de gérer leurs relations avec l'environnement grâce à un accompagnement léger de soutien (quand cela s'avère nécessaire). Capables d'une adaptation sociale, elles ne présentent pas de risque de mise en danger. Leur handicap est perçu et accepté.

La grille AGGIR est un outil d'évaluation national applicable à la personne vieillissante de plus de 60 ans en perte d'autonomie. Elle est employée depuis la mise en place de la Prestation Spécifique Dépendance par la loi du 24 janvier 1997.

Elle comporte :

- 10 variables dites discriminantes, se rapportant à la perte d'autonomie physique et mentale : cohérence, orientation, toilette, habillage, alimentation, élimination, transfert, déplacement intérieur, déplacement extérieur, communication à distance dans le but d'alerter,
- 7 autres dites illustratives, se rapportant à la perte d'autonomie sociale et domestique : gestion, cuisine, ménage, transport, achats, suivi du traitement, temps libre.

Chaque variable doit recevoir l'évaluation :

- A signifie : bon, fait seul, totalement, régulièrement et correctement.
- B signifie : fait partiellement ou irrégulièrement ou incorrectement.
- C signifie : ne fait pas (ne sait pas, ne peut pas ou ne veut pas le faire).

Le GIR, Groupe Iso Ressources, représente le degré de dépendance et la perte d'autonomie d'une personne dans les activités corporelles et de déplacements, sous la forme d'un nombre de 1 à 6.

GIR 1 : Personnes n'ayant pas ou plus leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale, qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants. Groupe correspondant également aux personnes en fin de vie.

GIR 2 : Personnes confinées en fauteuil ou au lit, dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour les actes de la vie quotidienne, ou personnes dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé leurs capacités locomotrices.

GIR 3 : Personnes ayant conservé une autonomie mentale, partiellement une autonomie locomotrice, mais qui nécessitent des aides pour l'autonomie corporelle plusieurs fois par jour, dont leur hygiène et l'élimination urinaire.

GIR 4 : Personnes qui n'assument pas seules leurs transferts, mais peuvent se déplacer seules à l'intérieur du logement, ont besoin d'aide pour l'habillage et la toilette. Celles qui n'ont pas de problèmes locomoteurs ont besoin d'aide pour les activités corporelles et les repas.

GIR 5 : Personnes qui assurent seules leurs déplacements à l'intérieur de leur logement, s'alimentent et s'habillent seules. Elles nécessitent une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.

GIR 6 : Personnes qui n'ont pas perdu leur autonomie pour les actes discriminants de la vie courante.

(Les GIR 1 à 4 permettent aux personnes âgées de 60 ans et plus, de bénéficier de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie).

# **FOYER DE VIE ET DE PROGRES**



**ENTRETIEN ANNUEL**

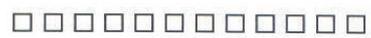
**GUIDE PRATIQUE**

Equipe de direction

Ce document est un guide pratique à l'usage des deux partenaires de l'entretien :

**Le salarié et son responsable hiérarchique**

Il a pour but de permettre à chacun de préparer à l'avance  
L'entretien, d'en comprendre les modalités et les finalités.



L'entretien d'évaluation est pour chacun non seulement l'occasion de s'exprimer et d'échanger, mais également de façon très concrète, d'analyser son activité, sa relation dans le travail, son développement personnel et de situer sa contribution dans le fonctionnement et les résultats de son service, de l'institution.

**1** Faire le point :

Point de départ de l'entretien, cela permet de reconsidérer le travail sous un angle moins quotidien, moins routinier en allant au fond des choses.

**2** S'engager :

Au-delà de l'idée de bilan, il y a celle d'établir un véritable contrat d'objectifs sur ce que l'on fera à l'avenir et comment.

Cet entretien s'intègre en effet dans une démarche globale qui répond aux objectifs fixés par les projets de vie des résidants, les lois et réglementations, les exigences associatives, les attentes de l'équipe de direction. Chaque salarié (équipe d'encadrement compris) doit ainsi pouvoir positionner sa contribution dans ce cadre précis.

**3** Pendre des options communes :

L'entretien, tourné vers l'avenir, doit permettre de décider en commun :

- ★ des objectifs généraux et personnels à atteindre,
- ★ des moyens mis à disposition pour les atteindre.

**4** Echanger - communiquer :

D'une manière générale, l'entretien est une occasion privilégiée d'instaurer une véritable concertation en dehors de toute considération opérationnelle.

# L'ENTRETIEN ANNUEL

I – LA FIXATION DE LA DATE D'ENTRETIEN ET LA REMISE DES DOCUMENTS

II – LA PREPARATION DE L'ENTRETIEN

III – LE DEROULEMENT DE L'ENTRETIEN

IV – LA REDACTION DU COMPTE RENDU

V – LE RECUEIL ET LE TRAITEMENT DES INFORMATIONS PAR LA DIRECTION

□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □

## I – LA FIXATION DE LA DATE D'ENTRETIEN ET LA REMISE DES DOCUMENTS

♦ La périodicité de l'entretien est annuelle.

♦ La durée est d'une heure maximum.

Il n'y a que des avantages à ce que responsables et collaborateurs suscitent des rencontres intermédiaires entre deux entretiens.

♦ Afin que les deux intéressés disposent d'un temps de préparation suffisant, le responsable hiérarchique doit convenir d'une date d'entretien avec son collaborateur au moins une semaine à l'avance.

A l'occasion de cette prise de rendez-vous, il rappelle les objectifs de l'entretien et il remet les documents à l'intéressé.

◆ La préparation de l'entretien pour chacune des parties est fondamentale.

◆ Chacun doit aborder l'entretien en l'ayant bien préparé et la réflexion devra notamment porter sur les points suivants :

**La fonction occupée**

→ Analyser les missions remplies et les responsabilités exercées.

→ Dégager les compétences mises en œuvre dans l'exercice de cette fonction.

**La manière de l'exercer**

→ Les réussites, les échecs, les points forts, les points faibles ; ce qui va, ce qui ne va pas...

**Les évolutions constatées depuis le dernier bilan et notamment l'évolution de la fonction dans son contenu ou dans son environnement.**

**Les éléments à améliorer et la manière de le faire.**

Pour vous aider dans cette étape, la grille qui suit est à votre disposition.

La liste des critères d'appréciation définis ci-après a en effet pour but de faciliter l'analyse de cette activité.

#### A QUOI SERT-ELLE ?

Cette grille a été conçue comme un outil technique aidant à la préparation de l'entretien d'évaluation aussi bien pour le salarié que pour le responsable hiérarchique.

**En aucun cas, elle ne sera transmise à la hiérarchie, elle reste en votre possession.**

Elle comporte :

- d'une part, des **critères relevant du domaine du travail et du comportement au travail** communs à l'ensemble du personnel
  
- d'autre part, des **critères relevant du domaine du management**, qui ne concernent que les cadres et les coordinateurs des unités aux services. (éducateur spécialisé et moniteur éducateur)

#### COMMENT L'UTILISER ?

- ① Evaluer votre positionnement ou celui de votre collaborateur vis-à-vis de chaque critère. La satisfaction du critère peut être appréciée à 4 niveaux différents :

- **excellente**
- **bonne**
- **moyenne**
- **insuffisante**

- ② Dégager, suite à cette analyse, les points positifs et ceux à améliorer et définir ainsi les objectifs personnels.

## CRITERES D'APPRECIATION

**- Domaine du travail et du comportement au travail :**

	Excel.	Bon	Moyen	Insuf.
♦ Compétences techniques (à préciser selon l'emploi occupé)				
<input type="checkbox"/>				
♦ Qualités des relations professionnelles				
♦ Esprit d'équipe				
♦ Organisation dans le travail				
♦ Qualité du travail fourni				
♦ Rigueur et précision				
♦ Sens des responsabilités				
♦ Facultés d'adaptation				
♦ Esprit d'initiative				
♦ Implication dans le travail				
♦ Disponibilité				
♦ Assiduité/ponctualité				
♦ Expression écrite				
♦ Expression orale				
♦ Capacité à rendre compte				
♦ Autonomie				
♦ Efforts de perfectionnement				
♦ Sens de la négociation				
♦ Capacité à convaincre				
♦ Capacité à conclure				

- **Domaine du management** : (cadre et éducateur spécialisé ou moniteur éducateur en charge de la coordination des unités ou services)

	Excel.	Bon	Moyen	Insuf.
♦ Organisation du travail de son équipe				
♦ Animation de son équipe				
♦ Formation des collaborateurs, stagiaires, etc...				
♦ Sens de l'écoute				
♦ Capacité à faire circuler l'information				
♦ Capacité à déléguer				
♦ Pratique de l'appréciation				

## **CRITERES D'APPRECIATION**

(Quelques définitions...)

- ♦ **Qualité des relations professionnelles** : sociabilité.
- ♦ **Esprit d'équipe** : sens de la coopération et de la solidarité facilitant le partage des tâches.
- ♦ **Organisation dans le travail** : qualité d'ordre et de méthode permettant d'être efficace dans le travail.
- ♦ **Rigueur et précision** : application de la réglementation et des normes, exactitude des informations données, explications claires et concises.
- ♦ **Qualité du travail fourni** : fiabilité du travail réalisé et degré de perfection atteint dans l'exécution du travail.
- ♦ **Sens des responsabilités** : capacité dans son domaine à prendre une décision, à en évaluer et assumer les conséquences.
- ♦ **Faculté d'adaptation** : attitude face au changement.
- ♦ **Esprit d'initiative** : faculté de sortir des habitudes pour trouver des solutions adéquates.
- ♦ **Implication dans le travail** : engagement professionnel, motivation.
- ♦ **Disponibilité** : capacité à assumer les contraintes du poste.
- ♦ **Assiduité/ponctualité** : présence régulière au poste de travail et respect des horaires de travail.
- ♦ **Expression écrite** : capacité à rédiger.
- ♦ **Expression orale** : qualité et clarté de prise de parole.

- ♦ **Capacité à rendre compte** : capacité à tenir informé son supérieur hiérarchique des événements significatifs de la fonction.
- ♦ **Autonomie** : capacité de prise en charge personnelle.
- ♦ **Efforts de perfectionnement** : volonté de recherche personnelle et de mise à jour des connaissances.
- ♦ **Sens de la négociation** : capacité au cours d'un échange à faire part de son point de vue et à aboutir à un accord.
- ♦ **Capacité à convaincre** : faculté de choisir une argumentation propice à rallier son interlocuteur à son point de vue.
- ♦ **Capacité à conclure** : faculté, de concrétiser l'argumentation par un contrat.
- ♦ **Organisation du travail de son équipe** : capacité à définir, répartir et expliquer les tâches.
- ♦ **Animation de son équipe** : exercice de l'autorité qui permet motivation de l'équipe et climat de coopération.
- ♦ **Formation des collaborateurs** : capacité à transmettre et à faire comprendre.
- ♦ **Sens de l'écoute** : capacité à accorder de l'attention à ses interlocuteurs, à être réceptif et patient.
- ♦ **Capacité à faire circuler l'information** : capacité à informer son équipe de façon claire, précise et exacte.
- ♦ **Capacité à déléguer** : aptitude à confier des missions à ses collaborateurs, supposant une transmission de pouvoir et la mise en place de moyens de contrôle adéquats.
- ♦ **Pratique de l'appréciation** : faculté de pratiquer une analyse exhaustive et objective de l'activité de ses collaborateurs et aptitude à leur fixer des objectifs.

## QUESTIONNAIRE DE PREPARATION

CE QUE JE PENSE DE MON EMPLOI ACTUEL ?

QUELLES DIFFICULTES JE RENCONTRE DANS CET EMPLOI ?

AI-JE LES INFORMATIONS POUR REMPLIR CONVENABLEMENT CET EMPLOI ?

CE QUE JE PROPOSE EN AMELIORATIONS OU AMENAGEMENTS ?

AI-JE BESOIN DE PERFECTIONNEMENT ?

DANS QUEL DOMAINE ?

DANS QUEL DOMAINE AI-JE PROGRESSE CETTE ANNEE ?

Y A-T-IL UN OU PLUSIEUR DOMAINES OU JE PENSE ENCORE PROGRESSER ?

EST-CE QUE J'AI DES PROJETS PROFESSIONNELS PRECIS ?

DES POINTS PARTICULIERS DONT J'AIMERAIS PARLER AVEC MON CADRE ?

Ce questionnaire est bien sûr à conserver par vous-même ;  
Il n'a pas à être transmis à votre cadre.

### **III – LE DEROULEMENT DE L'ENTRETIEN**

- ♦ L'entretien doit se dérouler **sans interruption** (éviter d'être tout particulièrement dérangé par le téléphone).
- ♦ L'entretien doit avoir une **durée suffisante** (de l'ordre d'une heure) pour que chacun puisse s'exprimer pleinement.
- ♦ L'entretien doit être abordé positivement par les deux intéressés : il doit consister en un véritable dialogue et non en un monologue ou deux monologues juxtaposés.

1<sup>ère</sup> étape : Analyse de l'année écoulée

2<sup>ème</sup> étape : Objectifs pour l'année à venir

3<sup>ème</sup> étape : Détermination des moyens

## IV – LA REDACTION DU COMPTE RENDU

- ♦ Le compte rendu est rédigé par le responsable hiérarchique. Le collaborateur s'il le désire, pourra compléter ce document en y inscrivant (en page 4) ses commentaires et ses souhaits. Ces commentaires doivent porter sur le bilan, les objectifs et les moyens. En cas de désaccord formel sur la rédaction du compte rendu, le collaborateur dispose, s'il en exprime le souhait, d'un délai de 24 heures pour remplir le cadre « *commentaires et souhaits* ».

Le compte rendu est signé par le responsable hiérarchique avant d'être transmis au chef de service pour avis complémentaire si il y a lieu.

- Le directeur prend connaissance du compte rendu d'entretien, y apporte éventuellement ses commentaires et le signe avant de le retourner au salarié qui appose sa signature en bas de la dernière page.

**Un double du compte rendu doit être remis au salarié après qu'il l'ait signé.**

## V – LE RECUEIL ET LE TRAITEMENT DES INFORMATIONS PAR LA DIRECTION

- ♦ Le directeur s'assure que tous les salariés ont rencontré le responsable hiérarchique dans le cadre de cette procédure annuelle.
- ♦ Les informations relatives aux besoins en formation sont examinées dans le cadre du plan de formation de l'établissement.
- ♦ La réorganisation de l'établissement en vu de son agrandissement s'appuiera, dans la mesure du possible, sur les souhaits exprimés par le personnel.
- ♦ L'équipe de direction procède à l'analyse des comptes rendus d'entretien et pourra prendre, dans ce cadre, l'initiative de rencontrer un salarié pour échanger sur le contenu de l'entretien si il y a lieu.

Pour conclure, cet entretien est destiné à dresser un bilan des résultats obtenus sur une période donnée et à examiner les améliorations pouvant être apportées au bénéfice commun de l'utilisateur, du salarié, de l'établissement.

Cet entretien s'appuie sur des éléments objectifs, connus de chacun et s'interdit tout jugement de valeur.

Le Directeur Adjoint



BILAN DES ACTIONS MENEES ET/OU DES RESULTATS OBTENUS AU COURS  
DE L'ANNEE ECOULEE

EVOLUTION DEPUIS LE DERNIER BILAN

Niveau 1

Niveau 2

Niveau 3

NOTA *par évolution, on peut entendre l'évolution du contenu du poste et/ou l'évolution personnelle dans le poste.*

## OBJECTIFS FIXES POUR L'ANNEE A VENIR

☞ Objectif généraux :

☞ Objectifs personnels :

## MOYENS NECESSAIRES

☞ Formation :

☞ Autres :

COMMENTAIRES ET SOUHAITS DU SALARIE

AVIS COMPLEMENTAIRE DU CHEF DE SERVICE

VISA DU DIRECTEUR ET COMMENTAIRES EVENTUELS

♦ le Responsable hiérarchique qui a assuré  
l'entretien

♦ Le Directeur

Dates et signatures

♦ le Salarié