

ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

**CRÉER UNE SECTION FAM EN FOYER DE VIE POUR ADAPTER
LES RÉPONSES AUX BESOINS CROISSANTS DES RÉSIDANTS
DÉFICIENTS MENTAUX**

Frédéric VAN HERWEGEN

CAFDES

2007

Sommaire

SOMMAIRE	1
LISTE DES SIGLES UTILISÉS	1
INTRODUCTION.....	1
1 PREMIÈRE PARTIE : L'ÉTAT DES LIEUX.....	3
1.1 Présentation du contexte	3
1.1.1 La prise en compte de la déficience intellectuelle en France	3
1.1.2 L'AFDPED : une association cinquantenaire	7
1.1.3 La création d'un foyer de vie : un changement dans les habitudes	10
1.2 Le foyer de vie « les cottages »	12
1.2.1 Le cadre réglementaire et les référentiels.....	12
1.2.2 L'environnement et l'équipement	14
1.2.3 Les caractéristiques des résidents accueillis aux cottages.....	15
1.2.4 Les ressources humaines et le style de management.....	17
1.3 Une préoccupation sous estimée à l'origine.....	19
1.3.1 Des besoins croissants d'accompagnement dans les parcours de soins des résidents	19
1.3.2 Les impacts sur les résidents.....	22
1.3.3 Les impacts sur le personnel	23
1.3.4 Les impacts sur ma fonction de directeur	24
2 DEUXIÈME PARTIE : PROBLÉMATIQUE ET HYPOTHÈSES.....	27
2.1 Analyse de la Problématique	27
2.1.1 La santé : un préalable à l'épanouissement de chacun	27
2.1.2 Spécificités de la déficience intellectuelle face aux soins	29
2.1.3 Un statut administratif cloisonné	32
2.2 Vérification des hypothèses	34
2.2.1 Des illustrations d'autres établissements.....	35
2.2.2 Une analyse à partir d'outils du secteur personnes âgées	37
2.2.3 Analyse des hypothèses et attentes des personnes concernées et leur famille..	39
2.3 L'analyse des marges de manœuvres	43
2.3.1 Au niveau politique.....	43

2.3.2	Au niveau du public accueilli	46
2.3.3	Au niveau des ressources humaines.....	47
2.3.4	Au niveau des moyens financiers et logistiques.....	49
3	TROISIÈME PARTIE : LA CRÉATION D'UNE SECTION FAM	51
3.1	Les conditions de mise en oeuvre.....	51
3.1.1	Les conditions administratives.....	51
3.1.2	La préparation en amont	53
3.1.3	Réinterroger le projet d'établissement.....	55
3.2	Les orientations stratégiques retenues	58
3.2.1	Sur le plan administratif.....	58
3.2.2	Sur le plan des moyens	61
3.2.3	Une ouverture plus large à l'extérieur.....	64
3.3	Du plan d'action à la mise en œuvre de l'évaluation	66
3.3.1	De la communication à la préparation des admissions.	66
3.3.2	L'accompagnement du personnel	68
3.3.3	Le volet financier	71
3.3.4	L'évaluation	74
	CONCLUSION	79
	BIBLIOGRAPHIE	81
	LISTE DES ANNEXES.....	85

Liste des sigles utilisés

AAH :	Allocation Adulte Handicapé
AGGIR :	Autonomie Gérontologie Groupe Iso Ressources
AMP :	Aide Médico-Psychologique
ANCREAI :	Association Nationale des Centres Régionaux pour l'Enfance et l'Adolescence Inadaptée
ANPE :	Agence Nationale Pour l'Emploi
BNS :	Brevet National de Secourisme
CAFERUIS :	Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Encadrement et de Responsable d'Unité d'Intervention Sociale
CAFS :	Centre d'Accueil Familial Spécialisé
CAMSP :	Centre d'Action Médico-Sociale Précoce
CAT :	Centre d'Aide par le Travail
CCAS :	Centre Communal d'Action Sociale
CDAPH :	Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées
CNSA :	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CESU :	Chèque Emploi Service Universel
CHSCT :	Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
CMPP :	Centre Médico-Psychopédagogique
CNAM :	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
COTOREP :	COMmission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel
CREAI :	Centre Régional pour l'Enfance et l'Adolescence Inadaptée
CROSMS :	Comité Régional d'Organisation Social et Médico-Sociale
CROSS :	Comité Régional de l'Organisation Sanitaire et Sociale
CTNERHI :	Centre Technique National d'Etudes et de Recherches sur les Handicaps et les Inadaptations
DDASS :	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
EA :	Entreprise Adaptée
EHPAD :	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
ESAT :	Etablissement et Service d'Aide par le Travail
ETP :	Equivalent Temps Plein
FAM :	Foyer d'Accueil Médicalisé
FDT :	Foyer à Double Tarification

FEGAPEI :	Fédération nationale des associations de parents et amis employeurs et gestionnaires d'établissements et services pour personnes handicapés mentales
GALAAD :	Gérontologie : Approche Logistique pour une Aide à L'Analyse et la Décision
GIR :	Groupe Iso Ressource
GMP :	Gir Moyen Pondéré
HAD :	Hospitalisation A Domicile
IME :	Institut Médico Educatif
IMP :	Institut Médico-Pédagogique
IMPro :	Institut Médico-Professionnel
ITEP :	Institut Thérapeutique, Educatif et Pédagogique
MAS :	Maison d'Accueil Spécialisée
MDPH :	Maison Départementale des Personnes Handicapées
PAUF :	Plan Annuel d'Utilisation des Fonds
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
PMP :	Pathos Moyen Pondéré
SAMSAH :	Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
SAVS :	Service d'Accompagnement à la vie Sociale
SESSAD :	Services d'Education Spécialisée et de Soins A Domicile
SMIC :	Salaire Minimum de Croissance
UDAPEI :	Union Départementale des Association de Parents d'Enfants Inadaptés
UNAPEI :	Union Nationale des Association de Parents et Amies de Personnes Handicapées Mentales
VAE :	Validation des Acquis par l'Expérience

INTRODUCTION

Après avoir été cadre éducatif dans un Service d'Accueil de Jour, j'ai eu l'opportunité d'être associé, en 2004, à la préparation de l'ouverture du dernier établissement de l'association des « Papillons Blancs » de Cambrai : le foyer de vie « les cottages ».

C'est donc 5 mois avant l'admission du premier résidant que je suis devenu directeur adjoint de cette structure, accueillant en journée ou en internat des adultes déficients intellectuels.

Voulant miser sur une transmission sereine des valeurs, des savoirs et des compétences en adéquation avec ses besoins, le Conseil d'Administration de l'association a fait le choix de détacher à mi temps un directeur senior pour assurer l'ouverture de l'établissement.

Grâce à une convention passée entre l'association et le Conseil Général du Nord, conjuguée à la formation CAFDES (Certificat d'Aptitude aux Fonctions de Directeur d'Etablissement ou de Service d'intervention sociale), le poste de directeur adjoint que j'occupai représentait une phase transitoire de trois années me permettant l'apprentissage des fonctions de direction.

Etant devenu directeur du foyer de vie pendant la réalisation de ce mémoire, je me positionnerai donc en tant que responsable de cet établissement à travers cette étude dont l'objet prend ses sources aux premiers instants de la structure.

Dès les premiers mois suivant l'ouverture de l'établissement, nous nous sommes interrogés sur l'importance que prenait la place des soins dans le fonctionnement.

En effet, n'étant pas une structure médicalisée, nous avons mal estimé en amont les besoins des résidants dans leur suivi de santé.

Deux années pleines de fonctionnement ont mis en évidence un accroissement des besoins dans le domaine médical. Les traitements, les consultations, les hospitalisations, les soins paramédicaux se sont accrus de façon significative.

De plus, bien que l'ouverture du foyer soit récente, la moyenne d'âge des résidants atteint « déjà » presque 40 ans et quelques uns montrent les prémices d'un vieillissement précoce.

En tant que responsable du foyer, la préoccupation est d'harmoniser les besoins collectifs et individuels, de rendre un service de qualité pour chacun et aussi d'anticiper l'avenir en tenant compte des réalités, tant administratives que budgétaires.

Or, la réponse que nous développons actuellement au foyer de vie va vite se montrer insatisfaisante au regard des évolutions de la population accueillie. Faut-il pour autant préparer des demandes de réorientation pour les bénéficiaires nécessitant davantage de soins ?

Les dispositions législatives du 2 Janvier 2002 nous invitent à interroger nos pratiques et à adapter les réponses en fonction des besoins des usagers.

Pour cela, le rôle du directeur est essentiel dans l'impulsion d'une nouvelle dynamique de l'organisation par la redéfinition du projet d'établissement.

A travers ce mémoire, je compte donc analyser les conditions d'un réajustement de nos pratiques, pour améliorer et optimiser les réponses mises à disposition des usagers du foyer de vie, notamment en terme de soins et d'accompagnement dans le parcours de soins.

Avant de présenter précisément le foyer de vie « les cottages » et les constats qui m'ont amené au questionnement de cette étude, je souhaite aborder dans un premier temps la notion de handicap et sa prise en compte en France, le cadre associatif dans lequel j'exerce ma fonction et le contexte qui a permis l'ouverture du foyer de vie.

Une fois la problématique exposée, l'approche de la notion de santé, de son lien avec la population accueillie et des impacts administratifs de sa reconnaissance en établissement me permettront d'avancer des hypothèses en terme de réponses.

Il m'appartiendra alors de les vérifier et d'analyser les marges de manœuvres existantes.

La dernière partie sera consacrée à la présentation d'une proposition d'action. Je déclinerai donc les conditions de sa mise en œuvre et les orientations stratégiques retenues.

Ces éléments représenteront le préalable de l'opérationnalité du projet que j'aborderai notamment à travers la communication, la préparation des admissions, l'accompagnement du personnel, l'aspect financier, sans oublier l'importance de l'évaluation dont il conviendra d'en développer les conditions.

1 PREMIÈRE PARTIE : L'ÉTAT DES LIEUX

Les foyers de vie se sont créés d'abord à titre expérimental avant qu'ils ne soient pérennisés par les textes réglementaires. Ils représentent une réponse assez différente selon leur lieu d'implantation.

Je propose donc dans cette première partie d'aborder le contexte qui a abouti à la construction du foyer « les cottages » par une approche générale de la notion de handicap et de sa prise en compte en France avant de présenter le contexte local et ses enjeux. Je présenterai ensuite les préoccupations partagées dans l'établissement.

1.1 Présentation du contexte

1.1.1 La prise en compte de la déficience intellectuelle en France

Avant de présenter la notion de handicap mental, il convient d'aborder celle de handicap au sens large et les réponses existantes en France en terme d'établissements et services d'accompagnement des personnes handicapées.

Le mot handicap trouve ses origines d'une expression anglaise « hand in cap » signifiant main dans le chapeau, un jeu pratiqué au XVI^{ième} siècle en Grande Bretagne.

C'est en 1827 que ce terme apparaît en français dans le domaine des courses équestres. En effet, le handicap représentait : « une course dans laquelle on égalise les chances des concurrents en répartissant des désavantages proportionnés à la force des chevaux ». ¹

Le mot handicapé apparaît pour la première fois dans la législation française dans la loi n° 57-1223 du 23 Novembre 1957 sur le reclassement professionnel des travailleurs handicapés :

« est considéré comme travailleur handicapé(...) toute personne dont les possibilités d'obtenir ou de conserver un emploi sont effectivement réduites par suite d'une insuffisance ou d'une diminution de ses capacités physiques et mentales ».

¹ CHAPIREAU F. *le handicap mental chez l'enfant*. ESF, 1997, p49

Il faudra attendre la loi n°75-534 du 30 Juin 1975, d'orientation en faveur des personnes handicapées pour découvrir une nouvelle conception de la personne handicapée : « *Une personne sera reconnue handicapée si elle est reconnue comme telle par les commissions départementales* ».

Néanmoins, comme l'a déclaré M^{me} Veil, ministre de la santé le 3 Avril 1975 lors de la présentation de la loi au sénat, cette loi ne pose délibérément pas de définition du handicap mais crée le secteur médico-social.

En 1980, L'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) publie la classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps, en reprenant les travaux du professeur Philip H.N.Wood¹.

Selon ce dernier, le handicap résulte d'un processus dont l'origine se trouve dans la pathologie. Ainsi, ce processus peut être décrit comme suit :

« *Quelque chose d'anormal se produit à l'intérieur d'un individu, ce qui constitue la **pathologie**.*

*Il en résulte une atteinte d'organes ou de fonctions, constituant la **déficience**.*

*Conjointement, cette déficience conduit à une restriction des possibilités d'exécuter une activité ordinaire ou normale : il s'agit de l'**incapacité**.*

***Le handicap ou désavantage** résulte dans le fait que la personne ne peut réaliser certains actes dans le contexte environnemental ».*

La première définition légale de la notion de handicap n'est apparue clairement qu'avec la promulgation de la loi du 11 février 2005, pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, qui reprend la définition de l'OMS:

« *Constitue un handicap, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant* » (art. 2 de la loi).

En 2002², l'ensemble de la population française recense 13,4% de personnes souffrant de handicap moteur ; 11,4% de handicap sensoriel ; 9,8 % de handicap d'origine

¹ Cité par CHAPIREAU F. *le handicap mental chez l'enfant*. ESF, 1997, p 94

² Site ALPHABIB. *Connaître le handicap*. [visité le 03.04.2007]. Disponible sur Internet : http://alphabib.bpi.fr:8000/Boite_A_Outils/Defs

organique et 6,6% de handicap intellectuel.

En fonction de la déficience des personnes, un accompagnement adapté peut être nécessaire. Les politiques publiques ont progressivement permis de diversifier les réponses pour les adapter au mieux aux besoins.

En terme d'établissements et de services, la France compte, pour les réponses les plus courantes¹ :

- des services de dépistage, de prévention et de soins avec les CAMSP (Centres d'Action Médico-Sociale Précoce), les CMPP (Centres Médico Psychopédagogiques), les SESSAD (Services d'Education Spécialisée et de Soins A Domicile).

- des établissements et services médico-éducatifs pour enfants avec les IME ou IMP (Instituts Médico-Educatifs ou Pédagogiques), les IMPro (Instituts Médico Professionnels), les CAFS (Centres d'Accueil Familial Spécialisé), des ITEP (Instituts Thérapeutiques, Educatifs et Pédagogiques) auxquels s'ajoutent l'ensemble des interventions et dispositifs spécialisés de l'Éducation Nationale.

- des établissements et services pour adultes déficients avec les SAVS (Services d'Accompagnement à la Vie Sociale), les SAMSAH (Services d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés), les ESAT (Etablissements et Services d'Aide par le Travail) et EA (Entreprises Adaptées), les services d'accueil familial, les services d'accueil de jour.

- des établissements d'hébergement pour adultes handicapés avec les foyers d'hébergement, les foyers de vie, les FAM (Foyers d'Accueil Médicalisés), les MAS (Maisons d'Accueil Spécialisées).

Cependant, cette liste est loin d'être exhaustive et il existe bien d'autres réponses actuellement, qu'elles soient expérimentales ou originales dans leur appellation.

Au 31 décembre 2001, 107 000 enfants et adolescents étaient accueillis dans 1981 établissements médico-éducatifs, 23 000 étaient suivis par 911 SESSAD, 95 467

¹ CAMBERLEIN P. *Le dispositif de l'action sociale et médico-sociale en France*, 2^{ème} édition. Dunod, 2005, p 212

adultes bénéficiaient d'un hébergement en établissement et 113 302 travaillaient en structure adaptée¹.

Bien que le terme de handicap mental soit ancré dans le langage courant, les textes réglementaires français utilisent plutôt le terme de déficience intellectuelle. La première Classification Internationale des Handicaps la définit comme « *la perturbation du degré de développement des fonctions cognitives telles que la perception, l'attention, la mémoire et la pensée ainsi que leur détérioration à la suite d'un processus pathologique* »².

Les origines de la déficience intellectuelle sont très diverses et peuvent arriver à tout moment³.

La déficience peut apparaître :

« - *A la conception : maladies génétiques, d'aberrations chromosomiques, d'incompatibilité sanguine...*

- *Pendant la grossesse : radiation ionisante, virus, médicaments, parasites, alcool, tabac...*

- *A la naissance : souffrance cérébrale du nouveau-né, prématurité...*

- *Après la naissance : maladies infectieuses, virales ou métaboliques, intoxications, traumatismes crâniens, accidents du travail ou de la route, noyades, asphyxies... ».*

La déficience intellectuelle peut, en outre, être isolée ou associée à des difficultés de comportement dont les manifestations sont diverses.

Les causes étant multiples, les degrés de handicap intellectuel sont très variables. Le guide barème⁴ évalue ces degrés selon divers critères tels que la conscience et les capacités intellectuelles, les capacités relationnelles et comportementales, la communication, les conduites et actes élémentaires dans la vie quotidienne, la capacité générale d'autonomie et de socialisation.

¹ CTNERHI, en collaboration avec la DRESS, la DGAS. *Le handicap en chiffre, édition 2005*

² INSERM, *Classification Internationale des handicaps : déficiences, incapacités et désavantages : un manuel de classification des maladies*. EVRY : CTNERHI, 1998, p 48

³ UNAPEI. *Accessibilité et handicap mental* [visité le 23.08.2007]. disponible sur Internet : http://www.unapei.org/recherche/e-docs/00/00/01/6B/document_presentation.md

⁴ Décret du 4 Novembre 1993 relatif au guide barème applicable pour l'attribution de diverses prestations aux personnes handicapées

Selon l'UNAPEI (Union Nationale des Association de Parents et Amies de Personnes Handicapées Mentales)¹, on dénombrait, au 31 Décembre 2001, en France, 700 000 personnes handicapées intellectuelles dont une partie était accueillie dans les 7 794 structures (hors milieu ouvert) pour enfants et adultes.

Ces établissements et services peuvent être gérés par des associations, qui, pour certaines ont milité activement auprès des pouvoirs publics pour que l'équipement médico-social national réponde au mieux aux besoins des personnes en situation de handicap.

C'est le cas notamment du mouvement « Papillons Blancs ». En effet, la première association de parents d'enfants déficients mentaux a été créée par Léonce Malécot dans le Nord en 1940². Elle ouvrira après guerre des établissements pour enfants déficients mentaux, notamment destinés à l'accueil d'enfants trisomiques. Cette initiative a été suivie par d'autres associations ayant le même objet.

En 1960, un mouvement inter-associatif s'est structuré par la création de l'Unapei. Cette union est toujours restée actrice dans la défense des intérêts des personnes en situation de handicap intellectuel et représente une force non négligeable de propositions.

Aujourd'hui, l'Unapei soutient, conseille et accompagne 750 associations, représentant 60 000 familles, 2700 établissements et services accueillant 180 000 personnes handicapées accompagnées par 75 000 professionnels.

L'AFDPED (Association Familiale de Défenses des Personnes et Enfants Déficients) de Cambrai s'inscrit dans ce contexte depuis 50 ans.

1.1.2 L'AFDPED : une association cinquantenaire

L'AFDPED a été créée en 1956, sous l'impulsion de quelques parents en quête de solutions de prise en charge adaptée pour leurs enfants déficients mentaux. En effet, ce groupe de fondateurs refusait l'hôpital psychiatrique comme solution d'accueil pour leur enfant et décida de donner du temps et de l'argent pour occuper leurs propres enfants.

¹ UNAPEI. *chiffres du handicap mental* [visité le 03.04.2007].disponible sur Internet :http://www.unapei.org/que_unapei/virtual/310_que_chiffre/e_docs/00/00/02/35/document_presentation.md?type=text.html

² CHAPIREAU F. *le handicap mental chez l'enfant*, ESF, 1997, p42

L'association s'est appuyée essentiellement sur des valeurs de solidarité, de bénévolat, de convivialité et d'entraide entre les familles, ce qui a permis la création de la première « garderie provisoire » le 15 Octobre 1956 dans une école désaffectée de la ville de Cambrai.

Les frais étant en grande partie couverts par les familles, ce premier établissement s'est développé, au milieu de difficultés financières, jusqu'en 1961 où un relais fut assuré par la Sécurité Sociale et l'Aide Sociale. L'Institut Médico-Éducatif était né.

Progressivement, l'AFDPED s'est développée en fonction de l'avancée en âge des premiers bénéficiaires et l'accompagnement des usagers s'est professionnalisé. C'est ainsi qu'un Institut Médico-Professionnel puis un CAT (Centre d'Aide par le Travail) ont été créés.

L'AFDPED devenait peu à peu une association « gestionnaire ».

Pour répondre au problème de l'éloignement géographique, remédier à l'absence de famille ou garantir l'avenir après la disparition des parents, l'association est amenée à construire des foyers d'hébergement pour adultes à partir de 1975.

Depuis, l'AFDPED s'est régulièrement inscrite au travers des politiques sociales pour diversifier l'offre de services et se positionner ainsi au plus près des besoins des bénéficiaires.

Tout en conservant les valeurs d'origine, elle les a progressivement élargies et a inscrit son projet associatif dans :

-la défense des intérêts moraux et matériels des personnes handicapées mentales.

-l'aide technique apportée par les services et les établissements tout au long de la vie de la personne handicapée.

-l'accueil et l'écoute de chaque famille concernée par le handicap mental.

-la solidarité et l'entraide entre les familles.

-la dignité de la personne handicapée et la défense des droits et des libertés individuelles.

-la promotion de la personne handicapée et de sa place dans la société afin qu'elle puisse être auteur et actrice de son projet de vie et de son parcours de vie.

-la garantie d'un accompagnement tout au long de la vie et notamment au-delà de l'éventuelle disparition ou défaillance des parents.

-l'appartenance au mouvement UNAPEI.

Pour répondre au mieux à ce projet, chaque établissement et service doit agir pour :

- le développement au maximum de l'ensemble des capacités et compétences de la personne handicapée.

-l'autonomie et la socialisation dans toute la mesure du possible.

-la conception, la construction et la mise en œuvre pour chaque personne en situation de handicap mental d'un projet de vie individualisé et adapté avec la participation de la personne elle – même et de sa famille.

-l'accompagnement de la personne dans toute les dimensions de la vie et à tous les âges de la vie.

-l'expression, l'écoute et la participation de la personne et de sa famille pour les événements et les décisions qui la concernent.

-la protection de la personne handicapée et la défense de tous ses droits, par un suivi attentif pour qu'elle bénéficie de tous les droits auxquelles elle peut ou pourrait prétendre.

L'association se compose aujourd'hui de 3 secteurs nés successivement : le secteur enfance (1), le secteur travail protégé (2) et le secteur hébergement (3). Elle gère aujourd'hui 18 établissements et services avec :

- Un IME (1)
- un SESSAD (1)
- un IMPro (1)
- un ESAT et deux EA (2)
- un SISEP (2)
- trois foyers d'hébergement (3)
- deux Services d'Accueil de Jour (3)
- un Service d'Aide à l'Habitat (3)
- un Service d'Accueil Familial (3)
- un Service de maintien à Domicile collectif (3)
- une MAS et une MAS externalisée (3)

et le foyer de vie (3), dernière réalisation de l'association, ouvert depuis le 1^{er} Octobre 2004.

Même si ce foyer de vie répondait à un véritable besoin pour beaucoup d'adultes accompagnés par l'association, sa création s'est faite dans un contexte de changement de culture pour les familles.

1.1.3 La création d'un foyer de vie : un changement dans les habitudes

En créant d'abord un IME, puis un IMPro et un CAT, en fonction de l'avancée en âge des bénéficiaires, l'offre de services est longtemps restée la même. Les places de CAT se créaient proportionnellement au nombre d'adultes sortant d'IMPro.

La logique de parcours restait unique pour tout enfant entré à l'IME. Quelque soit son handicap, l'enfant traversait dans son existence les trois structures. Seuls les enfants polyhandicapés n'étaient pas concernés à l'époque.

Ainsi, les CAT recevaient tous les jeunes adultes sortant de l'IMPro. L'offre de travail était basée sur des gestes très simples, avec une faible mécanisation et une rentabilité limitée. Malgré la possibilité de garantir des tâches simples aux ouvriers protégés, certaines personnes atteintes de déficiences sévères, voire profondes avaient le statut de travailleur sans que la notion de travail ait un sens pour elles. Ces personnes se retrouvaient dans des sections occupationnelles.

Néanmoins, ce statut de travailleur restait essentiel aux parents. Malgré la déficience de leur enfant, à travers leur souffrance de parents, une situation ordinaire était trouvée. Comme tout le monde, leur enfant restait un actif de la société et recevait une fiche de paye.

Progressivement, la nature du travail proposé en CAT est devenue de plus en plus mécanisée, voire spécialisée dans certains ateliers.

Avec un mode de financement des CAT où le volet commercial devient le vecteur essentiel de la survie de l'établissement, le volet social a perdu peu à peu son importance.

De plus en plus de travailleurs, les moins productifs, ont regagné les ateliers occupationnels.

Il était donc nécessaire de trouver une meilleure réponse, aussi bien pour les personnes les plus déficientes qui ne bénéficiaient pas d'un ratio d'accompagnement adapté à leur problématique, que pour le CAT qui devait payer ces « improductifs ».

En 1999, l'association crée un service d'accueil de jour, entièrement financé par le Conseil Général du Nord, pour des personnes adultes déficientes mentales, dans l'incapacité de travailler, mais capables d'effectuer des activités occupationnelles. Simultanément, elle lance une réflexion sur la création d'un foyer de vie.

En amont, les responsables des CAT ont tenté de sensibiliser les parents à l'utilité de ce nouveau service et ont ainsi proposé des changements d'orientation vers le service d'accueil de jour pour leurs travailleurs inscrits dans les sections occupationnelles.

Une véritable révolution culturelle s'en est suivie. Depuis des dizaines d'années, le parcours était toujours resté le même et il allait falloir faire le deuil, pour les parents, de cet adulte « productif » et salarié. Un nécessaire travail de longue haleine, de sensibilisation a du être entrepris.

Il fut bien sûr plus facile de sensibiliser les jeunes parents d'enfants sortant d'IMPro.

Avec une montée en charge du service étalée sur 3 années, les admissions se sont faites progressivement. Les admissions de la première année ont concerné plutôt des jeunes de 20 ans tandis que les admissions suivantes ont permis l'accueil des personnes sortantes de CAT.

Le travail avec les familles commençait à porter ses fruits et le climat de confiance s'est installé peu à peu. En 2001, le service d'accueil de jour comptabilisait 30 usagers et atteignait sa capacité maximum. Parallèlement, le CAT comptait dans ses effectifs beaucoup d'ouvriers par défaut (faute de places disponibles au service d'accueil de jour ou d'une opposition à la réorientation de la part des parents).

En 2001, le Conseil d'Administration donne son autorisation pour déposer en CROSS (Comité Régional de l'Organisation Sanitaire et Sociale) le projet : « foyer de vie ». Celui-ci rentrait dans le cadre du schéma départemental et devait couvrir une partie des seuls besoins des bénéficiaires de l'association.

Après l'accord du CROSS puis du Conseil Général du Nord, le foyer de vie est rentré dans sa phase de construction pendant deux années.

Néanmoins, ce n'est que 5 mois avant son ouverture que je fus missionné pour préparer les admissions.

Ayant été chef de service à l'accueil de jour avant de travailler pour le foyer de vie, je connaissais le projet de création de la structure. Un travail avait été initié auprès des usagers de l'accueil de jour et de leur famille ou représentants légaux pour envisager un accueil au foyer de vie, l'accueil de jour étant une solution par défaut en attente d'hébergement.

Parallèlement, il ne restait que 5 mois pour proposer une admission au foyer de vie pour quelques travailleurs du CAT. Certains devaient encore effectuer des démarches

auprès de la COTOREP (COmmision Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel) pour obtenir de nouvelles orientations.

Avec ce laps de temps trop court, toutes les personnes pouvant être concernées par le foyer de vie n'ont pu intégrer la structure, faute d'un engagement des parents. L'offre d'admission s'est donc davantage tournée vers des personnes sans solutions, non connues par l'association ou venant d'arrondissements plus éloignés.

Le foyer de vie « les cottages » a ouvert ses portes le 2 octobre 2004.

Près de 3 ans après l'ouverture, l'utilité du foyer n'est plus à démontrer et certaines familles regrettent de ne pas avoir « passé le pas » lors de l'ouverture. Aujourd'hui, les CAT, devenus depuis 2005 ESAT (Etablissements et Services d'Aide par le Travail), recensent près de 50 travailleurs ne relevant plus du secteur du travail protégé et potentiellement admissibles en foyer de vie ou en accueil de jour. Conjointement, une liste d'attente comptabilise 45 personnes d'une autre origine.

1.2 Le foyer de vie « les cottages »

1.2.1 Le cadre réglementaire et les référentiels

Le foyer « les cottages » est un établissement médico-social relevant du champ de la loi du 2 Janvier 2002, rénovant l'action sociale et médico-sociale accueillant des personnes adultes déficientes intellectuelles de plus de 20 ans.

Appelé plus couramment foyer occupationnel ou foyer de vie, il a été créé en application de l'article 168 du code de la famille et de l'aide sociale et a pour mission d'accueillir des personnes handicapées adultes incapables d'exercer une activité professionnelle, même en milieu protégé, mais qui ont gardé une autonomie suffisante pour se livrer à des activités de détente et de développement personnel.

Même si le terme de foyer occupationnel reste encore largement utilisé, je préfère employer celui de foyer de vie, qui renvoie à une connotation beaucoup moins péjorative, tant pour les usagers que pour le personnel qui les accompagne. En effet, la mission de l'établissement dépasse le rôle réducteur d'occuper les personnes en situation de handicap. Elle contribue à les aider dans leur projet de vie.

Le projet d'établissement est axé sur la notion d'espace résidentiel permanent permettant aux personnes accueillies d'être chez elles. Il ne s'agit pas d'un lieu de passage, ni d'un lieu où les individus sont fondus à la collectivité. Les chambres sont des espaces d'intimité qui ne sont pas occupés pendant l'absence du locataire.

Cette dimension d'habitat personnel permanent nous a amenés à décider d'écrire le mot résidant avec un « a ». En effet, le résidant renvoie davantage à la notion d'habitant tandis que le résident rappelle une personne de passage.

Ainsi, le projet est conçu comme une réponse aux besoins de la personne, à ses désirs et ses potentialités, le tout articulé autour de chaque projet personnalisé.

Il défend les valeurs essentielles telles que le respect et le bien-être, la reconnaissance de l'utilisateur, sa valorisation, l'écoute, le maintien et le respect du rythme de vie, la transparence au niveau des informations, la notion de plaisir, la reconnaissance du travail éducatif, la cohésion d'équipe et la participation active de l'utilisateur et de sa famille.

Les lignes principales de ce projet vise les objectifs suivants :

- *Favoriser l'épanouissement des personnes, leur procurer le plaisir de vivre, développer les capacités, et tout au moins maintenir leurs acquis.*
- *Donner une fonction sociale autre que celle procurée par le travail.*
- *Répondre, de la façon la plus individualisée possible aux besoins en terme de confort de vie, en prenant compte la parole de l'utilisateur.*
- *Enrichir l'environnement social des résidents en favorisant l'ouverture sur l'extérieur.*

Pour répondre au mieux aux objectifs précités, le foyer de vie propose une réponse diversifiée bâtie autour de 3 formes d'accueil :

- Un internat permanent et continu de 46 places où les résidents sont répartis sur 3 unités de vie distinctes où l'esprit « maison » est favorisé. Chaque pavillon garde un style différent et les chambres sont meublées, tapissées, décorées en fonction des choix des résidents.

- Un accueil provisoire de 2 places : il s'agit de places donnant la possibilité aux adultes accueillis de faire l'apprentissage de la vie communautaire, d'offrir à leur entourage un temps de répit ou répondre à des difficultés d'ordre passager.

- Une section d'accueil de jour de 15 places ouverte du Lundi au Vendredi. Elle s'intègre au fonctionnement du foyer par le biais des différentes activités proposées.

Financé par le département du Nord dans le cadre d'un prix de journée, le foyer de vie permet à ses résidents de bénéficier de l'aide sociale.

Néanmoins, conformément au règlement départemental d'aide sociale du Conseil Général du Nord, chaque personne hébergée doit contribuer financièrement aux frais en

reversant 90 % de ses ressources, tout en bénéficiant d'une garantie de base d'un montant minimal de 30 % du montant mensuel de l'AAH (Allocation Adulte Handicapé) à taux plein.

En ce qui concerne le foyer de vie « les cottages », le prix de journée 2007 est de 129 euros et la contribution moyenne des personnes est de 400 € par mois, ce qui laisse 3 470 € par mois à la charge du Conseil Général pour chaque résident.

L'accueil des résidents s'établit sur orientation de type « foyer occupationnel » prononcée par la CDAPH (Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées), remplaçant les Cotorep depuis la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

Cependant, les personnes souffrant de maladies mentales graves, présentant une pathologie psychiatrique non stabilisée ou une pathologie nécessitant un suivi médical important ne peuvent être admises.

Le projet du foyer de vie s'inscrit dans le territoire de la communauté d'agglomération de Cambrai regroupant 23 communes, situé à 60 kilomètres de la métropole Lilloise.

1.2.2 L'environnement et l'équipement

L'établissement a été construit dans la commune de Raillencourt Sainte Olle, une petite ville en pleine expansion de 2 300 habitants, à proximité du cœur de Cambrai et aux portes des autoroutes desservant Paris, Bruxelles, Valenciennes et Lille.

Vendu par la ville, le terrain a été acquis par l'association en 2001. Il est situé dans une nouvelle rue en plein centre ville, dotée de constructions neuves.

Le quartier est doté d'un équipement sportif, culturel et commerçant assez riche (salle de sport, stade, salle des fêtes, médiathèque, auditorium, coiffeurs, café, photographe, fleuriste et pharmacie).

Reconnus par le voisinage, la municipalité, les commerçants et le tissu associatif, les résidents sont considérés comme des citoyens à part entière, des véritables acteurs de la vie locale. Ils sont invités aux moments forts de la ville et participent aux festivités diverses (expositions artistiques, inscription au concours des maisons fleuries, voyages associatifs...).

Les résidents vivent sur un site d'une superficie de près de 2 hectares sur laquelle s'harmonisent 2 secteurs distincts constitués par les lieux de vie et les lieux d'activités.

La partie hébergement est constituée de 3 pavillons. Deux d'entre eux accueillent chacun 15 personnes et le troisième 18. Ces maisons se veulent être le plus proche du modèle familial avec une sensibilisation au respect de l'intimité.

Même si ces maisons se ressemblent d'un point de vue architectural, l'aménagement intérieur tant par la décoration que par le mobilier est tout à fait différent afin que chaque groupe puisse avoir son identité.

Dans chacune de ces maisons, nous pouvons retrouver :

- des chambres individuelles ou doubles suffisamment spacieuses pour permettre à chaque résidant de s'y sentir bien, d'avoir envie de l'investir et de s'y retrouver avec plaisir et confort. Chaque chambre est dotée d'une salle de bain équipée d'une douche, d'un lavabo et d'un WC.
- une salle de bain avec baignoire.
- une salle à manger agrémentée d'une cuisine.
- un salon avec téléviseur, home cinéma et bibliothèque.

Les activités internes sont organisées dans 8 lieux différents : la serre, l'atelier bricolage, la salle de musique, l'atelier des créations, la salle d'expression corporelle, le salon d'esthétique, la salle informatique et le plateau de sport.

Malgré cet équipement interne, l'organisation d'activités à l'extérieur est toujours privilégiée, de façon à continuer à produire et promouvoir du lien social.

Ainsi, les familles et les divers visiteurs affirment que l'ensemble des usagers de l'établissement est accueilli dans des conditions matérielles privilégiées, au sein d'un espace agréable, reposant et adapté.

1.2.3 Les caractéristiques des résidants accueillis aux cottages

Au 31 décembre 2006, l'établissement recensait 66 usagers. Toutes les places de l'internat, permanentes et temporaires, étaient occupées et le service d'accueil de jour comptabilisait 18 usagers sur les 15 places disponibles, certains d'entre eux étant accueillis à temps partiel.

A travers ce mémoire, j'orienterai mon étude sur les résidants accueillis en internat.

Avec une étendue des âges variant de 22 à 59 ans, la moyenne d'âge des résidants est de 39,28 ans au 31 décembre 2006, ce qui est déjà important compte tenu

de l'ouverture récente de l'établissement. 55 % des résidants ont plus de 40 ans et le premier sexagénaire célébrera son anniversaire en 2007.

Le foyer accueille pour moitié des hommes et des femmes. 25 % d'entre eux étaient sans solution avant leur admission et attendaient une offre d'hébergement depuis plusieurs années. 70,5% étaient accompagnés dans un établissement médico-social (IME, ESAT, Service d'Accueil de Jour, foyer de vie) et ont fait l'objet d'une réorientation en fonction de leur âge, leur improductivité, d'un rapprochement familial ou pour répondre à une demande d'hébergement. 4,5 % d'entre eux sortaient d'hôpital psychiatrique.

Il répond aux besoins de 61 % de résidants provenant du Cambrésis. Pourtant, les besoins repérés sur le secteur pourraient à eux seuls couvrir l'intégralité de nos effectifs. En effet, comme je l'ai précisé dans l'histoire de l'association, certains parents n'étaient pas prêts à envisager, pour leur enfant déficient, une admission en établissement d'hébergement. Ainsi, dès 2004, nous nous sommes contraints à accueillir des personnes des cantons plus éloignés. Ils sont donc 18 à provenir de villes situées dans un rayon variant de 30 à 180 kilomètres.

Il est à noter que seuls 9 résidants ont leurs deux parents vivants, tandis que 21 n'ont plus de contact avec leur famille. Ce manque de présence familiale contribue donc à avoir un taux d'occupation très élevé atteignant 98% en 2006.

Par définition, nous avons vu que les niveaux de dépendance peuvent être assez hétérogènes en foyer de vie. En effet, étant un établissement recevant des personnes ne pouvant ni être en MAS, ni en ESAT, le niveau observé de déficience se trouve dans une dimension très large et peut comprendre des personnes souffrant d'une déficience mentale légère, mais incapable de rester assise à travailler et des personnes atteintes d'une déficience profonde, juste à la frontière de l'entrée en Maison d'Accueil Spécialisée.

Aux « cottages », 25 % des résidants nécessitent l'aide d'une tierce personne pour les repas, 71 % pour la toilette, 46 % pour l'habillement.

Une étude comparative a permis de mettre en évidence que le niveau de dépendance s'est aggravé entre 2005 et 2006, compte tenu du vieillissement prématuré de quelques uns et de problèmes médicaux ayant entraîné une régression dans les gestes de la vie quotidienne.

En comparaison avec les statistiques de 2001¹, il apparaît que le niveau de handicap accueilli au foyer de vie « les cottages » est différent des moyennes nationales. En effet, nous comptabilisons 46 % des résidants atteints de retard mental profond et sévère et 22 % de personnes ayant un retard mental moyen, soit 19 % de plus que la moyenne nationale.

Au quotidien, les 48 résidants du foyer sont accompagnés par une équipe pluridisciplinaire de 43 salariés auxquels s'ajoute l'assistance d'un plateau technique du siège social.

1.2.4 Les ressources humaines et le style de management

L'association AFDPED est gestionnaire de ses 18 établissements et services dont le management a été délégué par le Président à un Directeur Général en 2004, année d'ouverture du foyer.

Ainsi, il existe un plateau technique au siège social réunissant les pôles paie, conseil en ressources humaines et informatique.

L'arrivée du Directeur Général a permis de décloisonner les fonctionnements des établissements pour permettre une meilleure cohérence dans les pratiques. Se basant sur un management participatif avec les directeurs d'établissements, les propositions et décisions sont toujours discutées en collège de direction.

En ce qui concerne le personnel du foyer de vie, j'ai participé à l'ensemble du recrutement. Les valeurs prioritaires recherchées pour toute embauche, quelque soit le poste, étaient et restent toujours axées sur :

- la tolérance
- le respect mutuel
- la capacité à vivre ensemble
- des qualités relationnelles.

Ce recrutement s'est effectué en plusieurs phases. En effet, nous voulions favoriser la mobilité du personnel et la promotion interne, en accord avec le projet

¹ VANOVERMEIR S, BERTRAND D. *les établissements médico-sociaux pour adultes handicapés*. DREES, série statistiques n° 64, Mai 2004

associatif, et avons d'abord étudié les motivations internes avant d'ouvrir le recrutement par voie de presse.

Ainsi, 24 % des salariés ont bénéficié d'une mutation intra-associative, 16 % ont eu l'opportunité d'obtenir un poste pérenne après avoir été sollicité par l'association pour divers contrats à durée déterminée et 60 % relevaient d'un recrutement direct.

Dans l'organigramme, nous retrouvons les 5 composantes des organisations telles qu'elles sont décrites dans les travaux de Mintzberg :

- le sommet stratégique avec le directeur et le directeur adjoint.
- la ligne hiérarchique assurée par le chef de service.
- le support logistique avec la secrétaire, le comptable, le médecin psychiatre et la psychologue.
- la technostructure composée des agents de services et de l'agent d'entretien. Elle est complétée par l'externalisation des services restauration et lingerie.
- le centre opérationnel dans lequel s'inscrit une large équipe d'aides soignants, AMP (Aide Médico-Psychologiques), moniteurs éducateurs, moniteurs d'atelier, animateurs, éducateurs spécialisés appelés communément « animateurs » au sein de l'établissement.

Au 31 Décembre 2006, la moyenne d'âge du personnel s'élevait à 40 ans, l'étendue des âges variant de 24 à 57 ans. Le service le plus jeune est représenté par les animateurs dont l'âge moyen est de 33 ans. Cette jeunesse est une des causes principales du dynamisme qui règne dans l'établissement. Néanmoins, elle ne permet pas toujours d'avoir le recul nécessaire présent dans des équipes plus expérimentées.

Hormis 6 salariés des services généraux, la totalité du personnel de l'établissement est diplômée en fonction de la mission qu'il accomplit.

Dès les premières heures, le management employé fut basé sur un fonctionnement participatif tel qu'il est décrit par Bertrand Dubreuil¹. En effet, nous avons choisi d'associer le personnel aux réflexions qui les concernaient et avons opté pour une déconcentration des responsabilités en fonctions des compétences repérées. D'après Bertrand Dubreuil, cette méthode constitue « *la régulation la plus efficiente des difficultés de coopérations inhérentes à toute organisation de travail* » et permet « *une structuration*

¹ DUBREIL B. *analyser les situations de travail*. in *Diriger un établissement ou un service en action sociale et médico-sociale*. Saint just la pendue : Dunod, 2005 chapitre 32 p 1008

symbolique de l'imaginaire institutionnel qui favorise l'investissement professionnel et la créativité ».

Dès l'ouverture, une véritable culture d'établissement est donc née.

Ainsi, grâce au personnel et à sa motivation, ce récent foyer de vie bénéficie d'une image positive et est reconnu comme un site dynamique par l'association et à l'extérieur. Le personnel s'investit pleinement dans ses fonctions et se montre très motivé pour participer à l'épanouissement des personnes accueillies. A chaque moment fort du foyer (fêtes, kermesses, organisation inter-établissements), chacun se sent concerné et participe. La totalité des animateurs participe aux séjours collectifs, les projets d'activités et d'animation sont très nombreux et riches dans leur originalité et l'ouverture à l'extérieur qu'ils occasionnent.

De plus, chaque salarié est responsabilisé au niveau de ses compétences et motivations. Grâce à cette reconnaissance, des missions transversales sont alors confiées dans différents domaines (multi média, gestion des grands événements, démarche qualité, sport, liens avec les autres établissements, ressource bien-être).

Cependant, je reste conscient que ce dynamisme affiché est essentiellement dû à la jeunesse de l'établissement. Il conviendra d'être très attentif pour maintenir cet état de mobilisation le plus longtemps possible.

Parmi le personnel, personne ne provenait initialement d'un autre foyer de vie. Le manque d'expérience dans ce domaine nous a amenés à faire face à une donnée mal estimée en amont, l'importance des besoins médicaux des résidents.

1.3 Une préoccupation sous estimée à l'origine

1.3.1 Des besoins croissants d'accompagnement dans les parcours de soins des résidents

Peu après l'ouverture du foyer, nous nous sommes aperçus qu'il existait un besoin conséquent dans l'accompagnement des résidents dans leur parcours de soins. En effet, les équipes sont constamment sollicitées pour la santé des résidents. De plus, les

statistiques¹ menées sur les deux années pleines de fonctionnement mettent en évidence un accroissement des besoins de soins.

En effet, avec seulement 4 résidants sans traitement régulier en 2006, le taux de résidants sous traitement relatif à une maladie chronique est passé à 91,3 %, soit une hausse de 11,3 % par rapport à 2005.

60% de l'effectif prend son traitement matin, midi et soir alors que cette fréquence de prise ne représentait que 43 % de l'effectif en 2005. De plus, il s'avère que la composition des traitements est devenue plus lourde puisque la moitié des résidants consomme simultanément plus de 5 molécules thérapeutiques.

Ainsi, sur la seule variable traitement, un temps significatif est consacré à la préparation des piluliers et la distribution des médicaments.

Au 1^{er} Janvier 2007, la préparation hebdomadaire des piluliers se réalise en 3 heures 30 et une distribution méthodique aux résidants nécessite 3 heures quotidiennes.

Par ailleurs, il faut ajouter le temps nécessaire pour assurer le suivi de santé avec les prises de rendez-vous, l'accueil des professionnels de santé et l'accompagnement des résidants vers les consultations.

Pour l'année 2006, nous comptabilisons 624 consultations médicales, soit une hausse de 3 % sur 2 ans. Cette hausse paraît insignifiante mais il est à noter que les consultations à domicile ont connu un léger repli au profit des consultations à l'extérieur qui ont progressé de 12,5 %.

Sur place, les résidants ont subi 654 actes de soins relatifs à des prises de sang, des injections, des pansements, des lavements, des aides au lever, des enlèvements de fils, de la kinésithérapie. Ces soins sont en augmentation de 7,5 % par rapport à 2005.

De plus, nous déplorons 22 hospitalisations représentant 137 journées.

Compte tenu des niveaux de dépendance des résidants, chaque consultation, acte ou hospitalisation nécessite un accompagnement spécifique individuel. En moyenne, il faut compter 15 minutes de disponibilité éducative par acte de soin, 30 minutes par

¹ Voir annexes 1 et 2

consultation de médecin à domicile, dans la mesure où les animateurs doivent assister le résidant, échanger avec l'intervenant sanitaire et se procurer les traitements en pharmacie le cas échéant.

En ce qui concerne les consultations à l'extérieur, 1h30 d'accompagnement vers un médecin généraliste ou spécialiste sont nécessaires hormis, 2 heures pour un accompagnement chez l'ophtalmologiste, 2h 30 chez le neurologue, 4 heures pour un bilan complet.

Pour les hospitalisations, nous prévoyons en moyenne 5 heures d'accompagnement pour toute urgence et nous rendons visite à raison de 75 % des journées d'hospitalisation pendant 1 h 30.

Ainsi, en 2006, 1 245 heures d'accompagnement ont été consacrées aux diverses consultations et actes de soins contre 1 011 heures en 2005.

Depuis leur arrivée, certains résidants ont connu de lourdes difficultés que l'organisation de l'établissement n'avait pas envisagées et a du prendre en compte.

J'illustrerai mon propos par 2 situations :

- Mr D a 28 ans et réside au foyer depuis l'ouverture en 2004. Son handicap est dû à un accident périnatal. Il est répertorié comme une personne déficiente intellectuelle moyenne. De plus, Mr D est épileptique et doit constamment porter un casque de protection pour limiter les risques en cas de chute.

Ayant été accueilli pendant plusieurs années au service d'accueil de jour, une admission en foyer de vie s'avérait la solution la plus pertinente pour lui. Mr D était à son arrivée très actif et participait à toutes les activités proposées. Il avait quelques difficultés motrices qui nécessitaient une vigilance lors des toilettes.

Cependant, en Juin 2005, son épilepsie s'est aggravée. Les crises se sont avérées plus fréquentes et plus intenses. Malgré le port du casque, Mr D a chuté lors d'une perte de conscience, causant un hématome sous-dural. Il a été hospitalisé pendant 30 jours.

A son retour, son niveau d'autonomie était fort diminué. Sa participation aux activités devenait épisodique et l'intervention d'une tierce personne s'est avérée indispensable pour les gestes du quotidien et les déplacements.

Après concertation avec l'équipe pluridisciplinaire, une demande de réorientation auprès de la MDPH a été formulée.

6 mois après, la réception de la notification de la CDAPH précisait que Mr D pouvait bénéficier d'un hébergement en FAM (Foyer d'Accueil Médicalisé) avec maintien dans la structure en attente d'une place.

Un an après, Mr D est toujours dans les effectifs du foyer faute de place dans les FAM du département et son accompagnement se réalise à moyens constants.

- Mlle A est âgée de 59 ans et est également arrivée dès l'ouverture de l'établissement. Elle a une déficience intellectuelle moyenne associée à des troubles moteurs et une épilepsie non stabilisée.

Comme Mr D, elle fréquentait initialement le même accueil de jour et était hébergée en famille d'accueil. Son projet de vie se basait sur le fait d'investir un lieu à elle.

Malgré ses troubles moteurs, Mlle A semble s'épanouir dans sa maison, comme elle aime à le préciser, mais son rythme de vie diminue progressivement depuis quelques mois. Elle bénéficie de 4 séances de kinésithérapie par semaine et son état de santé lui impose de fréquentes injections effectuées par des professionnels libéraux.

Mlle A parle aisément de ses problèmes de santé et de son âge. Elle exprime qu'elle a besoin de plus en plus d'assistance pour le lever, la toilette et le coucher.

Avec ses mots, elle affirme que le foyer représente sa maison et revendique que ce soit sa dernière demeure et ne souhaite aucunement déménager si sa santé se dégradait davantage : « ... je me sens bien ici »... « faut pas m'envoyer loin, je serais triste.. ».

L'importance des soins et du nécessaire accompagnement du personnel se répercute sur la qualité des services rendus à l'ensemble des résidents.

1.3.2 Les impacts sur les résidents

Même si la prise en compte de la santé des personnes est indiscutable, elle génère des effets pour chaque résident du foyer.

En effet, les résidents vivent au sein d'un lieu collectif parmi un groupe de 15 à 18 personnes.

Or, un accompagnement vers les soins pour l'un provoque une modification du programme pour les autres. Il existe un planning d'activités préétabli en fonction des désirs et besoins des résidents, des compétences et de la présence des animateurs. Il est étudié de façon mensuelle pour garantir des repères pour les résidents. Cependant, certaines consultations ou soins ne peuvent être programmées à l'avance mais elles restent prioritaires sur tout autre aspect du fonctionnement. Ainsi, il arrive régulièrement que des activités soient annulées pour libérer un animateur. Ces annulations ponctuelles

représentent pour certains une frustration qui peut par moments s'illustrer par des troubles du comportement.

Par ailleurs, dans le cadre d'un groupe restreint, une annulation d'activité ou une réorganisation programmée du calendrier engendre par conséquence des modifications dans la constitution des groupes d'activités. Les repères changent, le confort de chacun est altéré, la dynamique du groupe peut être déstabilisée.

Pour les résidants concernés par les actes de soins, il est difficile d'avoir une stabilité des interventions. Les professionnels de santé interviennent selon leurs disponibilités. Leurs horaires de passage restent aléatoires et les changements d'infirmiers sont fréquents.

Enfin, en ce qui concerne les résidants hospitalisés, le maintien du lien avec l'établissement est garanti. Néanmoins, seules de courtes visites quasi-quotidiennes du personnel représentent parfois le seul lien « affectif ». Les résidants hospitalisés se sentent parfois délaissés et peuvent connaître une régression des acquis que nous avons malheureusement constatés pour une personne en 2006.

Au niveau de l'organisation, le personnel est aussi concerné directement par cette prise en compte du soin.

1.3.3 Les impacts sur le personnel

Comme précisé précédemment, 71 % de l'effectif a besoin d'une tierce personne pour sa toilette. Cet accompagnement spécifique représente un acte de nursing qui peut être pratiqué par du personnel soignant.

En effet, comme le précise le dictionnaire¹, le nursing est « *un ensemble de soins prodigués par l'infirmière ou l'aide soignante ; ensemble des soins d'hygiène et de confort prodigués aux personnes dépendantes* ».

Or, même si l'établissement n'est pas médicalisé, on peut se poser la question de ses limites. A partir de quel critère une toilette entre-t-elle dans le domaine du soin ?

Cette donnée renvoie au fait que certains gestes de nursing se situent parfois à la frontière entre l'aide médico-sociale et le soin au sens sanitaire.

¹ Le petit Larousse illustré 2005, 100^{ième} édition, Malesherbes Juillet 2004

Sans référence médicale dans l'établissement, le personnel est aussi confronté à une responsabilité accrue. C'est lui qui évalue la douleur et déclenche les soins en appelant le médecin. Ainsi, par manque de compétence interne, le risque d'erreur et de mauvaise interprétation est élevé.

Il est difficile pour les animateurs de déclencher les soins. Lorsqu'un doute s'installe sur la santé du résidant, l'appel d'un professionnel de santé ou des secours s'avère quasi-systématique pour éviter les risques. Une meilleure connaissance ou un conseil interne leur permettrait de réduire les sollicitations de consultations parfois inutiles.

Par ailleurs, les divers accompagnements individuels se répercutent sur la qualité des prestations éducatives. Le réajustement des plannings d'activités précédemment cité donne lieu à des modifications de ratio d'encadrement direct. Les animateurs peuvent parfois gérer une dynamique de groupes plus importants.

Que ces impacts touchent les résidants ou le personnel, le Directeur se doit de prendre en compte ces données pour optimiser les réponses.

1.3.4 Les impacts sur ma fonction de directeur

En tant que responsable du foyer de vie, la prise en compte de la santé des résidants est un préalable mais elle met en évidence quelques enjeux qu'il convient de décliner :

Au niveau des résidants, il me paraît essentiel de veiller à leur maintenir un bon état de santé. La charte des droits et des libertés, relevant de l'arrêté du 8 septembre 2003, mentionnée à l'article L 311-4 du Code de l'Action Sociale et des Familles, pose dans son article 7 les principes d'un droit à la sécurité, à la santé et aux soins et précise dans son article 2 que « *la personne doit se voir proposer une prise en charge et un accompagnement individualisé et le plus adapté possible à ses besoins* ». Le directeur doit donc asseoir un fonctionnement qui harmonise au mieux la prise en compte personnalisée des besoins de soins et la qualité d'accompagnement collective en terme de présence éducative et d'offre d'activités.

Par ailleurs, les dispositions législatives de 2002 placent la personne accueillie au cœur du dispositif. Elle est actrice à part entière de son projet de vie et la culture professionnelle doit se baser sur la prise en compte des souhaits et décisions des personnes elles mêmes. Ceci a une répercussion directe sur le projet d'établissement.

Comme le souligne François Faucheux¹ : « *le projet de l'établissement ne peut que se mettre à l'écoute et au service des personnes accueillies. Il est donc amené à diversifier ses réponses. Le projet de l'établissement n'est pas à opposer à la personne, c'est la personne qui peut demander au projet de s'adapter* ».

Aussi, en dehors de leurs souhaits propres, les besoins des résidants évoluent. En effet, les données que nous comptabilisons en terme de suivi de santé augmenteront inévitablement en fonction de l'avancée en âge des résidants. Se préoccuper de leur accompagnement à travers leur vieillissement devient judicieux, d'autant plus que les effets du vieillissement des personnes handicapées peuvent apparaître à partir de 40 ans² et que la moyenne d'âge des résidants des cottages est de 39 ans.

De plus, personne, quelque soit son âge, n'est à l'abri d'un problème de santé passager nécessitant l'intervention supplémentaire d'une tierce personne.

Le problème soulevé relevant bien d'un état structurel et non conjoncturel, il est de ma mission de savoir adapter l'organisation et anticiper l'évolution des besoins.

Enfin, il est nécessaire de prendre en compte les réalités budgétaires et les limites qu'imposent les autorités de tarification et le contexte actuel en matière de financement public. En effet, après plusieurs décennies de dépenses facilitées par une croissance soutenue, l'heure est aujourd'hui à plus de maîtrise. Les charges liées à l'aide sociale sont en constante évolution et les ressources publiques obligent à davantage de rigueur.

Par ailleurs, avec les différentes phases de décentralisation, les compétences se sont réorganisées et le discours tenu par une partie des conseils généraux, devenus « chefs de file de l'action sociale » depuis le 1^{er} Janvier 2005³ évoquent qu'il semblerait que les transferts de compétences n'aient pas été accompagnés du transfert des moyens à hauteur des besoins.

Ainsi, le directeur doit donc rationaliser les dépenses. Ma préoccupation de responsable d'établissement est ainsi d'optimiser les ressources internes en les réajustant quelque peu mais aussi de réfléchir à trouver et utiliser des moyens extra-départementaux (au sens de la ressource financière).

¹ FAUCHEUX F, *faut-il maintenir la catégorie des Foyers de vie ?* Bulletin d'information du CREAL Bourgogne n° 187. Novembre 1999.p19

² DREES. *Les personnes handicapées vieillissantes : une approche à partir de l'enquête HID.* Etudes et résultats n° 204. Décembre 2002.

³ Loi n° 2004-809 du 13 Août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales

Conclusion de la première partie

Malgré une réflexion préparatoire de près de 5 années et une ouverture récente, le foyer de vie « les cottages» est déjà confronté à une difficulté à satisfaire la prise en charge globale des personnes déficientes intellectuelles qu'elle accueille.

La dimension des soins jusqu'à l'ouverture sous-estimée n'a pas été suffisamment prise en compte dans le projet mais l'évolution des besoins représente réellement un glissement qui nécessite la révision du projet.

Actuellement, dans un contexte non médicalisé, l'intervention médicale est justifiée mais représente un problème émergent qui deviendra une préoccupation essentielle à moyen terme pour certains résidants. L'anticipation et l'adaptation de l'établissement représentent une des missions principales du Directeur.

2 DEUXIÈME PARTIE : PROBLÉMATIQUE ET HYPOTHÈSES

En tant que responsable du foyer de vie, je suis amené à m'interroger sur les limites de l'établissement quant aux réponses apportées aux besoins de soins des résidents. La délégation reçue du Directeur Général m'oblige aussi à veiller à l'évolution des besoins du public accueilli en proposant au Conseil d'Administration des adaptations aux réponses existantes.

Pour permettre l'épanouissement des personnes à travers leur projet de vie, il leur faut une santé qui permette sa réalisation.

Même si le foyer de vie n'est pas médicalisé, la prise en compte de la santé des résidents doit faire partie des préoccupations, c'est une des responsabilités du directeur quant à la gestion des risques sanitaires.

A ce niveau d'étude, plusieurs questions apparaissent :

- Pourquoi l'aspect du soin pose-t-il problème au foyer de vie ?
- En quoi l'établissement est-il confronté à ses limites ?
- Comment optimiser et adapter le fonctionnement du foyer de vie pour mieux répondre en terme de prise en charge globale des personnes ?

Avant de pouvoir émettre des hypothèses à cette problématique, je propose d'aborder les notions de santé et de soins puis de décliner la spécificité de la personne déficiente intellectuelle dans son rapport aux soins.

Ce préalable posé permettra d'analyser cette préoccupation à travers des réflexions et pratiques d'autres organisations, des attentes des personnes concernées avant d'aborder les marges de manœuvres possibles au niveau local.

2.1 Analyse de la Problématique

2.1.1 La santé : un préalable à l'épanouissement de chacun

Le concept de santé représente une des notions les plus importantes de la vie. Déjà Socrate posait comme question : « *existe-il pour l'homme un bien plus précieux que la santé ?* ».

La santé va souvent de soi. C'est quand elle s'altère qu'elle fait l'objet de discussions. Le Petit Larousse illustré¹ définit la santé comme l'état de quelqu'un dont l'organisme fonctionne bien : « *être plein de santé* » ou un état de l'organisme bon ou mauvais : « *être en mauvaise santé* ».

Cette définition se centre sur l'aspect physique de l'organisme. L'OMS présente une définition plus large dans le préambule de sa constitution : « *la santé est un état de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale* ».

Ainsi, la notion de santé telle qu'elle vient d'être définie dépasse largement les maux du corps mais prend en compte le bien-être de la personne dans toutes ses dimensions, avec son environnement.

Néanmoins, cette définition renvoie à un état de plénitude important. Rares sont ceux qui obtiennent un « complet état de bien-être ». Le site Internet Wikipédia² préfère présenter la définition de la santé à travers celle du biochimiste René Dubos : « *état physique et mental relativement exempt de gênes et de souffrances qui permet à l'individu de fonctionner aussi longtemps que possible dans le milieu où le hasard ou le choix l'ont placé* ».

Ainsi, la prise en compte de la santé des personnes relève donc de leur prise en charge globale. Elle passe par la notion de soins.

D'après le petit Larousse illustré, le soin représente « *les moyens par lesquels on s'efforce de rendre la santé à un malade* ». Cependant, cette définition me paraît bien réductrice par rapport aux définitions de la santé décrite par l'OMS. La prise en compte de la globalité de la personne à travers les soins est expliquée par Joël Belmin³. Selon lui, la dimension des soins ne s'adresse pas aux seuls malades : « *les soins ne sont pas seulement curatifs, mais aussi préventifs, relationnels, de socialisation, de confort, d'aide à vivre, palliatifs* ».

¹ Le petit Larousse illustré 2005, 100^{ième} édition, Malesherbes Juillet 2004

² Site Wikipédia. *Définition de la santé* [visité le 01.07.2007]. disponible sur Internet : <http://fr.wikipedia.org/wiki/Sant%C3%A9>

³ BELMIN J., ALMALBERTI F. *Les soins aux personnes âgées*; Editions Masson, Octobre 1997

Toutes ces attentions font partie du quotidien des équipes éducatives du foyer de vie qui ne délivrent actuellement aucun acte de soin, au sens sanitaire, mais qui prennent soin, chaque jour, de chacun.

Prendre soin, c'est optimiser le capital santé des personnes, c'est un préalable à l'épanouissement de tous.

Toutefois, il convient de repréciser que les foyers de vie sont des établissements non médicalisés et ne comptent généralement pas de personnel médical ou paramédical dans leur organigramme.

Les équipes participent aux soins au sens large, mais faut-il qu'elles soient complétées par du personnel paramédical ? Comment définir le seuil à partir duquel un acte de soin doit être réalisé par un professionnel de santé ?

Pour répondre à ces interrogations je propose d'aborder la définition des soins infirmiers décrite par Virginia Henderson¹. Selon elle, *"Les soins infirmiers consistent principalement à assister l'individu, malade ou bien portant, dans l'accomplissement des actes qui contribuent au maintien de la santé (ou à une mort paisible) et qu'il accomplirait par lui - même s'il avait assez de forces, de volonté ou de savoir. »*

L'éclairage de ces concepts nous rappelle que chacun est concerné par les soins. Ceci nous invite à nous faire prendre conscience que c'est une dimension à inscrire impérativement dans le projet du foyer de vie, ce qui n'est pas explicitement le cas actuellement.

Pour clarifier la prise en compte de ces notions dans le projet, il est nécessaire de bien appréhender les profils des personnes accueillies. Celles que nous accueillons ont un rapport particulier face aux soins.

2.1.2 Spécificités de la déficience intellectuelle face aux soins

Les résidants, atteints de déficience intellectuelle, n'ont pas les moyens d'assumer de façon autonome les démarches liées à leur santé. Pour certains, c'est l'expression même de la douleur qui n'est pas exprimée et doit être détectée par les équipes. Ainsi, au sein des foyers de vie, quelques constats peuvent être faits :

¹ Site Wikipedia. *Virginia Henderson*. [visité le 21.07.2007]. disponible sur Internet : www.wikipedia.org/wik/virginia_henderson

- Le déclenchement des soins dépend principalement d'un tiers, rarement du résidant. Aucun résidant n'est capable de définir s'il a besoin de voir un médecin. Pour les moins dépendants, ils réussissent à verbaliser leur douleur ou mal-être aux animateurs. Pour les autres, il faut compter sur une bonne connaissance du résidant et une observation régulière pour détecter tout dysfonctionnement.

Dans tous les cas, c'est le personnel qui évalue la nécessité de faire intervenir un médecin ou les secours. Ils doivent régulièrement détecter de ce qui est de l'ordre des besoins de soins et de ce qui relève de la demande d'attention particulière qui ne justifie pas forcément l'intervention médicalisée.

- Les consultations ou actes de soins paramédicaux nécessitent le plus souvent des accompagnements multiples et variés, d'une part en terme de transport, mais aussi surtout en terme de présence physique.

En effet, cette dernière se situe à 3 niveaux :

- avec le résidant, il convient de l'aider à s'exprimer s'il en a les capacités, de le rassurer le cas échéant, de lui expliciter la nature des soins apportés, parfois de le contenir physiquement.

- avec le praticien, il s'agit de l'aider à mieux comprendre ce patient peu ordinaire, de donner les informations complémentaires que le résidant n'est pas en mesure de fournir, de garantir une continuité dans le suivi médical, de se tenir informé des éventuelles conduites à tenir ou des suites à donner.

- au niveau institutionnel, l'accompagnateur devra faire les liens nécessaires avec l'équipe pluridisciplinaire en terme de communication pour assurer une continuité de prise en compte de la santé par l'ensemble des intervenants auprès du résidant.

- de façon ponctuelle, certains résidants connaissent des périodes d'hospitalisation et il est impératif de maintenir les liens et permettre la permanence de certains repères affectifs indispensables à leur sécurisation. Ce lien permet également des échanges avec les équipes hospitalières parfois désemparées face à la méconnaissance de ce patient différent.

La spécificité de ce public induit une présence soutenue du personnel d'autant que le nombre annuel de consultations des résidants est supérieur à celle de la moyenne des

français. En 2003, chaque français consultait en moyenne 5,6 fois le médecin¹, toutes consultations confondues, tandis que l'année 2006 recense pour le foyer une moyenne de 13 consultations par résidant. Comme le précise Paul Blanc², « *les personnes handicapées souffrent plus fréquemment que la population générale de problèmes de santé « ordinaires* ». Dans son rapport, ce sénateur avance que certains handicaps prédisposent à l'apparition plus fréquente de certaines pathologies.

Par ailleurs, cette préoccupation s'aggravera en fonction de l'avancée en âge des résidants dont les premiers signes de vieillissement peuvent apparaître à partir de 40 ans comme l'affirme l'enquête Handicap-Incapacités-Dépendances³. Ce vieillissement pourrait s'illustrer par une apparition de troubles de santé supplémentaires, d'une augmentation de la dépendance, d'un ralentissement du rythme de vie, de pertes de mémoires, de difficultés motrices...

Selon les résidants, certains pourront garder les mêmes activités et continuer à vivre dans les mêmes conditions, d'autres auront peut-être la nécessité de trouver une structure en meilleure adéquation avec leur rythme de vie.

Des établissements pour personnes âgées existent. Cependant, les personnes âgées n'entrent en institution que suite à une perte d'autonomie et de problèmes médicaux importants qui obligent véritablement à quitter leur domicile personnel. Ils arrivent alors en établissement à un âge moyen de 80 à 85 ans.

Compte tenu de la précocité du vieillissement des personnes déficientes intellectuelles, il existe un décalage de plus d'une génération lorsqu'une personne âgée « ordinaire » entre en même temps qu'une personne déficiente intellectuelle vieillissante.

De plus, dans les établissements gérontologiques, il faut avoir l'assurance que le personnel soit formé à l'accueil de résidants déficients et qu'il existe un projet cohérent qui convienne aux personnes handicapées accueillies.

¹ INSEE Nord Pas de Calais. *Santé et recours aux soins en Nord Pas de Calais*, page de profils n°4, Avril 2005

² Blanc P, *une longévité accrue pour les personnes handicapées vieillissantes : un nouveau défi pour leur pris en charge*, rapport au ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, Juillet 2006

³ Cité dans DREES. *Les personnes handicapées vieillissantes : une approche à partir de l'enquête HID*, Etudes et résultats n°204, Décembre 2002

L'idéal serait de pouvoir obtenir les moyens d'intégrer le soin dans le fonctionnement de l'établissement mais plusieurs contraintes, notamment administratives et financières rendent la tâche impossible dans le contexte actuel.

2.1.3 Un statut administratif cloisonné

Face à une augmentation des besoins, il paraît logique de solliciter l'autorité de tarification en vue d'obtenir des moyens supplémentaires. Cependant, cela ne s'avère pas aussi facile dans le contexte actuel de maîtrise des dépenses publiques.

Même si l'analyse précédente met en évidence une nécessité de compléter les moyens existants en terme de personnel, l'obtention de postes supplémentaires financés par le Conseil Général du Nord s'avère de plus en plus difficile. Les autorités de tarifications fixent scrupuleusement aujourd'hui des notes de cadrage budgétaire en vue de maîtriser les dépenses et allouent des moyens respectant une convergence budgétaire. Cette pratique paraît évidemment de bon sens d'un point de vue comptable et d'équité mais ne prend peut-être pas toujours en compte les spécificités des établissements dont l'analyse des niveaux de dépendance des résidents accueillis révèle des disparités.

Par exemple, plus un établissement accueille dans ses effectifs des personnes dépendantes d'une tierce personne pour leur toilette, plus le temps de présence individuelle des professionnels est important.

Pour l'instant, les établissements financés par le Conseil Général du Nord ne possèdent pas d'outil officiel unique permettant une comparaison des niveaux de dépendance de leurs résidents.

L'utilisation des indicateurs édictés par les établissements financés par l'Etat permettrait de reconnaître des particularités de chaque foyer de vie qui, par définition admet une palette très diversifiée de personnes. Entre des personnes ne pouvant suivre un rythme de travail en ESAT et une personne relevant d'une MAS, le fossé est grand.

En ce qui concerne les besoins liés aux soins, le Conseil Général du Nord oppose le fait qu'il n'a pas la compétence pour les financer et nous invite à nous rapprocher des services de l'Etat .

Nous assistons donc à un cloisonnement des établissements. Afin d'obtenir des moyens en terme de soins, la structure doit être médicalisée et obtenir une double tarification. Néanmoins, cela nécessite que les orientations des personnes concernées soient établies en bonne et due forme.

Afin de bénéficier d'un accueil en établissement, les personnes handicapées doivent obtenir une notification d'orientation établie en fonction de leurs besoins. Néanmoins, les types d'orientation sont tellement fragmentés qu'ils peuvent enfermer les bénéficiaires dans leur classification. Depuis l'ouverture du foyer de vie, j'ai été contraint de refuser en internat une personne ayant une notification « accueil de jour » alors qu'elle bénéficiait depuis l'ouverture d'un accueil à la journée sans problème.

Pour obtenir une double tarification, il faudrait envisager un changement d'agrément qui aurait pour conséquence de réserver l'accueil aux seules personnes détentrices d'une orientation « foyer d'accueil médicalisé », non opportune pour la totalité des résidents du foyer de vie « les cottages ».

Cette dichotomie administrative est une contrainte dont les premiers lésés restent les personnes concernées. Cette contrainte s'alourdit d'autant plus devant les délais impartis pour le rendu des décisions des CDAPH. Dans le département du Nord, la durée moyenne d'instruction des dossiers de demande d'orientation est de 6 mois.

Bien qu'il y ait des avancées significatives, l'ensemble des contraintes ne permet pas encore aujourd'hui une réelle prise en compte individualisée des besoins des personnes dans les meilleures conditions. Plusieurs acteurs de l'action médico-sociale en sont convaincus. Ainsi, le directeur général de la FEGAPEI (Fédération nationale des associations de parents et amis employeurs et gestionnaires d'établissements et services pour personnes handicapés mentales) propose¹ de « *financer les structures en fonction des actes qu'elles délivrent effectivement aux personnes accueillies* ». D'autre part, le CTNERHI (Centre Technique National d'Etudes et de Recherches sur les Handicaps et les Inadaptations)² souhaite faciliter au plan administratif les passages d'une structure à une autre.

La réorganisation est possible dans une époque de mutation du secteur. Elle a été réalisée dans le champ de la gérontologie. Aujourd'hui, les moyens octroyés aux EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) se basent à partir des grilles AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupe Iso Ressources) et depuis peu PATHOS, que je présenterai plus loin.

¹ PLAQUET M. *sortir du prêt-à-porter pour accompagner sur mesure les personnes handicapées*. ASH n° 24514-2415 du 29 Juin 2007

² idem

Ces dispositifs ne concernent pas les foyers de vie. Aujourd'hui, il existe une grille d'évaluation appelée MAP (Modèle d'Accompagnement Personnalisé) construite en parti par JM Ducoudray, cocréateur de la grille AGGIR. Cette grille se veut être adaptée aux personnes déficientes intellectuelles et est éditée par l'UNAPEI mais ne représente pas une référence légale.

Dans l'attente, il convient de pallier aux difficultés que nous rencontrons en fonction du contexte législatif actuel.

Ainsi, pour mieux répondre aux besoins de soins croissants des résidants, il est donc nécessaire d'adapter l'organisation du foyer de vie en intégrant davantage le soin dans le projet.

Pour y parvenir, deux hypothèses s'offrent à nous :

- d'une part, réorganiser à moyens constants le fonctionnement de l'établissement pour que les réponses aux besoins de soins ne fragilisent pas l'organisation.
- d'autre part, institutionnaliser le soin.

Avant de vérifier la pertinence des hypothèses, je propose d'aborder cette préoccupation à travers des pratiques d'autres établissements ayant été confrontés à la même problématique et de déterminer quelles sont les attentes des principaux acteurs concernés par cet enjeu.

2.2 Vérification des hypothèses

La dimension des soins en foyer de vie est une préoccupation largement partagée sur le plan national. En effet, déjà, en mars 2002, l' ANCREAI (Association Nationale des Centres Régionaux pour l'Enfance et l' Adolescence Inadaptée) proposait dans le cadre de ses 5^{èmes} journées nationales des foyers de vie, un colloque intitulé « *les foyers de vie aux frontières du sanitaire et du social* ». Ce colloque réunissant des professionnels des foyers de vie, des représentants d'autorités de tarification et de spécialistes de l'action sociale et médico-sociale a montré toute l'importance d'une nécessité de penser le soin dans les projets des foyers de vie.

Plus récemment, l'UNAPEI a organisé, pendant son congrès annuel à Lille le 1^{er} Juin 2006, un débat autour de l'importance des soins et du suivi médical en foyer de vie. Ce congrès a permis notamment aux familles d'exprimer leur crainte de devoir envisager

un changement d'établissement pour les personnes si leur état de santé nécessitait des soins constants.

Au niveau du département du Nord, l'UDAPEI (Union Départementale des Association de Parents d'Enfants Inadaptés) a lancé début 2007 une réflexion avec l'ensemble des directeurs de foyer de vie du mouvement Papillons Blancs du territoire sur la question des pratiques d'établissements quant à la gestion des soins.

Face à cette préoccupation, les pratiques divergent.

2.2.1 Des illustrations d'autres établissements

Pour connaître les pratiques organisationnelles d'autres foyers de vie, je me suis rendu dans 4 établissements : 3 dans le Nord, un dans le département du Rhône. Je les nommerai respectivement les foyers A, B, C et D.

A l'analyse des personnes accueillies, lors de ces rencontres, il apparaît que chaque foyer recense des publics différents, en comparant la moyenne d'âge, les pathologies accueillies, et les niveaux de dépendance. Néanmoins, en dehors de ces différences, la préoccupation du foyer de vie « les cottages » est partagée par l'unanimité des collègues directeurs. En effet, chaque foyer est concerné par des accompagnements de plus en plus nombreux mais les pratiques peuvent diverger.

Ainsi, le foyer de vie A, d'une capacité de 31 places, ouvert en 2004, se situe sur le site d'un EHPAD, géré par la même association. En cas de difficulté ponctuelle, le personnel de l'EHPAD peut être sollicité pour effectuer un soin.

De plus, les consultations de généralistes, sous forme de visites sont exclusivement réalisées au foyer, sauf urgence. Ainsi, les accompagnements vers les cabinets de médecin ne se font que ponctuellement.

En ce qui concerne les consultations chez les spécialistes, un taxi ambulance est sollicité pour effectuer l'accompagnement.

Par ailleurs, un dentiste se rend régulièrement sur place pour établir des diagnostics dentaires. Lorsque des consultations dentaires sont envisagées en cabinet, le dentiste prévoit dans son emploi du temps de grouper plusieurs résidents pour éviter trop de déplacements. Les résidents sont alors accompagnés par le personnel.

En cas d'hospitalisation, l'établissement envisage dans la mesure du possible des visites régulières d'un salarié accompagné éventuellement d'un résident, en fonction de l'état du malade.

En partageant le site d'un EHPAD, le foyer A fait le choix d'utiliser un plateau technique local en cas de besoin. Cependant, ce sont des moyens, certes utiles, mais utilisés en dehors de leurs prérogatives initiales. De plus, le fait de choisir des consultations systématiques à domicile doit représenter un coût élevé assuré par l'Assurance Maladie dans la mesure où une visite à domicile représente une plus value de l'ordre de 10 euros.

Le foyer de vie B a fait le choix, avec une tolérance du Conseil Général, d'embaucher une infirmière à mi-temps sur un poste d'éducateur spécialisé. Cette dernière effectue des actes de soins sur place et assure la quasi-totalité des accompagnements en consultations. Néanmoins, elle essaye de grouper au maximum les consultations. Celles relevant du renouvellement de traitement sont effectuées sur place par la visite bihebdomadaire de médecins généralistes. Pour l'instant, aucun accompagnement n'a été réalisé pour des hospitalisations. Si tel était le cas, la directrice envisagerait l'assistance d'un animateur.

La solution envisagée permet d'intégrer le soin dans l'établissement. Elle amène une présence stable d'une interlocutrice paramédicale. Néanmoins, le poste obtenu représente la transformation d'un poste éducatif, ce qui diminue le ratio d'encadrement direct.

Le foyer C est un établissement qui a ouvert ses portes en 1995 et accueille 45 résidents. Très vite, les besoins de soins des résidents se sont révélés une problématique majeure. Afin de ne pas délocaliser les personnes nécessitant une réorientation, l'association gestionnaire du foyer a décidé de proposer aux autorités de tarification la transformation d'une partie de l'effectif en structure médicalisée. Ainsi, aujourd'hui, l'offre du foyer de vie a diminué de 10 places au profit de 10 places d'accueil à double tarification sous la dénomination « foyer d'accueil médicalisé ».

Cette transformation leur a permis d'obtenir des moyens complémentaires sur site. Cependant, il leur a été obligé de passer par 10 demandes simultanées de changement d'orientation auprès de la COTOREP.

Le foyer D est un établissement de 47 places financé par le département du Rhône. Ouvert en 2005, la moyenne d'âge des résidents est de 27 ans. La première différence majeure se situe dans l'organigramme accepté par le Conseil Général. En effet, celui-ci finance directement une infirmière à $\frac{3}{4}$ temps.

De plus, le projet d'établissement affiche clairement que, dans la mesure du possible, tout accompagnement concernant le suivi médical relève des familles. Ainsi, les salariés de l'établissement ne sont pas encore confrontés au problème que nous vivons aux cottages. Les familles sont certes présentes pour intervenir, mais qu'en sera-t-il lorsqu'elles vieilliront et qu'elles ne seront plus physiquement en mesure d'assurer ces accompagnements ? C'est un aspect qui est en cours de réflexion au sein de cette association.

Avant de transposer telle ou telle expérience, il convient d'abord de recueillir quelles sont les véritables besoins en terme de médicalisation. Sans outil officiel pour notre secteur, je propose d'élaborer une analyse à partir de la grille AGGIR.

2.2.2 Une analyse à partir d'outils du secteur personnes âgées

Evaluer quantitativement comment répondre aux besoins de soins des résidants s'avère difficile au regard d'une définition très large de la notion de soin et de la difficulté de scinder quelle prestation relève de l'acte sanitaire ou de l'acte éducatif.

Ainsi, je propose d'utiliser un outil de référence dans le secteur des personnes âgées : la grille AGGIR.

Mise au point par messieurs Ducoudray, Leroux et Vétel, cette grille « *évalue l'expression de l'autonomie grâce à l'observation des activités effectuées par la personne âgée seule et (...) définit des groupes iso ressources (GIR) comportant des personnes ayant des besoins en soins de base significativement proches* »¹, à travers « *10 variables d'autonomie corporelle et mentale dites discriminantes et 7 variables d'autonomie domestique et sociale dites illustratives* ».

Cette évaluation permet de classer les personnes selon 6 niveaux de dépendance, du GIR 1 au GIR 6.

Le GIR 1 concerne les personnes les plus dépendantes.

Le GIR 2 concerne des personnes grabataires mais ayant gardé des capacités de raison ou des personnes ayant des capacités mentales altérées, mais ayant gardé une autonomie motrice.

¹ DUCOUDRAY JM., LEROUX R., et al. *Guide d'utilisation du modèle AGGIR*, édité par la CNATS et le SNGC, décembre 2003

Le GIR 3 représente des personnes ayant besoin d'une tierce personne plusieurs fois par jour.

Le GIR 4 comprend des personnes qui nécessitent des aides partielles et ponctuelles.

Le GIR 5 concerne des personnes suffisamment autonomes mais qui peuvent nécessiter une aide ponctuelle pour la toilette ou les tâches domestiques.

Le GIR 6 regroupe les personnes les plus autonomes dans les actes de la vie courante.

Une fois chaque personne répertoriée dans un GIR, une formule mathématique permet de déterminer un indicateur global de charge moyenne de soins de bases par personne : le GMP (Gir Moyen Pondéré).

En prenant l'effectif des résidents permanents au 31 Décembre 2006, nous répertorions :

- 8 résidents en GIR 2
- 8 en GIR 3
- 17 en GIR 4
- 3 en GIR 5
- 10 en GIR 6, soit 71,74 % des personnes classées entre les GIR 1 et 4.

Avec ces données, le logiciel GALAAD (Gérontologie : Approche Logistique pour une Aide à L'Analyse et la Décision)¹, référence nationale, donne un GMP de 448 et évalue un besoin de soins de base quotidien moyen de 1 heure 34 minutes par résident.

Depuis peu, une grille complémentaire appelée PATHOS est utilisée également en établissement pour personnes âgées. Elaborée en partenariat avec le service médical de la CNAM (Caisse Nationale d'Assurance Maladie), cette grille est une référence nationale² qui permet de déterminer des indicateurs de niveaux de soins nécessaires à partir d'une évaluation individuelle de chaque personne.

Renseignée par un médecin, la grille recense les principales pathologies de la personne, affectées à un état pathologique, qualifié par un profil de soins possible.

Par exemple, l'évaluation faite par le médecin de Mr D, cité précédemment, présentant une épilepsie est abordée comme suit :

¹ DRSM de Bretagne. *Logiciel GALAAD version 3*. édité par service médical de la CNAMTS

² Circulaire n° DGAS/DHOS/DSS/CNSA/2006.447 du 17 Octobre 2006 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2006 dans les établissements et services médico-sociaux et sanitaires accueillant des personnes âgées.

Pathologie : affection neuro-psychiatrique

Etat pathologique : comitialité focale et généralisée

Profil de soins : équilibration et surveillance rapprochée.

Le logiciel GALAAD permet de recueillir les données de la grille PATHOS et de décliner un PMP (Pathos Moyen Pondéré) qui permet de calculer une dotation possible pour le soin.

Avec l'aide des médecins des 5 résidents du foyer les plus concernés par le soin, j'ai simulé une évaluation avec la grille PATHOS. En conclusion, il ressort que le groupe des 5 résidents représente un GMP de 600 et un PMP de 522. Cette analyse décrit que l'établissement doit avoir une présence paramédicale 24h/24 et précise que dans le cas d'un établissement pour personnes âgées, une dotation annuelle de 81 983 euros pourrait être sollicitée pour ces 5 personnes.

Cette dotation représente un tarif partiel calculé selon la formule suivante :

$$8,4 \times [\text{GMP} + (\text{PMP} \times 2,59)] \times \text{nombre de personnes concernées.}$$

Ces analyses mettent en évidence un besoin réel de soins soutenus pour quelques résidents.

Deux solutions peuvent être envisagées. La première consisterait à réorganiser le fonctionnement du foyer de vie, à moyens constants pour garantir un meilleur accès aux soins de ville, pour tous. La seconde intégrerait une partie des soins dans son fonctionnement par une médicalisation partielle, à l'intention de personnes les plus fragiles.

Pour réfléchir à la meilleure réponse, il convient d'analyser les forces et faiblesses de chaque hypothèse et d'aborder quelles sont les attentes des résidents et de leurs familles.

2.2.3 Analyse des hypothèses et attentes des personnes concernées et leur famille

Chaque alternative comporte des avantages et des limites.

La première hypothèse que j'ai avancée est de réorganiser à moyens financiers constants le fonctionnement du foyer.

Rester sur une exploitation générale des soins de ville et réorganiser le fonctionnement de l'établissement passerait par un réajustement des horaires du

personnel pour permettre une disponibilité optimisée d'un salarié voué aux accompagnements.

De plus, comme le pratique le foyer D, le réseau primaire du résidant pourrait être sollicité. Ce réseau, défini par R.Dumont¹ est constitué de l'ensemble des personnes activables et mobilisables pour lui apporter une aide en cas de besoin. Il s'agit en particulier des familles, puis des amis ou tout autre connaissance rencontrée dans le parcours de vie, prêts à aider, celles sur qui le résidant peut compter, pour l'assister dans son suivi de santé. Ainsi, comme le précise Lia Sanicola², cela permet de prendre en compte le réseau de l'utilisateur pour dépasser une logique « soignant, soigné » et réintroduire la prise en charge du « milieu par le milieu ».

Par ailleurs, dans le contexte d'une association de parents, un réseau de bénévoles pourrait être activé, notamment lors des hospitalisations des résidants. La présence des professionnels au chevet des malades serait moins soutenue et la présence d'autres tiers en complémentarité permettrait aux résidants malades d'avoir le soutien nécessaire à leur bien être en terme de relation à autrui.

Une autre réponse à exploiter relève de l'utilisation des services à la personne, relevant du plan initié par Jean Louis Borloo, ministre de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement du précédent gouvernement De Villepin. En effet, le résidant pourrait rémunérer un aidant par le biais du CESU (Chèque Emploi Service Universel).

L'argument majeur de ces solutions réside dans le fait qu'elles n'occasionnent aucun financement supplémentaire direct. De plus, maintenir des soins à l'extérieur de l'établissement est source de socialisation pour les personnes. Elles doivent patienter dans les salles d'attente, elles échangent avec d'autres patients venant d'horizons divers.

Le recours à de tierces personnes bousculerait les pratiques organisationnelles et il conviendrait d'accompagner les équipes éducatives à accepter la complémentarité des acteurs, sans que l'un se désengage sur l'autre, sans que l'un n'ait un sentiment d'ingérence dans ses prérogatives.

En outre, en terme de responsabilité, il convient au directeur de s'assurer des compétences des aidants et de veiller à ce que les accompagnements divers se fassent avec le maximum de sécurité. Aussi, la question du secret médical et celle de la discrétion des intervenants se posent, ce qui nécessiterait une clarification des rôles de chacun.

¹ DUMOULIN P, DUMONT R. Optimiser l'intervention sociale. *in Diriger un établissement ou un service en action sociale et médico-sociale*, Paris, Dunod 2005 P 721

² SANICOLA L. l'intervention de réseaux, Paris, Bayard, 1994 p 177

Aussi, le recours au CESU ne peut être que subsidiaire et ponctuel. En effet, il serait important de clarifier les modalités de son utilisation pour éviter que certains aspects contraignants de la prise en charge ne soient progressivement contournés et confiés à d'autres. De plus, les capacités financières résiduelles des résidants ne permettent pas un recours au CESU de façon permanente.

Les réponses précitées apportent certes une aide indéniable en terme d'accompagnement et de présence mais elles ne font qu'accroître le nombre d'intervenants auprès des résidants qui peuvent en être perturbés. Egalement, associer le plus possible les familles dans les accompagnements ne sera possible que pendant un temps limité. En effet, les parents eux aussi vieillissent et ne pourront pas toujours effectuer les allers et retours vers les praticiens. C'est parfois une des raisons qui les ont motivés à choisir un accueil en établissement pour leur enfant, devenu adulte.

Elles restent également sans incidence sur les soins pratiqués dans l'établissement. Compte tenu des besoins émergents, certains résidants devront être admis dans des établissements médicalisés, créant une nouvelle rupture dans leur parcours de vie.

La deuxième réponse envisageable consiste à institutionnaliser une partie du soin. En effet, il s'agirait de salarier des intervenants paramédicaux et médicaux pour garantir une vigilance et une pratique plus organisée des soins.

Avec du personnel de santé, titulaire, un meilleur suivi serait garanti à chacun et une vigilance permanente serait effectuée par des spécialistes. Cette permanence contribuerait à rassurer les résidants et leur famille. Elle permettrait en outre une meilleure réactivité en cas de soucis inopiné.

La stabilité du personnel réduirait considérablement le nombre d'intervenants auprès des résidants qui seraient soignés par des professionnels habitués à leur comportement et mode de communication.

La transmission des informations auprès des équipes éducatives serait plus efficace et le respect des conduites à tenir édictées par les médecins serait davantage garantie.

Avec des références paramédicales sur place, le recours au médecin ou aux services des secours serait plus pertinent.

Cette solution éviterait les réorientations vers d'autres établissements, justifiées par des besoins de soins constants.

Cependant, intégrer le soin doit passer par un financement nouveau, celui de l'Assurance Maladie, par le biais d'une double tarification. Le Conseil Général garderait le

financement de l'hébergement tandis que l'Assurance Maladie prendrait en charge la partie soins. Ce nouvel agrément nécessiterait une préparation en amont pour déposer un dossier de transformation d'établissement, voire d'extension auprès du CROSMS (Comité Régional d'Organisation Social et Médico-Sociale). Il s'agirait donc de sensibiliser le Conseil d'Administration de l'association pour qu'une décision soit prise dans ce sens. Avec ces différentes étapes, le délai de faisabilité de l'institutionnalisation des soins serait de l'ordre de deux à trois années.

Une fois l'autorisation obtenue, les résidents concernés par la médicalisation auraient une étape administrative à gérer, celle de la demande de changement d'orientation à effectuer auprès de la MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées).

Chaque solution paraît pertinente, mais voyons comment se situent les principales personnes concernées, c'est à dire les résidents et leur famille.

Pour recueillir les avis des uns et des autres, diverses instances du foyer sont utilisées :

- En premier lieu, tous les échanges informels lors de l'accompagnement au quotidien des résidents ou les visites de famille sont propices à la discussion et au recueil d'informations.

- Chaque semaine, un temps est consacré à l'expression des résidents sous forme de réunions. Avec un ordre du jour préparé en avance en fonction des préoccupations des résidents, cela permet d'échanger sur la perception qu'ont les résidents sur les prestations qui leur sont proposées et de recueillir leurs souhaits.

- Le Conseil de Vie Sociale représente aussi un espace d'expression. Il a été constitué depuis l'ouverture de l'établissement dans le respect de la loi du 2 Janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et comprend des représentants des usagers, des familles, du Conseil d'Administration, du personnel et de la direction. C'est dans cette instance que les préoccupations liées aux soins sont le plus souvent abordées.

- Régulièrement, des réunions de rencontres des familles sont organisées. Comme pour les temps de parole des résidents, ce sont les attentes des familles qui orientent l'ordre du jour. De façon régulière, les inquiétudes liées à l'avenir sont verbalisées : *« comment seront accompagnés nos enfants lorsque nous ne serons plus là ? », « et si mon fils devait être hospitalisé, comment faire dans la mesure où le foyer n'assure pas une présence continue auprès du résident concerné ? Pourtant sa déficience fait qu'il serait incapable, seul, de rester en place à l'hôpital. »*.

A travers ces différentes rencontres, il est aisé de percevoir la crainte des uns et des autres face aux soins. S'interroger sur une meilleure prise en compte de la santé des résidents fait forcément l'unanimité. Si nous posons la question de la médicalisation du foyer, la majorité des interlocuteurs préfère de loin cette solution et est rassurée.

Même pour les personnes les plus éloignées de ce besoin, la médicalisation représenterait pour eux une garantie dans l'avenir si jamais elles connaissaient des complications de santé.

L'argument le plus largement exprimé reflète une volonté pour les résidents et leur famille de ne pas devoir changer de structure car ils veulent que le foyer les accompagne jusqu'au bout.

A l'analyse de ces deux hypothèses, il est indéniable que le soin a toute sa place dans le projet de l'établissement. Le prendre en compte en réajustant l'existant, à moyens constants est une solution à envisager dès que possible mais compte tenu de l'accroissement envisagé des besoins, l'établissement se retrouvera à moyen terme face à ses limites : moins de parents en capacité de compléter l'accompagnement, des problèmes de soins nécessitant des réorientations, des orientations par défaut faute de places dans les établissements médicalisés.

Ainsi, je propose de réfléchir sur la création d'une entité médicalisée au sein du foyer.

Cependant, celle-ci peut-être envisagée, à condition que sa création puisse être possible dans le contexte actuel des « cottages ».

2.3 L'analyse des marges de manœuvres

Pour internaliser une partie des soins dans le projet d'établissement, il convient donc d'aborder au préalable quelles sont les marges de manœuvre aux niveaux politique, du public accueilli, des ressources humaines, logistiques et financières.

2.3.1 Au niveau politique

Déjà, en 1999, François Fauchoux¹ questionnait la catégorie des foyers de vie. Pour lui, « *il s'agit de donner à la personne avec ses souhaits et ses décisions une place*

¹ FAUCHEUX F. Faut-il maintenir la catégorie des foyers de vie ? *Bulletin d'informations du CREA Bourgogne*, Novembre 1999 ; n°187, p 18

centrale (...). Le projet de l'établissement ne peut que se mettre à l'écoute et au service des personnes accueillies. Il est amené à diversifier ses réponses, le projet d'établissement n'est pas à opposer à la personne ; c'est la personne qui peut demander au projet de s'adapter ».

La loi du 2 Janvier 2002 a ensuite énoncé clairement la priorité aux droits des personnes accueillies en les plaçant au centre des préoccupations. L'esprit de cette loi s'articule en partie autour d'une adaptation nécessaire des établissements en fonction des besoins des usagers.

Jean René Loubat¹ partage cette réflexion en évoquant la nécessité d'offrir une plate-forme de services variés et adaptatifs pour une plus grande diversification des réponses.

La préoccupation que nous avons au foyer de vie n'est pas prise en compte de façon optimum et il convient d'adapter le projet.

La médicalisation de l'établissement est un outil de diversification de réponses qui s'inscrit dans un contexte propice.

La Cour des Comptes² aborde le problème inéluctable du vieillissement de la population handicapée et affirme que « *des besoins en places supplémentaires dans les établissements d'accueil sont ressentis de façon aiguë dans certains départements* ». Ce rapport met en évidence « *le souci des responsables de mettre sur pied des solutions personnalisées, qui limitent les ruptures dans la vie des personnes handicapées et maintiennent les intéressés le plus longtemps possible dans la structure où ils ont passé une grande part de leur vie* ». Pour la Cour des Comptes, la médicalisation des foyers de vie est jugée par plusieurs DDASS (Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales) comme la réponse la mieux adaptée que le recours à des soins ambulatoires.

L'entité qui correspondrait le mieux à la problématique soulevée serait un FAM (Foyer d'Accueil Médicalisé), appelé autrefois FDT (Foyer à Double Tarification) qui a obtenu un fondement légal explicite dans l'alinéa 7 de l'article 15 de la loi du 2 Janvier 2002.

¹ LOUBAT JR. La relation de service au cœur de l'action sociale et médico-sociale. *Actualités Sociales Hebdomadaires*, Mars 2007 ; n°2497, p 40

² COUR DES COMPTES. *La vie avec un handicap*, rapport au président de la république, Juin 2003, p 138-139

La création de places supplémentaire est largement plébiscitée par les différents promoteurs de l'action médico-sociale. Dans son manifeste pour la citoyenneté des personnes handicapées mentales, l'UNAPEI¹ lançait un appel avant les élections présidentielles et législatives de 2007 en demandant « *que les départements soient incités à créer davantage de foyers d'accueil médicalisés, en liaison avec l'Etat, pour répondre à l'intégralité des besoins d'hébergement et anticiper l'évolution des handicaps* ».

Sur un plan local, la faisabilité d'un tel projet ne peut s'avérer pertinente que s'il est en adéquation avec les orientations du schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale. Celui du Nord vient d'être dessiné et couvre la période 2007-2011.

Il s'est fixé, comme orientation stratégique, d'apporter des réponses adaptées pour compenser le handicap. Pour cela, le schéma prévoit une programmation annuelle d'autorisations de projets de création ou de transformation en fonction :

- du taux d'équipement du territoire d'implantation en structures médicalisées et non médicalisées.
- des caractéristiques du territoire d'implantation au regard de sa population.
- de l'existence de projets déjà en cours sur le territoire.

Il indique également qu'il sera envisagé des passerelles entre différentes formes d'accompagnement.

Plus spécifiquement envers les personnes handicapées vieillissantes, le schéma souhaite une adaptation des structures en terme d'efficacité et de qualification du personnel.

En ce qui concerne les créations d'établissements médicalisés, le document indique des territoires prioritaires dont fait partie l'arrondissement de Cambrai.

Sur celui-ci, il n'existe actuellement pas de projet et le Foyer d'Accueil Médicalisé le plus proche, d'une capacité de 19 places, se situe à 45 kilomètres et concerne essentiellement des personnes déficientes intellectuelles ayant des troubles psychiques.

Promouvoir une création de places représente donc une opportunité que l'association pourrait saisir. Ayant inscrit dans son projet associatif une volonté de

¹ UNAPEI. Manifeste pour la citoyenneté des personnes handicapées mentales, *vivre ensemble*, Mars 2007, p 13

diversifier son offre et de positionner au plus proches des besoins de la personne accueillie, il me paraît judicieux de proposer au Conseil d'Administration de réfléchir sur la création d'une structure médicalisée.

Forte de son implication dans l'arrondissement et de son importance, tant au niveau des personnes handicapées suivies que de son rôle économique, l'association AFDPED de Cambrai, premier employeur privée de la ville, jouit d'une reconnaissance importante auprès des acteurs politiques locaux. Si un projet était déposé, il serait soutenu par les élus locaux.

Même si la médicalisation de l'établissement semble être opportune sur le plan administratif et politique, il convient de cerner les marges de manœuvre existantes au niveau de ses bénéficiaires.

2.3.2 Au niveau du public accueilli

Depuis plus d'un an, nous comptons dans nos effectifs un résident bénéficiant d'une orientation de type FAM, prononcée par la CDAPH. Cette décision précise un maintien dans la structure d'accueil actuelle dans l'attente d'une place en établissement médicalisé.

Par ailleurs, au regard des évolutions de certaines pathologies, l'équipe pluridisciplinaire envisage à court terme de solliciter des demandes de réorientation de type « foyer d'accueil médicalisé ». En effet, nous recensons en Juillet 2007, 3 résidents dont l'état de santé commence à poser question.

Mlle A, présentée précédemment, est concernée ainsi que Mr F, diabétique, souffrant d'insuffisances respiratoires régulières. Depuis une récente hospitalisation, Il lui est nécessaire de vérifier quotidiennement son taux de diabète et son état justifie 3 injections d'insuline par jour. Compte tenu de sa déficience mentale, il est dans l'incapacité d'effectuer seul ses injections.

Le 3^{ième} résident est un homme souffrant de Spina Bifida. Il a subi une intervention chirurgicale en début d'année 2007 et porte désormais un sphincter artificiel. De plus, il est sujet à de fréquentes escarres nécessitant des actes de soins journaliers.

Au sein de l'association, L'IMPro accueille des adultes relevant de l'amendement Creton. Cet amendement a permis le maintien d'adolescents handicapés atteignant l'âge de 20 ans dans les IME ou IMPro, lorsque aucune solution institutionnelle n'est trouvée,

pour répondre aux manques de places dans les établissements spécialisés pour adultes handicapés. Deux d'entre eux possèdent une orientation FAM et sont prêts à intégrer dès que possible une structure adaptée à leurs besoins.

L'ESAT, autre établissement de l'association envisage aussi la réorientation d'un travailleur vers un FAM.

Ainsi, à court terme, au seul niveau de l'association, 7 personnes relèvent potentiellement d'un FAM.

Compte tenu des orientations du schéma départemental, il existe un besoin de création de places dans l'arrondissement. En effet, Au premier Janvier 2004¹, le département du Nord comptait 2 577 492 habitants, soit 4 % de la population française et ne recensait au 1^{er} Janvier 2005 que 9 FAM accueillant 148 personnes handicapées. Le taux d'équipement du département en FAM représentait 0,11 place pour 1000 adultes de 20 à 59 ans.

Une étude plus approfondie des besoins locaux permettrait de recenser les personnes susceptibles d'intégrer une structure médicalisée. Il conviendrait donc de solliciter l'ensemble des acteurs sociaux de l'arrondissement et de se rapprocher des services de la MDPH.

Il existe donc des usagers potentiels rendant ainsi pertinente la création d'une structure médicalisée, à condition d'avoir la compétence d'un personnel mobilisé.

2.3.3 Au niveau des ressources humaines

Hormis les services généraux, la totalité du personnel du foyer de vie est qualifié. Les 47 salariés représentent un ratio de 0.7 personne par résidant. Ce ratio est légèrement inférieur au ratio moyen des établissements du mouvement « Papillons Blancs » du Nord évalué à 0.8.

¹ Statiss 2006, Nord pas de Calais, *statistiques et indicateurs de la santé et du social*, édité par la DRASS nord pas de calais, disponible sur Internet <http://nord-pas-de-calais.sante.gouv.fr>, consulté le 29 Juillet 2007.

Cependant, compte tenu de la compétence exclusive du Conseil Général, aucun personnel n'est qualifié pour le soin, à l'interne.

Il existe néanmoins dans l'association des compétences mobilisables pour rejoindre la création d'une section FAM, d'autant plus que la mobilité intra-associative est valorisée dans le management global.

De plus, le recrutement externe de personnel paramédical reste encore aisé localement malgré les pénuries annoncées sur le plan national. En effet, le bassin d'emploi du Cambrésis, caractérisé par un taux de chômage élevé de 13 % se situe dans une zone semi urbaine dont l'équipement en terme de services de soins ne répond pas à l'ensemble des demandes d'emploi locales, d'autant plus que l'arrondissement compte un institut de soins infirmiers et une école d'aides soignantes.

Amener une adaptation du projet d'établissement représente un changement qui aura des répercussions sur la nature des problématiques des résidants. La nature des accompagnements se modifiera. Ce changement doit s'opérer avec une adhésion la plus large du personnel. *« Il n'est point d'entreprise qui puisse réussir sans la volonté de ses membres »¹.*

Les équipes du foyer sont sensibilisées à la nécessité de changer les pratiques existantes et elles se sentent concernées pour participer à la réflexion. Pour elles, l'arrivée de personnel soignant leur garantira une meilleure sécurité et un appui qu'elles réclament.

Aussi, l'adaptation et le réajustement font partie de la culture du foyer. En effet, avec une ouverture en 2004 et le recrutement de salariés récemment formés, le principe des orientations édictées par la loi du 2 Janvier 2002 a été intégré dès le départ.

En conséquence, la recense de l'établissement, le climat social, le dynamisme et la motivation du personnel sont des atouts qui garantissent une résistance au changement nettement limitée. Le personnel est largement favorable à être acteur du changement qui pourrait s'opérer. Seuls des moyens complémentaires devront être déployés en terme de recrutement et des formations devront être envisagées pour une meilleure efficacité de l'ensemble du personnel à l'égard des résidants.

Il reste à cerner quelles sont les opportunités sur le plan financier et technique.

¹ LOUBAT JR. *Penser le management en action sociale et médico-sociale*. Liège : Dunod, Juin 2006 p225

2.3.4 Au niveau des moyens financiers et logistiques

L'établissement étant financé aujourd'hui uniquement par le Conseil Général du Nord, le projet que je propose relève d'une compétence complémentaire de l'État et pourrait être financé par l'Assurance Maladie.

A travers les différents établissements et services qu'elle développe et gère depuis 50 ans, l'association gestionnaire est en contact très étroit avec les autorités de tarification, principalement les services de la DDASS et du Conseil Général du Nord.

Forte d'une gestion rigoureuse et de l'appartenance au mouvement « Papillons Blancs », l'association est reconnue par les financeurs qui restent attentifs à toute proposition.

Envers les établissements bancaires, l'association, appuyée par les financeurs, représente un interlocuteur important qui a des garanties et est capable de négocier des conditions intéressantes de prêt.

Créer une section médicalisée engendrera des dépenses supplémentaires pour chaque financeur. Cependant, dans un contexte de maîtrise des dépenses publiques, le projet financier devra être raisonnable et des économies d'échelles devront être réalisées pour qu'il puisse obtenir une autorisation.

Au niveau financier, le bilan 2006 du foyer de vie montre une situation très saine qui doit donner confiance aux partenaires. Les fonds de roulement d'investissement et d'exploitation sont positifs. Le besoin en fonds de roulement est couvert par la réserve de trésorerie et les disponibilités sont importantes.

De plus, deux exercices consécutifs se sont avérés excédentaires. En effet, en 2005, le foyer a réalisé un excédent de 124 113 euros dont 50 984 euros ont été provisionnés en réserve de compensation. Cette somme représente une garantie pour le premier exercice comptable de la première année de fonctionnement de l'extension et pourra être en partie utilisée si le taux d'occupation n'atteint pas les objectifs fixés.

En 2006, l'établissement a réalisé un excédent de 163 000 euros. Lors du dépôt du compte administratif, il a été demandé d'affecter l'ensemble de cette somme en excédents affectés à l'investissement, ce qui allègera le budget de l'extension.

Une extension engendrera des travaux supplémentaires mais le site du foyer, l'architecture des bâtiments et les équipements existants seront exploités et permettront de réaliser des économies.

En effet, le foyer est construit sur un terrain de 2 hectares et la disposition des bâtiments actuels permet des constructions supplémentaires. Aucun terrain additionnel n'est à acquérir.

Avec un accroissement du nombre de résidants, il sera nécessaire de prévoir en supplément un espace d'activités, des chambres avec salle de bains, ainsi que des lieux de soins et d'aménager la voirie en fonction des constructions réalisées.

Outre la construction, des investissements devront être réalisés dans les équipements mobiliers et le matériel médical.

Conclusion de la deuxième partie

Compte tenu des évolutions des besoins des résidants accueillis aux « cottages », la prise en compte de leur santé doit passer par une adaptation du fonctionnement de l'établissement. Chaque résidant a besoin que l'on prenne soin de lui pour lui permettre d'être le plus épanoui possible. Pour certains, prendre soin passe par des attentions, tant préventives que curatives, qui relèvent d'actes de professionnels sanitaires.

Médecins, infirmiers, aides soignants, rééducateurs fonctionnels sont autant de personnes qui contribuent au maintien de cet « *état physique et mental relativement exempts de gênes et de souffrances* » décrit par René Dubos¹.

Une réorganisation interne du fonctionnement permettra de pallier aux difficultés actuelles. Elle pourra être appuyée par l'intervention de tiers familiaux, bénévoles ou salariés ponctuels. Cependant, l'établissement serait vite à nouveau confronté à ses limites quand les besoins en terme de soins augmenteront.

Pour éviter des ruptures pour les résidants dont l'état nécessiterait une réorientation, il me semble qu'il serait plus opportun d'envisager la médicalisation du foyer pour faire face aux évolutions inéluctables des besoins des résidants à moyen terme.

¹ Op cité p 28

3 TROISIÈME PARTIE : LA CRÉATION D'UNE SECTION FAM

La médicalisation peut passer par une extension des « cottages » avec une section FAM, en partie financée par un nouveau partenaire, l'Assurance Maladie.

Déjà, dans l'établissement et au sein de l'association, quelques personnes sont concernées directement et représentent des résidants potentiels d'une structure médicalisée.

Les marges de manœuvres au niveau des politiques publiques, du public accueilli, des ressources humaines et des moyens logistiques laissent à penser que des conditions favorables rendent un tel projet pertinent et réalisable.

Les préoccupations liées aux soins sont réelles. Sans être dans l'urgence, mon rôle de directeur est d'anticiper sur l'avenir et préparer sereinement le moyen terme.

Ainsi, je propose de réaliser une extension de 15 places supplémentaires sur le site actuel avec un agrément Foyer d'Accueil Médicalisé, d'ici à trois ans.

La préparation de cette échéance doit commencer dès que possible. Avant de décliner l'opérationnalité du projet, je propose de présenter les conditions initiales de sa faisabilité et d'exposer la stratégie que je retiens.

3.1 Les conditions de mise en oeuvre

3.1.1 Les conditions administratives

A l'origine, la circulaire du 14 février 1986 relative à la mise en place d'un programme expérimental d'établissements d'hébergement pour adultes lourdement handicapés a donné la première base juridique d'un établissement appelé Foyer à Double Tarification.

Jusque là, l'accueil en hébergement des adultes lourdement handicapés se réalisait selon deux formules : le foyer de vie ou la MAS. Il a semblé souhaitable dans certains cas d'introduire une nouvelle solution pour permettre aux foyers de vie de se doter d'une organisation propre de soins. Ainsi, a été initié un programme expérimental de création de 10 établissements relevant de deux tarifications, l'une relevant des prestations de soins, l'autre de l'hébergement.

Les dépenses de soins sont destinées à couvrir « *les soins permanents que requièrent les personnes dépendantes, notamment les charges afférentes au personnel médical ou paramédical de l'établissement, les dépenses imputables aux soins médicaux et paramédicaux et l'amortissement du matériel paramédical et médical* ».

Cette expérimentation s'est ensuite étendue dans le cadre des circulaires ministérielles des 3 Juillet 1987 (n° M074), 22 avril 1988 (n°243) et 15 Décembre 1989 (n°22).

Il a fallu la loi du 2 janvier 2002 pour que les FDT devenus FAM acquièrent une légitimité pérenne, en tant qu'établissement médico-social.

La vocation des FAM est d'accueillir « *généralement en internat complet, des adultes gravement handicapés dont la dépendance totale ou partielle les rend inaptes à toute activité à caractère professionnel et rend nécessaire l'assistance d'une tierce personne pour la plupart des actes essentiels de l'existence, ainsi qu'une surveillance médicale et des soins constants* »¹.

Les FAM sont cofinancés par l'Assurance Maladie pour la partie soins et par le Conseil Général pour la partie hébergement, grâce au versement d'un prix de journée.

En 2005, la France comptait 278 Foyers d'Accueil Médicalisés pour une capacité d'accueil de 9 200 places².

En tant qu'établissement médico-social, la création des FAM est soumise au régime des autorisations édicté par décret³.

Elle nécessite donc un dépôt de dossier de création auprès des autorités de tarification, DDASS et Conseil Général du Nord, qui transmettront au CROSMS pour étude.

Le dépôt du dossier doit s'effectuer au cours d'une période fixée au préalable appelée fenêtre. Cette durée permet ainsi au comité d'étude de comparer les projets de même nature et de retenir les plus pertinents.

Le projet doit se révéler compatible avec les orientations du schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale, les règles légales d'organisation et de fonctionnement. Il doit prévoir son évaluation, présenter un coût cohérent et

¹ CONSEIL GENERAL DES YVELINES. *Schéma départemental des Yvelines - volet « adultes handicapés »* - Janvier 2002

² MINISTERE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES ET DE LA SOLIDARITE. *Etablissements et services pour adultes* [visité le 30.07.2007]. disponible sur Internet : http://www.handicap.gouv.fr/article.php3?id_article=551

³ Décret n° 2003-1135 du 26 novembre 2003 relatif aux modalités d'autorisation de création, de transformation ou d'extension d'établissements et services sociaux et médico-sociaux

comparable avec les services de même type. Il est enfin subordonné à l'existence de son financement.

Dès le dépôt du dossier, des pièces manquantes peuvent être demandées dans le mois et la réponse sera envoyée dans un délai de 6 mois. Toutefois, en cas d'absence de réponse, le projet est reconnu comme rejeté.

En cas de validation, l'autorisation est donnée pour une durée fixée à 15 ans et son renouvellement est exclusivement subordonné aux résultats d'une évaluation externe.

Cependant, le dépôt d'un projet de création ou d'extension est une étape qui nécessite un travail préparatoire de sensibilisation et d'étude avec l'ensemble des parties prenantes.

3.1.2 La préparation en amont

Comme le précisent F.Noble et F. Batifoulier¹, « *le directeur n'est pas un électron libre, il est référé aux orientations du Conseil d'Administration et est relié à la pluralité des acteurs associatifs, bénévoles et professionnels* ».

La création d'un nouveau service doit donc en premier lieu résulter d'une décision du Conseil d'Administration de l'association.

Dans le cadre du rapport d'activités 2006, j'ai mis en exergue la dimension santé des résidents en montrant l'évolution des besoins sur deux années de fonctionnement. Le Conseil d'Administration et les adhérents ont ainsi obtenu une première sensibilisation du problème. Néanmoins, il est nécessaire d'appuyer mes propos d'une façon plus formelle.

Je compte donc dans un premier temps soumettre au Directeur Général l'analyse que j'ai effectuée et proposer au Président une note d'aide à la décision qu'il pourra communiquer au Conseil d'Administration. Si ce dernier paraît intéressé par la démarche, je propose d'intervenir lors d'une séance de travail du Conseil d'Administration pour présenter les grandes lignes d'un avant projet.

Une fois le Conseil d'Administration convaincu, je souhaiterais être investi d'une mission qui me permettrait de proposer dès que possible un projet plus finalisé.

¹ BATIFOULIER F., NOBLE F. *Fonction de direction et gouvernance dans les associations d'action sociale*. Paris : Dunod, 2005, p113

Les orientations politiques données constitueront ainsi le début officiel de la préparation du projet de médicalisation du foyer par la création d'une section FAM en son sein.

Occupant « *une position d'interface entre la sphère politique et la sphère opérationnelle* »¹, c'est à partir de ce moment qu'il me faudra faire le lien avec les professionnels, à associer impérativement aux réflexions. En effet, « *le changement n'est effectif que s'il s'accompagne de modalités permettant la participation du personnel à la prise de décision* »².

Ainsi, je compte utiliser le dynamisme et le potentiel des salariés du foyer pour mettre en œuvre un management participatif dans l'élaboration du projet. Des représentants des différents champs d'intervention (accompagnement quotidien, surveillants de nuit, services généraux, service administratif) seront donc associés à la démarche dans le cadre de la constitution d'un groupe de pilotage que je propose d'animer.

Parallèlement, j'envisage de rencontrer d'autres établissements de type FAM afin d'appréhender différents modes de fonctionnement et de retenir les pratiques pertinentes à reproduire. Ces visites permettront d'affiner le projet dans ses aspects architectural et organisationnel.

Cependant, constituer le groupe de pilotage uniquement à partir de professionnels réduirait considérablement l'étude et ne prendrait pas directement en compte la parole des bénéficiaires. Pour cela, je veillerai à ouvrir ce groupe de travail aux représentants des usagers dont les niveaux de compréhension et d'expression permettent vraiment de recueillir leur parole.

Les familles et les représentants légaux auront aussi leur part d'expression. Ils seront informés du lancement de la réflexion et les personnes souhaitant rejoindre le comité de pilotage pourront le faire savoir.

Néanmoins, bien que largement ouvert, le groupe de pilotage doit pouvoir travailler dans les meilleurs conditions et surtout produire de façon constructible. Il ne doit donc pas être trop important et il sera nécessaire de le limiter en nombre de participants.

¹ BATIFOULIER F. NOBLE F, op cité p 53

² DUBREIL B. Susciter la démarche de changement. in *Diriger un établissement ou un service en action sociale et médico-sociale*. Saint just la pendue : Dunod, 2005 chapitre 35 p 1080

Je propose donc la composition suivante :

- 2 résidants
- 2 administrateurs de l'association
- 2 animateurs
- Un surveillant de nuit
- Un agent de service
- Un agent administratif
- Le directeur du foyer de vie.

Ce comité pourra être rejoint à n'importe quel moment par le Président de l'association et/ou le Directeur Général.

Si besoin, le recours à une tierce personne, qualifiée dans son champ d'intervention, pourrait être envisagé pour éclairer les réflexions.

Même si le projet concernera en partie des bénéficiaires repérés dans l'association, une étude approfondie des besoins sur le territoire restera à mener. Pour cela, un travail de concertation devra se développer avec les partenaires locaux. Je compte donc solliciter les CCAS (Centres Communaux d'Action Sociale) de l'agglomération, les services d'aides à domicile, le service social de l'hôpital ainsi que la MDPH pour obtenir une liste détaillée des personnes susceptibles d'intégrer un FAM.

Pour que ce projet prenne tout son sens, il faudra engager progressivement une refonte de l'actuel projet d'établissement.

3.1.3 Réinterroger le projet d'établissement

Depuis la loi du 2 Janvier 2002, la rédaction d'un projet d'établissement est devenue une obligation pour toute structure sociale et médico-sociale. Comme le précise l'article 12 de cette loi, il définit les objectifs de l'établissement et les modalités d'organisation et de fonctionnement. Il décline aussi les principes d'évaluation des activités et la qualité des prestations que nous aborderons dans un prochain chapitre.

Avec les nouvelles orientations déclinées ci-dessus, le projet du foyer « les cottages » devient donc obsolète et il convient de le réactualiser. Ainsi, le nouveau projet donnera le « sens du changement de sens ».

En adéquation avec le projet associatif, il sera élaboré avec une méthode participative et associera l'ensemble des acteurs de l'établissement à travers le comité de pilotage présenté ci-dessus.

Toute la réflexion prendra appui sur des bases que je propose de décliner.

La valeur principale que je défends est d'aider les résidants à poursuivre leur projet de vie dans leur habitat actuel avec son espace, son personnel, ses relations internes mais aussi externes, ainsi que dans l'environnement social dans lequel ils ont tous leurs repères.

Pour cela, je propose de continuer à veiller au bien être physique et moral des personnes en apportant, si nécessaire une qualité de soins interne favorisant leur sécurité en créant une section foyer d'accueil médicalisé adossée au foyer de vie.

Afin d'aborder la dimension soins sans s'enfermer et stigmatiser les résidants d'un « bâtiment FAM », cette section entrera en synergie avec l'organisation actuelle.

Ainsi, j'envisage de diffuser la section médicale sur les trois maisons du foyer de vie en construisant des extensions sur chacune d'elle puisque l'espace disponible et les conditions architecturales le permettent. 5 chambres supplémentaires se grefferont sur chaque maison d'hébergement.

Les groupes de vie passeront de 15 à 20 résidants. Cependant, une vigilance sera à apporter pour que la dynamique des groupes reste basée sur un esprit familial et convivial favorisant le respect de l'intimité pour chacun.

En effet, avec une partie des résidants nécessitant des soins constants, l'hétérogénéité des groupes sera plus prononcée. Il faudra adapter le fonctionnement en fonction des rythmes de vie, que ce soit au niveau des activités, des temps de repos, des soins.

Les déplacements des résidants se feront en fonction de leurs capacités à se mouvoir.

Dans la continuité du foyer, l'architecture en plain pied facilitera les déplacements en interne et à l'extérieur. Les chambres seront individuelles et comprendront chacune des toilettes et une salle de bains, accessibles aux fauteuils.

En ce qui concerne les activités, un espace supplémentaire sera à construire pour plus de confort pour tous. Il pourra être construit aux côtés des autres bâtiments d'activités.

Un espace sera spécifiquement aménagé pour l'infirmierie dans laquelle seront stockés les médicaments et où seront confectionnés des piluliers hebdomadaires par l'infirmier. Ce lieu rassemblera l'ensemble des dossiers médicaux de chaque résidant.

Néanmoins, pour que la médicalisation soit vraiment en synergie avec le fonctionnement, les soins infirmiers et de rééducation seront réalisés chez les résidants. En cas de nécessité, le personnel de rééducation pourra utiliser la salle de motricité.

Le projet de soins fera partie intégrante du projet d'établissement. Il sera décliné en actions de prévention des problèmes de santé, de maintien du bien-être corporel, sans oublier aussi les aspects thérapeutiques, palliatifs et de relais avec l'extérieur.

Ainsi, chaque résidant de cette section bénéficiera d'un suivi médical systématique et régulier.

Les attentions seront portées sur la qualité des éléments de confort (literie, sièges, ergonomies du mobilier...), sur une hygiène de vie favorisant une alimentation variée et diététique, une recherche constante de stimulations personnalisées en fonction du potentiel de chaque résidant.

Divers dépistages et des bilans de santé seront préconisés (ouïe, vue, dépistage de certains cancers pour les personnes les plus exposées à ce risque...).

Une vigilance particulière aux temps de nursing, l'activité esthétique et les soins de rééducation fonctionnels contribueront en partie au bien être corporel.

Le suivi de santé passera par une équipe pluridisciplinaire sensibilisée à la dynamique de l'établissement pour que le soin soit pensé comme proche de l'action à domicile. Cette équipe devra être attentive à toute expression somatique et savoir détecter les douleurs des résidants les moins expressifs verbalement. Le suivi de santé se fera en articulation avec le médecin de l'établissement et le médecin traitant.

La limite du projet de soin sera liée à l'aggravation de l'état de santé du résidant, la section FAM ne pouvant se substituer au secteur hospitalier. Cependant, dans la mesure du possible, le maintien à domicile sera favorisé.

Dans certains cas, des relais avec l' HAD (Hospitalisation A Domicile) pourront s'opérer.

En vue de la montée en âge prévisible des résidants, les questions du vieillissement, de l'accompagnement en fin de vie et de la mort en institution feront parties des préoccupations de l'ensemble du personnel. Cela nécessitera de développer un travail de partenariat avec les secteurs gérontologiques et palliatifs.

Des compétences médicales et paramédicales s'avèreront indispensables mais il faudra aussi développer des compétences de soutien psychologique à la personne mourante et son entourage dont font partie les autres résidents.

La spécificité du projet de la section FAM intégrera le projet de l'établissement « les cottages » qui deviendra ainsi un mini complexe offrant une réponse diversifiée avec :

- La section d'accueil de jour
- le foyer de vie
- l'accueil d'urgence
- la section foyer d'accueil médicalisé.

Bien que les moyens, notamment humains, de la section médicalisée profiteront aux 15 résidents bénéficiaires d'une orientation de type FAM, l'existence de compétences médicales et paramédicales sur le site sera salubre pour l'ensemble des acteurs des « cottages ».

En cas de nécessité, un conseil, un geste d'urgence pourra toujours être dispensé pour quiconque. La section FAM sera ainsi indirectement un plateau technique de référence.

Ces orientations du projet seront développées, réajustées et enrichies avec la participation des résidents, de leurs représentants, de représentants de l'association, du personnel et des partenaires extérieurs dans sa rédaction.

Néanmoins, à l'heure actuelle, la volonté de l'association n'est pas encore explicitement affichée et trop peu de personnes sont sensibilisées à cet enjeu. Avec les limites des réflexions menées jusqu'à ce jour, rendre opérationnel ce projet pourrait être cependant décliné en terme d'orientations stratégiques.

3.2 Les orientations stratégiques retenues

3.2.1 Sur le plan administratif

Une fois missionné par le Conseil d'Administration, ma préoccupation consistera à élaborer le dossier le plus pertinent possible en vue de sa présentation au CROSMS dans les meilleurs délais.

Pour cela, la stratégie que je souhaite employer consistera à travailler en amont en concertation avec des partenaires, en terme de conseils, et les autorités de tarification.

Dans un premier temps, je consulterai le CREAL (Centre Régional pour l'Enfance et l'Adolescence Inadaptée) du Nord Pas de Calais pour avis.

En effet, le CREAL est un interlocuteur privilégié dans l'élaboration des projets. Sa mission émane d'une note de service interministériel du 13 Janvier 1984 qui précise que : "*Les CREAL ont pour mission principale d'être des lieux de repérage et d'analyse des besoins et d'étude des réponses à y apporter, des lieux de rencontre et de réflexion entre les élus, les représentants des forces sociales et ceux des administrations concernées, de fournir des analyses et des avis techniques aux décideurs, ainsi qu'aux gestionnaires des établissements et services. Ils ont, à cet égard, un rôle important à jouer comme outil technique au service des responsables de l'élaboration et de la mise en oeuvre de la politique en faveur des personnes handicapées et inadaptées à l'échelon régional*"¹.

Ensuite, je provoquerai des rencontres avec les représentants du Conseil Général du Nord et de la DDASS, les principaux financeurs, pour soumettre le projet et le réajuster si besoin en fonction des limites qui leur sont fixées.

Ces concertations permettront non seulement d'affiner le projet mais aussi de le faire connaître afin qu'il arrive en CROSMS avec une première « notoriété » et que d'autres promoteurs éventuels en connaissent son existence.

Afin d'être en conformité avec les dispositions légales, les outils garantissant les droits des usagers, émanant de la loi du 2 Janvier 2002, devront être réactualisés, à savoir :

- Le livret d'accueil auquel sera annexé la chartre des droits et libertés de la personne accueillie, représentera la déclinaison synthétique du projet d'établissement et sera le premier outil de communication qui donnera les informations pratiques de l'établissement.

- Le contrat de séjour, soumis à signature du résidant ou de son représentant légal, et du représentant de l'établissement, précisera la nature des services proposés et les modalités financières.

¹ CREAL RHONE ALPES. *Présentation générale des CREAL*. [visité le 29.07.2007]. Disponible sur Internet : <http://www.creai-ra.org/creai/index.html>

- Le règlement de fonctionnement représente un énoncé des droits et « *devoirs nécessaires au respect des règles de vie collective au sein de l'établissement* »¹.

Dès l'avis favorable du CROSMS obtenu, d'autres démarches administratives restent à réaliser avant l'ouverture.

Les services du siège social devront effectuer les formalités nécessaires à la construction (permis de construire, assurances, appels d'offre...).

Dès la fin du chantier, une visite d'accessibilité sera à provoquer. Le passage d'une commission garantira l'accessibilité des bâtiments aux personnes à mobilité réduite.

Deux mois avant l'ouverture de la section FAM, les autorités de tarifications devront être sollicitées afin que soit conduite la visite de conformité, conformément à l'article L 313-6 du code de l'action sociale et des familles. Cette demande de visite doit être accompagnée d'un dossier comportant :

- le projet d'établissement
- le règlement de fonctionnement
- le livret d'accueil
- la description de la forme de participation des usagers qui sera mise en œuvre.
- le modèle de contrat de séjour
- le plan des locaux
- le tableau des effectifs du personnel, l'état du personnel déjà recruté et le curriculum vitae du directeur
- le budget prévisionnel pour la première année de fonctionnement.

La visite devra être programmée au plus tard 3 semaines avant la date d'ouverture et aura pour objet la vérification que l'établissement est conforme aux caractéristiques de l'autorisation accordée et qu'il respecte les conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement.

La mise en fonctionnement de l'établissement ne peut-être envisagée qu'à la réception d'un procès verbal de visite positif.

Dans le même esprit que le dépôt de dossier en CROSMS et afin d'éviter toute surprise, je proposerai de réaliser une pré-visite conviviale avec les représentants des

¹ Article 11 de la loi n° 2002-2 du 2 Janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

autorités de tarification afin de recueillir leurs observations et réajuster les documents en fonction des remarques.

Ainsi, des garanties sont prises pour permettre au projet d'être retenu et devenir opérationnel dans les meilleurs délais.

La création de la section FAM s'articulera à partir de l'organisation existante enrichie de moyens supplémentaires qu'il convient de décliner précisément.

3.2.2 Sur le plan des moyens

L'équipement récent assez important permettra de réaliser quelques économies d'échelle puisque la lingerie, la restauration, les salles de vies ne subiront pas de modification.

Néanmoins, la création des 15 places supplémentaires nécessitera de nouveaux aménagements architecturaux.

L'investissement en construction concernera ainsi l'extension de chaque bâtiment d'hébergement pour intégrer 5 chambres individuelles avec salle de bains et toilettes, soit une extension de 140 m² par bâtiment, et la construction d'un espace d'activités de 120 m² à construire à proximité des autres lieux d'activités¹.

Une fois ces constructions accomplies, des aménagements extérieurs devront être réalisés notamment au niveau de la voirie.

D'autres investissements seront effectués avec :

- l'acquisition d'un véhicule 9 places aménagé.
- les mobiliers de chaque chambre comprenant chacun un lit médicalisé, une table de chevet, une armoire, un bureau, une chaise.
- l'ensemble du matériel médical comprenant l'équipement indispensable aux consultations, un bureau équipé, le mobilier nécessaire à l'archivage des dossier médicaux et le matériel inhérent au stockage et l'élaboration des traitements.
- l'équipement de la salle d'activités avec tables, chaises et armoires.
- les fournitures hôtelières correspondantes (vaisselle, draps, couvertures, rideaux, stores...).

¹ Voir annexe 3

Cette liste n'est pour le moment pas exhaustive et sera réajustée en fonction de l'apport que pourra fournir le comité de pilotage au cours de la finalisation du projet.

Outre cet investissement matériel, l'évolution la plus importante aura trait à la modification de l'organigramme existant.

L'organigramme que je défends s'appuie sur une utilisation des ressources internes au profit des nouveaux résidents.

En effet, bénéficiant récemment d'un investissement dans le domaine de l'informatisation, l'association s'est dotée, pour tous ses établissements, d'un logiciel unique capable de gérer les dossiers et projets des résidents, les plannings et les payes du personnel ainsi que la comptabilité, du budget prévisionnel au compte administratif.

Après une formation et une période d'adaptation de la secrétaire et du comptable des « cottages », des gains de productivité pourront être réalisés et l'augmentation de l'effectif ne nécessitera pas de personnel administratif supplémentaire.

Au niveau de l'encadrement direct, l'amplitude de la journée s'échelonnera de 7 heures à 22 heures. La présence d'un aide soignant ou d'un AMP sera assurée dans chaque maison pour l'accompagnement au lever, les soins de nursing, les repas, le coucher. Ce n'est qu'entre 10 et 12 heures et entre 14h30 et 17 heures, temps d'activités et de consultations que deux personnes suffiront à compléter le dispositif existant. Les aides soignants assureront les soins non infirmiers sous la supervision de l'infirmier. Avec les AMP, ils pourvoiront à l'accompagnement éducatif dans tous les actes de la vie quotidienne du résident.

Sur l'ensemble du site, l'équipe de nuit actuellement composée par des surveillants de nuit qualifiés sera complétée par un aide soignant. Ainsi, une présence nocturne sera assurée sur chacune des maisons.

Un éducateur spécialisé coordinateur sera investi de l'élaboration et du suivi des projets de vie de chaque résident. Il mettra en place les plannings d'activités et la répartition des résidents en fonction des suivis médicaux et du souhait des bénéficiaires.

Il participera à la vie quotidienne de la section FAM en répondant à des demandes de prise en charge selon les besoins.

Un infirmier contribuera et veillera au suivi des projets de soins de chaque résident. Doté d'un horaire souple en adéquation avec les dispositions réglementaires, Il pourra effectuer des soins, préparera les piluliers et veillera au bon déroulement de la distribution des médicaments selon un protocole élaboré par l'établissement.

L'infirmier assurera aussi la coordination entre les prescriptions des médecins et les soins prodigués dans l'établissement.

Le kinésithérapeute sera chargé de maintenir et d'entretenir les acquis moteurs et posturaux, éviter les déformations, pallier aux encombrements bronchiques, favoriser le bien-être par une meilleure posture du corps. Il devra répondre aux prescriptions médicales.

Le chef de service éducatif sera le garant du bon fonctionnement de la section. Membre de l'équipe de Direction, sous la responsabilité du directeur et en parfaite cohésion avec le chef de service du foyer de vie, ils formeront un tandem qui sera chargé d'harmoniser l'ensemble de l'organisation éducative du site. Ils animeront, évalueront et dynamiseront les équipes éducatives et paramédicales. Je préconise qu'il soit recruté le plus tôt possible pour qu'il soit un point d'appui à la mise en place de la section.

Le médecin psychiatre assurera le suivi psychiatrique et pourra prescrire des soins paramédicaux. Il sera l'interlocuteur privilégié des médecins traitants et autres prescripteurs médicaux.

Dans le cadre de ce nouveau projet, je propose donc la création supplémentaire de 14,65 postes. Conformément aux dispositions légales, l'organigramme du personnel de l'extension sera réparti selon deux catégories, l'une concernant l'hébergement, l'autre le soin.

Ainsi, pour 15 places d'extension, l'organigramme ventilé proposé est le suivant :

Hébergement	Soins
0,5 chef de service	1 infirmier
1 éducateur spécialisé	4 aides soignants
4,5 aides médico-psychologique	2,5 aides soignants de nuit
0,75 agent de service	0,3 kinésithérapeute
	0,1 médecin Psychiatre
-----	-----
Total hébergement : 6,75 ETP	Total soins : 7,9 ETP

Le ratio hébergement s'élève à 0,45 ETP (Équivalent Temps Plein) par résident tandis que le ratio soins se situe à 0,53 ETP par résident.

Avec un ratio total de 0,98, le taux d'encadrement se situe à l'intermédiaire des ratios moyens des foyers de vie et MAS pratiqués dans le département du Nord qui sont évalués respectivement par l'UDAPEI à 0,8 pour les foyers de vie et 1,13 pour les MAS.

Cette nouvelle équipe rejoindra l'ensemble des collaborateurs des « cottages » qui devront être sensibilisés à travailler pour un groupe et dans une équipe plus conséquents. Ils devront en plus intégrer dans leur travail la notion de soins.

Au-delà des moyens internes, des partenariats avec d'autres acteurs locaux optimiseront la qualité de prise en compte de la santé des résidents.

3.2.3 Une ouverture plus large à l'extérieur

Dans la continuité, le travail en réseau progressivement construit depuis l'ouverture du site, fera partie des préoccupations.

La mairie, les associations locales, les écoles, les autres établissements, les familles, les amis, les centres de formations, les professionnels du secteur social et médico-social forment un tissu riche qui apporte régulièrement une valeur ajoutée au projet d'établissement.

De plus, la direction du foyer participe aux réunions des directeurs des foyers de vie du Nord. Elle pourra être désormais associé aux réunions « FAM-MAS » de la région Nord- Pas de Calais, sources d'échanges, d'informations et de prise de recul par rapport aux pratiques.

Avec sa section médicale, « les cottages » ne saurait être un établissement de santé à part entière et certains partenariats restent développer, voire à créer dans le domaine sanitaire.

Tout d'abord, la collaboration étroite avec le secteur psychiatrique de l'hôpital de Cambrai, entretenu depuis l'ouverture du foyer, pourra être renforcée avec la signature d'une convention qui permettra davantage de réactivité dans les situations de crise des résidents.

Du fait de la nature des déficiences des personnes accueillies, la question de leur hospitalisation s'avère parfois difficile. Ainsi, un partenariat avec un service d' HAD pourra être réalisé.

Cette collaboration est réalisable grâce à l'ouverture récente d'un service d' HAD dans le Cambrésis.

L'HAD permet d'assurer, pour une période limitée mais supérieure à 5 jours, un ensemble de soins médicaux et paramédicaux continus et nécessairement dispensés en milieu hospitalier.

Accessible à tous les assurés sociaux, quel que soit leur âge, elle associe « *une prise en charge médicale, sociale et psychologique à domicile et assure une permanence et la continuité des soins 24h/24 tous les jours de l'année grâce à une permanence téléphonique* »¹.

Afin de bénéficier de l' HAD, une prescription du médecin traitant de la personne est nécessaire à laquelle est jointe un consentement de la personne concernée ou de son représentant.

Après évaluation des besoins, le service de l' HAD met à disposition du malade l'ensemble du matériel hospitalier nécessaire, une équipe pluridisciplinaire et assure l'évacuation des déchets hospitaliers.

Cette possibilité d'hospitalisation à domicile rassure les résidents et les familles. Il s'agit vraiment d'une aide complémentaire qui diminuera le nombre d'hospitalisations en milieu hospitalier traditionnel.

La présence du personnel habituel auprès du résident lui permettra de garder ses repères et d'avoir une constance dans ses liens affectifs.

De plus, le personnel de l' HAD aura, sur place, une réponse rapide en cas de difficulté de communication ou de compréhension des résidents.

Par ailleurs, même si la majorité des résidents n'envisage pas de changement d'établissement à l'avenir, certains expriment le souhait d'intégrer un établissement pour personnes âgées. Un double intérêt d'un rapprochement avec le secteur gérontologique se dessine.

En effet, la compétence et l'expérience de certains EHPAD peuvent être source de conseils dans l'accompagnement des résidents les plus âgées. Simultanément, notre connaissance de la population déficiente intellectuelle peut contribuer à enrichir les

¹MUTUALITE FRANÇAISE DU NORD. *Livret d'accueil des services d'hospitalisation à domicile*, consulté en Avril 2007

établissements pour personnes âgées qui seront prêtes à accueillir les résidents qui en exprimeront le souhait.

Cet aspect me paraît d'autant plus judicieux que les politiques publiques actuelles s'orientent vers une convergence des secteurs handicap et personnes âgées.

Garantir un accompagnement jusqu'au bout de la vie nécessite un savoir faire dans le domaine des soins palliatifs.

Une association cambrésienne propose ses services pour aider les particuliers et les professionnels dans le cadre de l'accompagnement des patients en fin de vie et de leur famille. Cette association est formée notamment de bénévoles formés qui apportent une présence, une aide matérielle voire spirituelle nécessaire au malade. Elle peut être un appui à solliciter pour que le personnel soit sensibilisé et aidé dans cet accompagnement spécifique jusqu'à aujourd'hui inconnu par tous les salariés des « cottages ».

Les orientations que je propose restent une base de réflexion qui sera sujet à réajustement en fonction des différents interlocuteurs qui apporteront leur participation à cette réflexion, que ce soit le Conseil d'Administration, les usagers et leurs représentants, le comité de pilotage, le CREAL, les financeurs, les différents professionnels rencontrés.

Ainsi, le dossier de demande de création qui sera déposé lors d'une prochaine fenêtre se basera sur une étude concertée qui devrait avoir toutes les chances de l'octroi d'un avis favorable du CROSMS.

Sans tenir compte des éventuels modifications, ces orientations pourront se décliner d'un point de vue technique, à partir de l'acceptation du projet par les financeurs. Elles correspondent à une stratégie qu'il convient de phaser pour déboucher sur le fonctionnement de la section FAM dont l'efficacité sera vérifiée par évaluation.

3.3 Du plan d'action à la mise en œuvre de l'évaluation

3.3.1 De la communication à la préparation des admissions.

Une fois le projet validé par le CROSMS, la loi prévoit que l'organisme gestionnaire dispose de 3 années pour commencer sa réalisation. C'est à partir de cet accord que le projet passera dans sa phase opérationnelle.

Même si une communication a pu être effectuée avant cette étape auprès des personnes intéressées, je propose de la renforcer pour que chacun se sente concerné et vive le changement sereinement avec clarté.

La politique de communication que je souhaite mener touchera donc simultanément le conseil d'administration, les usagers et leurs représentants légaux, les partenaires extérieurs. Le personnel sera aussi informé régulièrement, c'est un aspect que je détaillerai par la suite.

Ainsi, je propose de rendre compte régulièrement au Président et au Directeur Général de l'avancée du projet et d'intervenir chaque trimestre dans un premier temps, puis chaque mois en Conseil d'Administration.

A chaque réunion du CVS, un point de l'ordre du jour sera consacré à une information relative à l'avancée du projet FAM.

Outre ces deux instances formelles, j'interviendrai en réunion « groupe de paroles » des résidants pour décrire les principaux changements qu'ils vivront. Le relais sera ensuite pris par les animateurs qui seront chargés de communiquer le plus possible avec les résidants pour leur expliquer l'avancement du projet.

J'inviterai, par ailleurs, dès que possible, les parents et représentants légaux. Cette réunion sera décisive dans la mesure où les parents doivent être convaincus de l'intérêt du projet. Ils doivent percevoir la plus-value qu'il occasionne pour tous les résidants, même pour ceux qui ne sont pas, pour le moment, concernés par la médicalisation.

Ils doivent être rassurés aussi sur le fait que le confort et la qualité de service actuels ne seront pas altérés en raison de l'extension.

Cette réunion doit être présentée le plus clairement possible et compréhensible par tous. Si besoin, d'autres réunions du même type pourront être reprogrammées.

De plus, pour certains, je me tiendrai à leur disposition pour les accueillir lors d'un entretien individuel.

Cette étape est d'autant plus importante que les familles et les représentants légaux seront en partie les ambassadeurs de l'établissement à l'extérieur et une communication mal formulée peut être source d'interprétations diverses.

Avec les résidants potentiels et les familles provenant des autres établissements de l'association et de l'extérieur, je provoquerai une réunion d'information et une visite d'établissement pour expliquer le fonctionnement et les modalités d'admission.

Pour cela, j'informerai en amont les différents services sociaux et établissements de l'arrondissement susceptibles d'être intéressés par l'existence de la section FAM.

Certains résidants du foyer de vie entreront dans la section FAM.

Néanmoins, afin d'officialiser leur situation, une demande de réorientation devra être sollicitée auprès de la MDPH. Pour chaque situation, cette demande devra se faire conjointement avec le représentant légal, le médecin et les représentants du foyer qui transmettront une note de comportement signifiant le besoin de médicalisation.

Pour qu'aucun problème administratif ne perturbe le début des admissions, il sera nécessaire de vérifier la validité des notifications MDPH des futurs résidants, 6 mois avant leur accueil pour avoir le recul nécessaire, si besoin, afin que les demandes d'orientation puissent être formulées.

Les 15 admissions prévues se réaliseront de façon échelonnée pour garantir un meilleur accueil et une intégration plus facile des résidants dans les groupes. Ainsi, je souhaiterai effectuer une montée en charge progressive sur 3 mois.

Ces admissions seront effectuées selon le protocole d'admission déjà en place au foyer de vie. Ainsi, sur sollicitation écrite de l'utilisateur ou de son représentant légal, un premier contact sera fixé entre le résidant potentiel et sa famille et les responsables de l'établissement pour présenter le fonctionnement et recueillir les informations administratives, les antécédents et la problématique de la personne. Une période de préadmission peut alors être planifiée et l'admission ne sera effective qu'après accord de la commission d'admission composée du directeur, du psychiatre et d'un chef de service, sous réserve de la réception d'une attestation de dépôt de dossier de prise en charge aide sociale par le Conseil Général, sollicitée à la mairie du lieu de domicile de l'utilisateur.

Néanmoins, bien avant l'ouverture de cette section, un autre travail aussi important reste à réaliser auprès des personnes les plus impliquées dans le quotidien des personnes accueillies, c'est-à-dire le personnel.

3.3.2 L'accompagnement du personnel

Cette restructuration du foyer nécessite tout d'abord de travailler sur les différentes résistances présentes pour que ce changement soit vécu par le personnel comme un levier d'amélioration des pratiques et non une révolution.

Au niveau du personnel, l'enjeu est d'amener une adhésion la plus large possible de leur part.

Pour insuffler et accompagner ce changement, je me suis appuyé sur un management participatif impliquant le personnel dès la conception du projet à travers le comité de pilotage.

Dans la phase de mise en œuvre de ce projet, j'exploiterai le dynamisme et la motivation internes et continuerai à associer le personnel dans les choix qui resteront à faire, notamment dans les investissements, la décoration et l'aménagement des espaces.

Comme pour les usagers, dès l'autorisation délivrée par les autorités compétentes, je réunirai l'ensemble du personnel pour officialiser le début de la mise en œuvre du projet et présenterai l'échéancier qui mènera à l'ouverture de la section FAM.

Je solliciterai aussi le Directeur Général pour que le Comité d'Entreprise puisse être officiellement informé et consulté à travers les différentes étapes. De plus, j'informerai régulièrement les représentants du personnel et répondrai à leurs sollicitations lors des réunions institutionnalisées.

Avant les travaux, une étude sera réalisée avec le CHSCT (Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail) pour limiter tout risque d'accident.

L'extension de l'établissement intégrera du nouveau personnel et surtout de nouvelles qualifications. Pour clarifier les rôles et missions de chacun, les fiches de postes existantes seront réajustées en intégrant la relation avec le personnel médical et paramédical.

De nouvelles fiches de postes seront rédigées pour les « nouveaux » métiers (infirmier, aides soignants, kinésithérapeute) avant le processus de recrutement qui sera effectué en deux temps.

Pour le recrutement des nouveaux personnels, dans le respect du projet associatif, la mobilité et la promotion interne seront favorisées.

Pour certains collaborateurs de l'association, il existe un désir de reconversion pour accéder à un poste d'aide soignant et quelques éducateurs spécialisés envisagent leur avenir professionnel dans un poste de chef de service. Leurs véritables compétences et motivations sont repérées et évaluées par leur supérieur hiérarchique et validées notamment au travers des entretiens annuels.

Une annonce des postes à pourvoir sera diffusée dans chaque établissement et service de l'association et l'étude des candidatures du personnel associatif sera réalisée en priorité.

Ensuite, le recrutement sera complété par des embauches externes. Pour cela, des annonces dans la presse locale et spécialisée pour les postes paramédicaux seront diffusées, ainsi que dans les centres de formations. Une collaboration avec l'ANPE (Agence Nationale Pour l'Emploi) sera envisagée.

Lors du processus de recrutement, une attention particulière sera portée sur la capacité des candidats à intégrer une équipe existante, les valeurs associatives et la culture des « cottages ».

La formation sera utilisée pour mieux associer les compétences des professionnels à leur nouvelle mission et au repositionnement du projet.

Grâce au délai de réalisation, les PAUF (Plan Annuel d'Utilisation des Fonds) des prochaines années pourront être voués à la qualification de certains personnels et à des formations complémentaires.

En cas de promotion interne, l'éducateur spécialisé éventuellement repéré pour obtenir le poste de chef de service sera positionné pour suivre une formation CAFERUIS (Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Encadrement et de Responsable d'Unité d'Intervention Sociale) et certains agents de services pourront accéder à une formation d'aide soignant.

En fonction des expériences de chacun, le recours à la VAE (Validation des Acquis par l'Expérience), ou à des périodes de professionnalisation pourra être envisagé et des fonds financiers hors PAUF pourront être sollicités.

D'autres formations centrées sur l'accompagnement des résidents seront programmées. En particulier, j'envisage d'organiser, en intra, des séances collectives ayant trait à la détection de la douleur, aux gestes et postures professionnelles, à l'accompagnement des résidents en fin de vie.

Pour optimiser les savoirs faire en cas de malaise ou d'accident, le BNS (Brevet National de Secourisme) devra être obtenu par tous les salariés. Cette courte formation, peu onéreuse, pourra être dispensée par la Sécurité Civile de Cambrai. Néanmoins, pour garantir ces compétences, cette formation devra être réitérée régulièrement pour permettre des remises à niveau.

Cependant, le recrutement et la formation ne sont pas à eux seuls les gages de réussite, les nouveaux salariés doivent être intégrés avec attention. Il s'agira dès les premiers jours d'éviter toute balkanisation, que ce soit entre les nouveaux et les anciens, les paramédicaux et les éducatifs.

Avant leur premier jour de travail, les premiers salariés seront invités à assister à une réunion de présentation de l'établissement, de son fonctionnement pratique, des

résidents et du personnel. Ils visiteront le site et recevront un livret regroupant toutes les informations utiles (organigramme de l'association, adresses des établissements, présentations des partenaires, informations pratiques concernant le comité d'entreprise, trombinoscope du personnel...).

Pour leur premier jour de travail, une vigilance particulière sera apportée pour que les nouveaux salariés travaillent en doublure.

Avant la fin de leur premier mois de travail, chaque recruté sera convoqué à un entretien individuel avec moi pour échanger sur ses premières impressions et préciser le cas échéant certains aspects des fiches de poste pour amener un réajustement de certaines pratiques pendant la période d'essai.

Le personnel paramédical et éducatif pourra échanger sur ses pratiques à travers des inscriptions à des journées d'étude inter-établissements ou même de façon informelle dans les rencontres diverses entre résidents d'établissements.

Pour renforcer leur sentiment d'appartenance au foyer et qu'ils continuent à montrer son image positive, la presse locale sera conviée pour couvrir les projets les plus pertinents et les moments forts. De façon ponctuelle, certains salariés représenteront l'établissement à l'extérieur.

L'accueil des stagiaires sera favorisé. En effet, les stages permettent aux salariés d'être questionnés dans leur pratique. Ils s'obligent ainsi à donner plus de sens à leur action et à prendre davantage de recul.

Par ailleurs, sur le plan des ressources humaines, un stage est un véritable moment d'observation qui permettra de repérer des potentiels pour les recrutements à venir.

Tout ce projet ne sera pas sans incidence financière. Il convient maintenant de décliner les choix budgétaires qui permettront sa réalisation dans des conditions acceptables par les financeurs.

3.3.3 Le volet financier

Sur le plan financier, le budget de la section sera scindé en deux parties, l'une consacrée à l'hébergement, l'autre aux soins.

A l'heure où j'écris cette étude, le Conseil d'Administration ne s'est pas prononcé sur les orientations à prendre. Ainsi, les calculs qui suivront se baseront sur des

estimations, non validées par devis, basées sur les coûts pratiqués lors de l'ouverture du foyer de vie, cependant majorés. Les coûts relatifs aux soins ont été évalués en comparaison avec le budget soins de l'établissement C, présenté en 2^{ième} partie.

La construction que je propose d'élever devra être en harmonie avec l'existant pour avoir une cohérence architecturale. Elle comprendra une extension de 140 m² de chaque bâtiment d'hébergement et la construction d'un pavillon de 120 m² dont 36 m² seront affectés à l'infirmierie.

Avec un coût estimé de l'hébergement à 990 €/m² et celui du bâtiment supplémentaire à 870 €/m², auxquels j'ajoute 20 % pour les honoraires divers (architecte, dommage ouvrage, bureau de contrôle...), la charge de construction sera de 624 240 € dont 37 584 € pour les soins représentant 6,02 % des dépenses.

Conformément aux récentes dispositions budgétaires¹, ce coût de construction sera ventilé en fonction des différents composants et amorti différemment, soit :

82 % pour la structure et assimilé amortie en 30 ans

6 % pour les menuiseries amorties en 25 ans

4 % pour le chauffage amorti en 15 ans

8 % pour l'électricité et la plomberie amortis en 25 ans.

Les investissements liés à l'administration seront limités dans la mesure où il existe un équipement suffisant pour les collaborateurs en place. Cependant, il reste à investir pour le bureau du chef de service, l'espace affecté au médical et les vestiaires des nouveaux personnels, soient 20 450 € dont 14 950 € pour les soins.

L'achat d'un véhicule supplémentaire sera judicieux pour un montant de 25 000 €.

En ce qui concerne l'hébergement, les 15 places supplémentaires amèneront un investissement de 35 500 € pour l'équipement des chambres, un complément mobilier pour les salles de vie et des fournitures hôtelières.

Du mobilier et du matériel éducatif seront à acquérir pour la nouvelle salle d'activité pour un montant de 6 000 €.

Au total, l'extension représentera un investissement de 658 656€ pour l'hébergement et de 52 534 € pour les soins², financés différemment³.

En ce qui concerne le financement de ces investissements pour la partie hébergement, le Conseil Général du Nord apporte une subvention égale à 10 % de la

¹ Avis du 4 Mai 2007 du Conseil National de la Comptabilité relative à l'instruction budgétaire et comptable M 22 applicable aux établissements et services privés sociaux et médico-sociaux

² Voir annexe 4

³ Voir annexe 5

construction hors taxe, le Conseil Régional du Nord Pas de Calais subventionne l'équipement à hauteur de 230 euros par chambre.

L'association participe à hauteur de 10 % des investissements.

Enfin, l'exercice budgétaire 2006 a dégagé un excédent de 163 000 euros. Une demande d'affectation de cette somme en excédents affectés à l'investissement a été sollicitée auprès du Conseil Général du Nord lors du compte administratif.

Le solde de ces investissements est financé par emprunt sur 20 ans, avec un taux estimé à 5 % / an.

Le financement du soin sera réparti par un apport associatif et un emprunt sur 10 ans pour un montant de 47 281 €.

Les sections d'exploitation du budget seront présentées conformément au décret du 22 octobre et présentées en 3 groupes¹.

Le groupe 1 relatif aux frais inhérents à l'exploitation courante a été évalué en fonction de la réalité du fonctionnement actuel du foyer et réajustés en fonction du nouvel effectif.

Le groupe 2 représente les frais de personnel. Les coûts salariaux ont été évalués avec une ancienneté moyenne de 3 ans et une valeur du point à 3,64 €, taux pratiqué au 1^{er} Septembre 2007 pour les salariés relevant de la convention collective de 1966.

Un budget de remplacement équivalent à 5 % de la masse salariale a été intégré.

Le groupe 3 reprend les frais de structure. Il comprend les frais de siège, la cotisation à l'Union Départementale, le CREA. Une part est consacrée à l'entretien et la maintenance des bâtiments. Ce groupe comprend enfin les charges d'intérêts des emprunts nouveaux et la dotation aux amortissements des immobilisations.

En ce qui concerne le budget lié à l'hébergement, j'intègre un produit relatif à la perception des Allocations Personnalisées au Logement.

Le groupe ventilé sur les 2 budgets représente donc 422 435 euros pour l'hébergement et 280 169 euros pour les soins.

Avec un taux d'occupation de 98 % sur une ouverture permanente et 15 résidents, le nombre de journées à réaliser sera de 5 366.

Les prix de journée prévisionnels sont donc de 78,72 euros pour l'hébergement et 52,21 euros pour la partie soins.

¹ Voir annexe 6

Au niveau du tarif soins, le forfait proposé est en adéquation avec les exigences législatives, un arrêté du 4 juin 2007 ayant fixé le plafond du tarif journalier de soins pour les FAM à 7,66 fois le montant horaire du SMIC (Salaire Minimum de Croissance).

Les moyens de mise en œuvre étant présentés, la pertinence de ce dispositif devra être questionnée régulièrement par évaluation afin de réajuster le projet au plus près des besoins et donner aux décideurs une meilleure lisibilité des pratiques.

3.3.4 L'évaluation

Inscrite dans la loi du 2 Janvier 2002, l'évaluation fait partie des obligations des établissements sociaux et médico-sociaux. En effet, afin de garantir à tout usager le meilleur service possible, chaque établissement doit se soumettre tous les 5 ans à une évaluation interne et à une évaluation externe 7 ans après l'autorisation de création ou de renouvellement. Ces évaluations permettent *« d'apprécier le plus rigoureusement possible l'adéquation entre le projet d'une institution, ses procédures et ses résultats, de façon à éclairer les décideurs et les acteurs »*¹.

Le renouvellement d'autorisation de l'établissement est subordonné aux conclusions de l'évaluation externe.

Pour les « cottages », l'évaluation fait partie de sa culture depuis son ouverture. De plus, l'association est inscrite dans une démarche d'amélioration de la qualité depuis 2006 et le personnel des « cottages » bénéficie d'une formation à la démarche. Le travail réalisé en début 2007 a consisté à analyser le fonctionnement de l'établissement par un autodiagnostic.

En Juin 2007, deux premiers processus ont été choisis en vue d'élaborer le référentiel de la démarche qualité : l'accueil des résidents et l'organisation des activités qui leur sont proposées.

En ce qui concerne la section FAM, je proposerai d'inscrire la prise en compte de la santé des résidents dans les axes de travail d'amélioration de la qualité.

Dès l'ouverture de la section, la recherche de l'amélioration continue de la qualité sera ainsi engagée. Pour anticiper sur la prochaine évaluation interne, la vigilance sera

¹ BAUDURET JF., JAEGER M. *Rénover l'action sociale et médico-sociale*. Liège : Dunod 2002, p167

portée, comme le préconise le guide de l'évaluation interne¹, sur l'optimisation des pratiques en ce qui concerne :

- « le droit et la participation des résidents, la personnalisation des prestations
- l'établissement dans son environnement
- le projet de l'établissement et ses modalités de mise en œuvre
- l'organisation de l'établissement ».

Il s'agira, pour chaque domaine, comme le conseille le guide, de mettre en interrogation les pratiques et de questionner les choix qui sont faits, la façon dont s'est effectuée leur mise en place, d'en analyser les effets et de repérer les marges de progrès.

Plus particulièrement, afin d'évaluer la pertinence et de s'assurer que la section médicalisée réponde correctement aux objectifs fixés, je propose d'analyser plusieurs facteurs :

- le taux d'occupation de la section FAM : les 15 places prévues devraient être très vite occupées. Compte tenu de l'activité existante aux « cottages », le taux d'occupation devrait atteindre 98 % dès la phase d'admission clôturée.

Ce taux d'occupation associé à l'importance de la liste d'attente restera des références montrant la pertinence d'une telle section dans l'arrondissement.

- la prestation médicale et d'accompagnement dans le parcours de soins :

Avec la création de cette section d'accueil médicalisée, les résidents concernés auront un suivi plus approprié. La préparation et la distribution des traitements seront assurées par du personnel paramédical. La présence permanente d'un personnel paramédical devrait contribuer à une meilleure prévention des risques sanitaires et diminuer le nombre d'interventions médicales et d'hospitalisations sans raison justifiée. Enfin, cette médicalisation devrait limiter le nombre de réorientations des résidents pour motif médical.

- la satisfaction et la qualité de vie des usagers :

Les réunions « groupes de paroles », les réunions des familles et le Conseil de Vie Social sont des instances de recueil de la satisfaction des bénéficiaires.

De plus, un questionnaire de satisfaction pourra être élaboré et adressé chaque année aux parents ou aux représentants légaux.

¹ Conseil National de l'Évaluation Sociale et Médico-Sociale. *Guide de l'évaluation interne*, ministère de la Santé et des Solidarités, Septembre 2006, p13

Aussi, l'évaluation annuelle des projets personnalisés des résidents et leur réajustement contribueront à répondre aux besoins des résidents dans la mesure où ils sont associés dans leur élaboration.

D'une façon moins formelle, une observation quotidienne des résidents, de leur façon d'aborder les autres, des crises de comportement et de l'ambiance des groupes suffira aussi à déceler leur contentement.

La qualité de vie se mesurera par l'aspect de l'environnement architectural, l'intégration sociale, la capacité de faire des choix, les services hôteliers (restauration, lingerie, literie...).

- la satisfaction du personnel :

La mesure de cet item est liée à la motivation de chaque salarié à travailler aux « cottages » et se réalisera notamment à travers le taux d'absentéisme, de départs volontaires, du climat social.

Le nombre de candidatures spontanées précisera le niveau d'attractivité du foyer.

En outre, un personnel satisfait n'hésitera pas à prendre l'initiative de proposer des projets et s'y investir en dehors de son cadre habituel de travail. Il répondra aussi facilement aux sollicitations diverses.

Enfin, les entretiens individuels, formels ou non, permettront de saisir les éventuelles insatisfactions.

- la reconnaissance de l'établissement à l'extérieur :

Un établissement doit être reconnu dans l'environnement comme une réponse de qualité, qui fait référence. Cette reconnaissance sera évaluée selon l'importance de sollicitations venant de l'extérieur pour des demandes d'admission, pour amener des témoignages de notre projet auprès d'autres collaborateurs, pour accueillir des stagiaires de formations professionnelles.

Du côté des financeurs, un climat serein et transparent associé à une gestion saine permettra d'être reconnu comme un établissement de confiance.

Tous ces facteurs peuvent être ainsi répertoriés et évalués à partir d'indicateurs formalisés pour rendre la qualité mesurable. Une approche de ces indicateurs est présentée en annexe¹. Ils permettront de réaliser un rapport annuel d'évaluation du dispositif qui permettra de réaliser les réajustements nécessaires.

¹ Voir annexe 7

Conclusion de la troisième partie

La création d'une section FAM au sein du foyer de vie est le projet que je défendrai dès que possible auprès du Directeur Général et du Président, puis devant le Conseil d'Administration de l'association AFDPED de Cambrai.

Différents indicateurs de faisabilités sont au vert : la possibilité d'une double tarification, les orientations du schéma départemental, les capacités environnementales tant architecturales qu' en matière de collaboration, le budget, le personnel, les familles et surtout les résidents soucieux de pouvoir rester dans leur habitat.

La réorganisation du foyer de vie « les cottages » par une assimilation diffuse d'une section médicalisée en son sein représentera une source de réponses diversifiées avec 4 types d'accueil en réponses aux besoins de ses usagers: l'accueil de jour, l'accueil provisoire, l'hébergement de type foyer de vie et l'hébergement de type FAM.

Ainsi, compte tenu des délais de mise en œuvre et de la nécessaire préparation, ce projet pourra devenir opérationnel d'ici 3 ans.

CONCLUSION

Accompagner des personnes déficientes intellectuelles à travers leur projet de vie passe, en outre, par une attention particulière à leur état de santé.

Compte tenu de l'évolution des besoins de soins des résidents accueillis au foyer de vie « les cottages », la prise en compte de la santé devient une préoccupation dont la réponse ne pourra, à moyen terme, être basée sur celle existante.

C'est une dimension que j'ai appréhendé en tant que directeur dont la mission consiste à veiller à garantir des réponses optimisées pour chaque résident, ce qui est rappelé par la loi du 2 Janvier 2002. Il m'incombe aussi d'anticiper les besoins à venir, d'autant plus que l'avancée en âge des résidents augmentera inévitablement le nombre de suivis médicaux et paramédicaux.

A travers cette étude, j'ai pu analyser la nécessité de questionner les pratiques pour les réajuster. La méthodologie utilisée a consisté à mettre en exergue l'importance que revêt la dimension des soins, puis de décliner ses impacts au niveau des différents acteurs de l'établissement.

L'approche des concepts de santé et de soins conjuguée à la spécificité de la déficience intellectuelle et de l'organisation administrative cloisonnée des prises en charge ont permis de dégager deux pistes de réflexion en réponse à notre problématique.

Ces hypothèses ont été vérifiées à travers des illustrations d'autres établissements confrontés aux mêmes préoccupations, d'un parallèle avec les pratiques du secteur gérontologique et des attentes des personnes concernées.

La première solution consistait à repenser l'organisation et solliciter les réseaux pour plus d'efficacité auprès des résidents. Néanmoins, cette solution opérationnelle à court terme sera confrontée à ses limites d'ici quelques années.

C'est pour cela que je défends la création d'une section Foyer d'Accueil Médicalisé par une extension de 15 places. L'importance était de se centrer sur les projets de vie des résidents en adaptant la structure. Cette réponse complémentaire permettra un suivi de santé plus pertinent et évitera des ruptures dans le parcours de vie des résidents.

Pendant, le fait de médicaliser une partie de l'établissement doit continuer à permettre de considérer les résidents comme des personnes à part entière et non des patients dont la prise en charge serait cloisonnée. Pour cela, j'ai voulu une intégration diffuse de la médicalisation à travers les différents groupes pour ne pas stigmatiser la section.

Dès que possible, je sensibiliserai le Conseil d'Administration à la pertinence de ce projet d'autant plus que plusieurs indicateurs de faisabilité restent au vert. Les marges de

manœuvre existantes sont réelles et la création d'une section médicalisée représente à mon sens une opportunité à saisir.

Elle contribuera ainsi à élargir la diversification des réponses en répondant aux logiques actuelles en matière de politique publique.

Les usagers potentiels, leurs familles et les salariés du foyer se sentent impliqués et sensibilisés pour devenir des acteurs constructifs dans l'évolution que je propose. Des partenariats restent aussi à développer et exploiter.

Fort des apports méthodologiques et pratiques de la formation, des lectures, des diverses rencontres et de ma courte expérience de responsable d'établissement, j'ai pu ainsi décliner le projet de façon opératoire en proposant les orientations stratégiques menant à la création de cette section.

Le mode de management que je souhaite employer pour concrétiser ce projet sera basé sur une méthode participative impliquant l'ensemble du personnel.

Cependant, même si j'ai pu préciser différentes étapes opératoires, je suis conscient que la mise en oeuvre d'un tel projet connaîtra des écueils dont j'ai sous-estimé l'importance. Il me faudra les éviter, voire les gérer en adaptant progressivement ma stratégie managériale.

Une fois la section FAM créée, les moyens mis en oeuvre et les prestations fournies devront être interrogées de façon permanente afin que le projet d'établissement puisse être réajusté en fonction de l'évolution des besoins.

Les 15 places proposées s'avèreront peut-être limitées dans un avenir plus lointain et l'étude de la création d'un établissement FAM de plus grande capacité dans l'arrondissement pourrait s'avérer opportune.

Dans une époque où le secteur social et médico-social est en pleine mutation, l'émergence de la création d'un 5^{ème} risque me laisse à penser que les modes de financement pourraient être amenés à se modifier prochainement comme le préconisent déjà un certain nombre de décideurs.

De plus, le rapport annuel de la CNSA¹ (Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie) 2006 rappelle l'urgence de s'interroger sur les moyens d'une harmonisation de la prise en charge de la perte d'autonomie.

La double tarification généralisée aux établissements d'hébergement pour adultes en situation de handicap, adaptée en fonction des besoins réels des personnes avec l'utilisation d'indicateurs précis (à l'instar des EHPAD), représente une voie possible d'évolution.

¹CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITE POUR L'AUTONOMIE. *Rapport 2006*, Paris : La documentation française, 2006, 69 pages

Bibliographie

Ouvrages

BATIFOULIER F., NOBLE F. *Fonction de direction et gouvernance dans les associations d'action sociale*. Paris : Dunod, 2005, 244 p.

BAUDURET JF., JAEGER M. *Rénover l'action sociale et médico-sociale*. Liège : Dunod 2002, 218 p

BELMIN J., ALMALBERTI F. *Les soins aux personnes âgées*; Editions Masson, Octobre 1997, 392 p.

CAMBERLEIN P. *Le dispositif de l'action sociale et médico-sociale en France, 2^{ème} édition*. Dunod, 2005, 440 p.

CHAPIREAU F. *le handicap mental chez l'enfant*. ESF, 1997. 223 p.

JAEGER M et al. *Diriger un établissement ou un service en action sociale et médico-sociale*. Saint just la pendue : Dunod, 2005,1174 p.

INSERM, Classification Internationale des handicaps : déficiences, incapacités et désavantages : un manuel de classification des maladies. EVRY : CTNERHI, 1998, 203 p.

LOUBAT JR. *Penser le management en action sociale et médico-sociale*. Liège : Dunod, Juin 2006 362p.

SANICOLA.L. *l'intervention de réseaux*, Paris, Bayard, 1994, 276 p

Articles

FAUCHEUX F, faut-il maintenir la catégorie des Foyers de vie ? *Bulletin d'information du CREAL Bourgogne* n° 187. Novembre 1999.p18 et 19

LOUBAT JR. La relation de service au cœur de l'action sociale et médico-sociale. *Actualités Sociales Hebdomadaires*, Mars 2007 ; n°2497, p 40

PLAQUET M. *sortir du prêt-à-porter pour accompagner sur mesure les personnes handicapées*. ASH n° 24514-2415 du 29 Juin 29007

UNAPEI. Manifeste pour la citoyenneté des personnes handicapées mentales, *vivre ensemble*, Mars 2007.

Textes règlementaires

Arrêté du 4 juin 2007 fixant le plafond du tarif journalier de soins applicable aux foyers d'accueil médicalisé et services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés

Avis du 4 Mai 2007 du Conseil National de la Comptabilité relative à l'instruction budgétaire et comptable M 22 applicable aux établissements et services privés sociaux et médico-sociaux, Journal Officiel du 15 Février 2007

Circulaire du 14 février 1986 relative à la mise ne place d'un programme expérimental d'établissements d'hébergement pour adultes lourdement handicapés

Décret du 26 novembre 2003 relatif aux modalités d'autorisation de création, de transformation ou d'extension d'établissements et services sociaux et médico-sociaux

Loi du 23 Novembre 1957 sur le reclassement professionnel des travailleurs handicapés

Loi du 30 Juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées

Décret du 4 Novembre 1993 relatif au guide barème applicable pour l'attribution de diverses prestations aux personnes handicapées

Loi du 2 Janvier 2002, rénovant l'action sociale et médico-sociale

Loi du 13 Août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales

Loi du 11 Février 2005 pour égalité des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

Autres documents consultés

BLANC P, *une longévité accrue pour les personnes handicapées vieillissantes : un nouveau défi pour leur pris en charge*, rapport au ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, Juillet 2006

CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITE POUR L'AUTONOMIE. *Rapport 2006*, Paris : La documentation française, 2006, 69 pages

CONSEIL GENERAL DES YVELINES. *Schéma départemental des Yvelines - volet « adultes handicapés »* - Janvier 2002

CONSEIL NATIONAL DE L'EVALUATION SOCIALE ET MEDICO-SOCIALE. *Guide de l'évaluation interne*, ministère de la Santé et des Solidarités, Septembre 2006, 36 P

COUR DES COMPTES. *La vie avec un handicap*, rapport au président de la république. Juin 2003, 324 p.

CTNERHI. en collaboration avec la DRESS, la DGAS. *Le handicap en chiffre, édition 2005*

DREES. *Les personnes handicapées vieillissantes : une approche à partir de l'enquête HID*. Etudes et résultats n° 204. Décembre 2002.

DUCOUDRAY JM., LEROUX R., et al. *Guide d'utilisation du modèle AGGIR*, édité par la CNATS et le SNGC, décembre 2003

INSEE Nord Pas de Calais. *Santé et recours aux soins en Nord Pas de Calais*, page de profils n°4, Avril 2005

Le petit Larousse illustré 2005, 100^{ième} édition, Malesherbes Juillet 2004

MUTUALITE FRANÇAISE DU NORD. *Livret d'accueil des services d'hospitalisation à domicile*, consulté en Avril 2007.

VANOVERMEIR S, BERTRAND D. *les établissements médico-sociaux pour adultes handicapés*. DREES, série statistiques n° 64, Mai 2004

Documents électroniques consultés

Sites Internet:

Site ALPHABIB. *Connaître le handicap*. [visité le 03.04.2007]. disponible sur Internet : http://alphabib.bpi.fr:8000/Boite_A_Outils/Defs

CREAI RHONE ALPES. *Présentation générale des CREAI*. [visité le 29.07.2007]. Disponible sur Internet : <http://www.creai-ra.org/creai/index.html>

MINISTERE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES ET DE LA SOLIDARITE. *Etablissements et services pour adultes* [visité le 30.07.2007]. disponible sur Internet : http://www.handicap.gouv.fr/article.php?id_article=551

UNAPEI. *Accessibilité et handicap mental* [visité le 23.08.2007]. disponible sur Internet : http://www.unapei.org/recherche/e-docs/00/00/01/6B/document_presentation.md

UNAPEI. *Chiffres du handicap mental*, [visité le 03.04.2007]. disponible sur Internet : <http://www.unapei.org>

Site Wikipédia. *Définition de la santé* [visité le 01.07.2007]. disponible sur Internet : <http://fr.wikipedia.org/wiki/Sant%C3%A9>

Site Wikipedia. *Virginia Henderson*. [visité le 21.07.2007]. disponible sur Internet : www.wikipedia.org/wik/virginia_henderson

Logiciel :

DRSM de Bretagne. *Logiciel GALAAD version 3*. édité par service médical de la CNAMTS

Liste des annexes

Annexe 1 : **fréquence et importance des traitements**

Annexe 2 : **comparatif des soins 2005/2006**

Annexe 3 : **plan de l'extension**

Annexe 4 : **tableau d'amortissement prévisionnel**

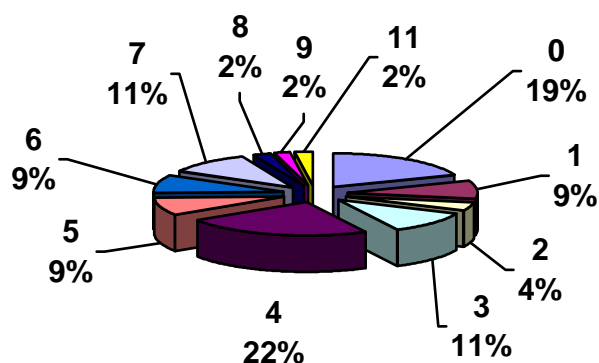
Annexe 5 : **Financement des acquisitions**

Annexe 6 : **Budgets prévisionnels**

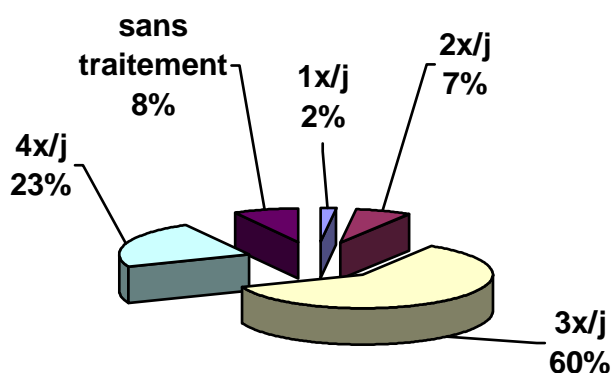
Annexe 7 : **indicateurs d'évaluation**

Annexe 1 : fréquence et importance des traitements

nombre de médicaments différents pris par jour au 31 Décembre 2006

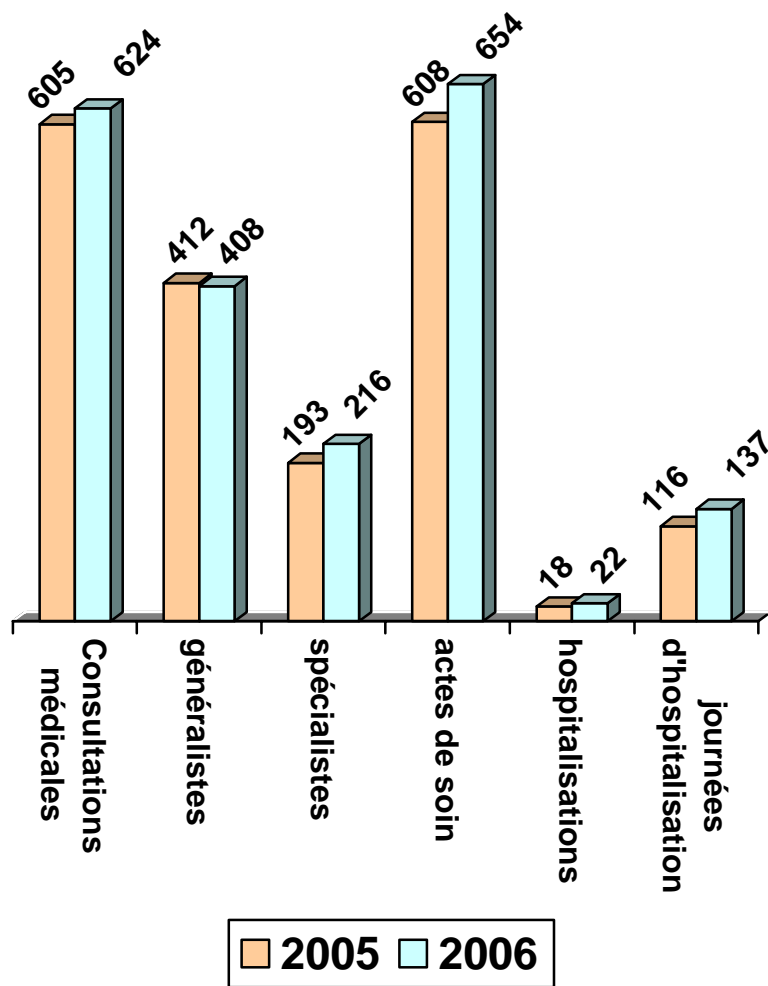


fréquence des prises de traitement au 31 Décembre 2006

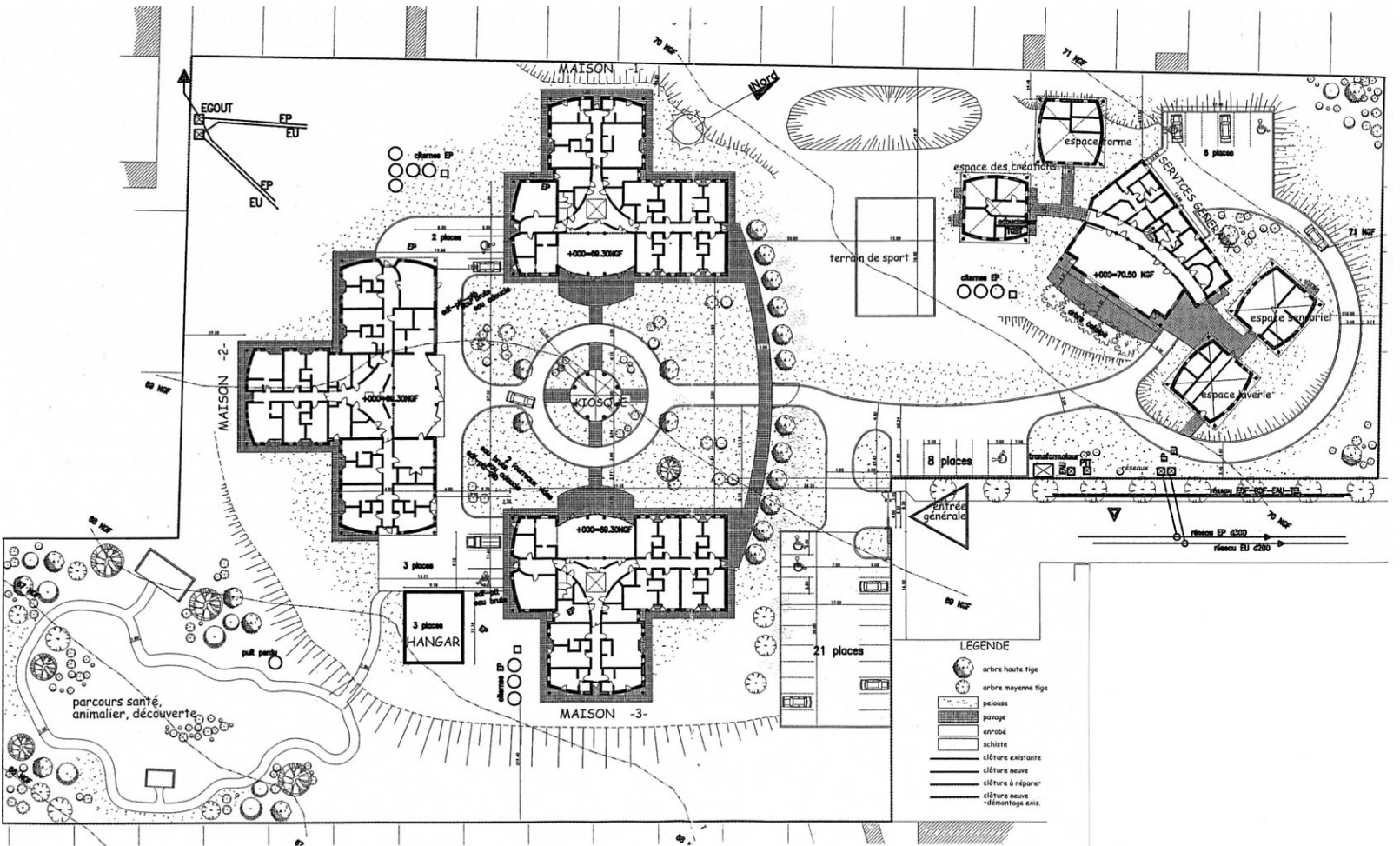


Annexe 2 : comparatif des soins 2005/2006

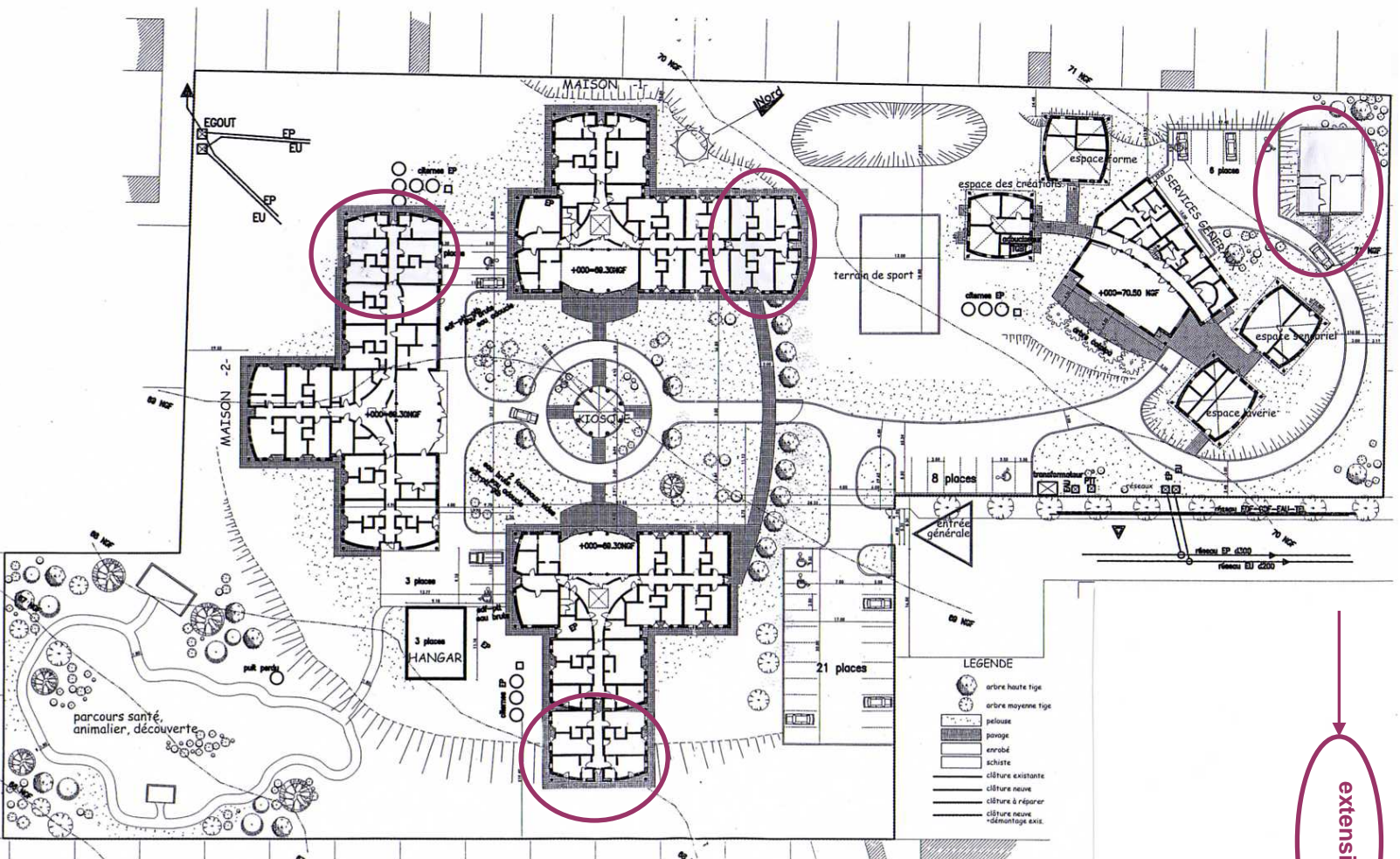
COMPARATIF SOINS 2005/2006



Annexe 3 : plan avant extension



Annexe 3 (suite) : plan après extension



Annexe 4 : tableau d'amortissement prévisionnel

OBJET	VALEUR	DUREE D'AMORTISSEMENT	AMORTISSEMENT ANNUEL
CONSTRUCTION	624240,00		
STRUCTURE (82%)	511877	30	17063
MENUISERIE (6%)	37454	25	1498
CHAUFFAGE (4%)	24970	15	1665
ELECTRICITE PLOMBERIE (8%)	49939	25	1998
TOTAL	624240,00		22223

INVESTISSEMENT HEBERGEMENT

OBJET	VALEUR	DUREE D'AMORTISSEMENT	AMORTISSEMENT ANNUEL
BUREAU CHEF DE SERVICE			
MOBILIER	3000	10	300
INFORMATIQUE	2500	3	833
ACTIVITE			
MATERIEL EDUCATIF	3000	5	600
MOBILIER	3000	10	300
VEHICULE	25000	5	5000
HEBERGEMENT			
MOBILIER DE CHAMBRE	28000	10	2800
MOBILIER SALLE DE VIE	6000	10	600
FOURNITURES HOTELIERE	1500	3	500
TOTAL	72000		10933

INVESTISSEMENT SOINS

OBJET	VALEUR	DUREE D'AMORTISSEMENT	AMORTISSEMENT ANNUEL
BUREAU INFIRMERIE			
MOBILIER	3500	10	350
INFORMATIQUE	2500	3	833
CHAMBRE D ISOLEMENT	2000	10	200
MATERIEL KINESITHERAPIE	3000	5	600
PILLULIERS	450	5	90
ARMOIRE TRAITEMENTS	500	10	50
MATERIEL MEDICAL	2000	10	200
	1000	5	200
TOTAL	14950		2523

Annexe 5 : Financement des acquisitions

FINANCEMENT DES EQUIPEMENTS HEBERGEMENT

OBJET	VALEUR
SUBVENTION	
CONSEIL GENERAL DU NORD	55439
CONSEIL REGIONAL DU NORD	3450
FONDS ASSOCIATIFS	65866
EXCEDENT 2006 AFFECTE A L INVESTISSEMENT	163000
EMPRUNTS	370901
TOTAL	658656,00

EMPRUNT DE 370901 SUR 20 ANS A 5%

FINANCEMENT DES EQUIPEMENTS SOINS

OBJET	VALEUR
FONDS ASSOCIATIFS	5253
EMPRUNT	47281
TOTAL	52534,00

EMPRUNT DE 47281 SUR 10 ANS A 5%

Annexe 6 : Budgets prévisionnels

Budget Prévisionnel section soins

comptes	intitulés des comptes	Budget demandé
Groupe 1 Dépenses afférentes à l'exploitation courante		
Achats		
6021	produits pharmaceutiques	20000
6066	fournitures médicales	2500
6066	autres fournitures	12000
606261	couches, alèses, produits absorbants	2000
60622	produits d'entretien	300
606240	fournitures administratives	500
606250	fournitures scolaires, éducatives et de loisirs	100
autres services extérieurs		
6111	sous traitance à caractère médical	5000
6251	voyages et déplacements	200
626	frais postaux	200
6262	frais de télécommunication	300
total groupe 1		43100
Groupe 2 Dépenses afférentes au personnel		
622	Rémunérations intermédiaires et honoraires	300
	rémunération du personnel	149214
	Remplacements	7460
	charges sociales et fiscales	72070
total groupe 2		229044
Groupe 3 Dépenses afférentes à la structure		
61522	Entretien et réparations bâtiments	300
6155	Entretien et réparations biens mobiliers	500
51563	maintenance matériel de bureau	200
61820	documentations générales	300
61850	colloques, séminaires, conférences	500
autres charges de gestion courante		
661	charges d'intérêts	2364
6811	Dotations aux amortissements	3861
total groupe 3		8025
total des charges		280169

Annexe 6 suite
Budget Prévisionnel section
hébergement

comptes	intitulés des comptes	Budget demandé
Groupe 1 Dépenses afférentes à l'exploitation courante		
	achats	
606110	eau et assainissement	3200
606120	énergie, électricité	14000
606210	combustibles et carburants	1850
606220	produits d'entretiens	1550
606240	fournitures administratives	850
606250	fournitures scolaires, éducatives et de loisirs	6600
606260	fournitures hôtelières	9000
606268	Autres fournitures hôtelières	1000
606300	Alimentation	1350
606800	Autres achats non stockés	1000
	services extérieurs	
611220	vacances sorties extérieures	14200
	autres services extérieurs	
6242	transport d'usagers	350
6251	voyages et déplacements	350
6256	Missions	350
6257	Réceptions	150
626	frais postaux	800
6262	frais de télécommunication	2000
628100	prestations de blanchissage à l'extérieur	18000
628200	prestations d'alimentation à l'extérieur	66000
628300	prestations de nettoyage à l'extérieur	6000
628400	prestations d'informatique à l'extérieur	1000
828800	Autres prestations	5000
total groupe 1		154600
Groupe 2 Dépenses afférentes au personnel		
622	rémunérations intermédiaires et honoraires	350
	rémunération du personnel	155259
	Remplacements	7763
	charges sociales et fiscales	74990
total groupe 2		238362

Annexe 6 suite		
Groupe 3 Dépenses afférentes à la structure		
6135	Locations mobilières	6000
61522	Entretien et réparations bâtiments	3000
6155	Entretien et réparations biens mobiliers	2000
51563	maintenance matériel de bureau	600
61568	autre maintenance	5500
616	primes d'assurances	3500
61811	études et recherches Créai	600
61812	études et recherches Unapei	120
61813	études et recherches Udapei	850
61820	documentations générales	150
61850	colloques, séminaires, conférences	150
623	informations, publications, relations publiques	100
627	services bancaires	50
635	autres impôts	1500
	autres charges de gestion courante	
	quote part résultat sur opération communes	
65561	Udapei	3250
65562	Quote part résultat sur opération communes siège	2500
661	charges d'intérêts	18545
6811	Dotations aux amortissements	31818
	total groupe 3	80233
	total des charges	473195

Produits		
741	allocations APL	50760
	total produits	50760

Annexe 7 : indicateurs d'évaluation

Exemples d'indicateurs d'évaluation interne

<i>Mesures</i>	<i>Indicateurs d'analyse</i>
Occupation de la section	Taux d'occupation > à 98 %
Qualité des soins prodigués et de l'accompagnement dans le parcours de soins	<p>Recensement des erreurs paramédicales (traitements, soins...)</p> <p>Nombre d'hospitalisations d'urgence</p> <p>Nombre de réorientations de résidents pour cause médicale</p> <p>Nombre de recours à l'HAD</p> <p>Approche quantitative des soins prodigués à l'interne</p> <p>Nombre de recours à des intervenants paramédicaux extérieur</p>
Existence d'une liste d'attente	Elaboration d'une liste d'attente actualisée chaque semestre
Intérêts annoncés pour l'établissement	Fiches contacts
Satisfaction des résidents et familles et qualité de vie	<p>Recensement des réclamations et satisfactions écrites</p> <p>Comptes rendus de réunions</p> <p>Questionnaires de satisfaction</p> <p>Recensement des passages à l'acte et de leur cause</p> <p>Aspect extérieur du site</p> <p>Contrôles réguliers de la restauration et de la lingerie</p> <p>Disponibilité du personnel</p>
Prise en compte de la parole des résidents	<p>Participation effective à l'élaboration de leur projet de vie</p> <p>Niveau de participation aux réunions</p> <p>Recensement des situations où les résidents ont la possibilité de faire des choix</p>

Annexe 7 : suite	
Satisfaction du personnel	<p>Nombre de départs volontaires</p> <p>Recensement des absences</p> <p>Nombre de projets déposés</p> <p>Nature du climat social</p> <p>Nombre de litiges en instance</p> <p>Nombre de candidatures spontanées et de demandes de mutations vers le site</p>
Reconnaissance à l'extérieur	<p>Existence d'articles de presse</p> <p>Nombre de demandes d'admissions</p> <p>Nombre de sollicitations pour faire partager le projet</p> <p>Nombre de demandes de stages</p> <p>Invitations des résidants dans la cité et autres établissements</p> <p>Demandes de visites d'établissements</p>
Gestion budgétaire saine	<p>Taux d'occupation supérieur au prévisionnel</p> <p>Compte administratif excédentaire</p>