



**ENSP**

ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

**RENNES**

---

**CAFDES**

**Promotion 2006**

**Personnes adultes handicapées**

---

**RESTRUCTURER UN FOYER D'HÉBERGEMENT ÉCLATÉ EN FAM POUR  
FAVORISER L'ACCOMPAGNEMENT DE PERSONNES HANDICAPÉES  
MOTRICES VIEILLISSANTES**

**Laurence ACHAIN**

---

# Sommaire

---

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>1 L'EMERGENCE DE LA QUESTION SOCIALE RELATIVE AUX PERSONNES HANDICAPEES VIEILLISSANTES .....</b>	<b>3</b>
1.1 PERSONNES HANDICAPEES VIEILLISSANTES, DE QUI PARLE-T-ON ? .....	3
1.2 LES FONDEMENTS D'HORIZON 06 .....	8
1.2.1 <i>Un projet innovant dans les Alpes Maritimes .....</i>	<i>8</i>
1.2.2 <i>La revendication des principes d'autonomie, d'intégration dans la Cité de la     personne handicapée et de conditions de vie dans un environnement approprié.....</i>	<i>9</i>
1.2.3 <i>Des valeurs fondatrices d'avant- garde.....</i>	<i>11</i>
1.2.4 <i>Un foyer « éclaté », réparti sur deux sites et proposant un accueil sous forme     d' « appartements-services ».....</i>	<i>12</i>
A) Le cadre juridique.....	12
B) Le mode de financement .....	13
1.3 LE FONCTIONNEMENT ACTUEL D'HORIZON 06 .....	13
1.3.1 <i>La population accueillie.....</i>	<i>13</i>
1.3.2 <i>Les services apportés .....</i>	<i>17</i>
A) Le personnel .....	17
B) Des lieux « ressources » .....	18
C) Une nécessaire articulation entre l'individuel et le collectif .....	19
1.3.3 <i>Les limites rencontrées.....</i>	<i>19</i>
A) Les limites liées à l'évolution de la dépendance .....	20
B) Les limites liées à la sous estimation de besoins dans le projet initial .....	20
1.4 L'ETAT ACTUEL DE LA QUESTION DE L'ACCUEIL DES ADULTES HANDICAPES MOTEURS AVANÇANT EN AGE AUX PLANS INTERNATIONAL ET NATIONAL .....	21
1.4.1 <i>Evolutions de l'approche de la notion de personne handicapée.....</i>	<i>22</i>
A) La CIF, grille de lecture internationale des besoins des personnes.....	22
B) Quelques définitions de la personne handicapée.....	23
C) Des controverses sur le principe même de définir le handicap .....	24
1.4.2 <i>La notion de vieillissement chez les personnes handicapées .....</i>	<i>25</i>
A) Etudes relatives à leur situation.....	26
B) Les orientations politiques nationales .....	29

C)	La situation au plan régional .....	30
	CONCLUSION DE LA PREMIERE PARTIE.....	32
<b>2</b>	<b>RESTRUCTURER HORIZON 06 EN FAM ECLATE POUR MAINTENIR LES RESIDENTS VIEILLISSANTS DANS DES CONDITIONS DE VIE A DOMICILE ADAPTEES A LEURS BESOINS .....</b>	<b>33</b>
2.1	LA POSITION ASSOCIATIVE ET LE CHOIX AFFIRME DU FOYER D'ACCUEIL MEDICALISE DANS SA FORME « ECLATEE ».....	33
2.1.1	<i>Une volonté de concertation affirmée .....</i>	<i>34</i>
2.1.2	<i>La particularité du Foyer d'Accueil Médicalisé .....</i>	<i>35</i>
A)	la tarification particulière du Foyer d'Accueil Médicalisé et ses conséquences en terme de prise en charge.....	35
B)	La justification de ce choix.....	36
2.2	LA RECONFIGURATION DU PROJET D'ETABLISSEMENT, UNE ELABORATION DYNAMIQUE A CONCEVOIR ET SOUTENIR DANS LA DUREE.....	37
2.3	LA STRATEGIE RELATIVE A LA CONCEPTION DU PROJET ET L'ACCOMPAGNEMENT AU CHANGEMENT .....	38
2.3.1	<i>La constitution d'un comité de pilotage et de groupes de travail au cœur de l'élaboration du projet .....</i>	<i>40</i>
2.3.2	<i>Favoriser l'implication de l'ensemble des acteurs.....</i>	<i>43</i>
2.3.3	<i>Mobiliser le personnel.....</i>	<i>43</i>
2.4	L'ESTIMATION DES RESSOURCES NECESSAIRES .....	45
2.4.1	<i>L'estimation quantitative et qualitative des ressources humaines nécessaires au Foyer d'Accueil Médicalisé.....</i>	<i>45</i>
A)	Sur le plan interne à la structure .....	46
a)	Les actes de la vie quotidienne .....	46
b)	Le suivi de santé .....	48
c)	L'accompagnement social .....	49
B)	La nouvelle configuration du tableau des effectifs.....	50
C)	Sur le plan externe à la structure : Le développement du partenariat.....	51
2.4.2	<i>L'impact du projet en matière budgétaire.....</i>	<i>52</i>
2.5	LA MISE EN ŒUVRE DU PROJET.....	54
2.5.1	<i>Le redéploiement et le recrutement des personnels.....</i>	<i>54</i>
A)	Repérer l'émergence des compétences en vue du redéploiement .....	55
B)	L'étape des recrutements externes des personnels .....	55
2.5.2	<i>La formation du personnel .....</i>	<i>56</i>
A)	La formation qualifiante et la validation des acquis et de l'expérience .....	57
B)	La formation continue .....	57
2.5.3	<i>Une dynamique à stimuler lors de la préparation des outils de la loi 2002-2 .....</i>	<i>58</i>

2.5.4	<i>Processus d'évaluation des services rendus aux résidents</i> .....	59
A)	Les étapes de l'évaluation .....	60
B)	Les trois niveaux d'évaluation retenus .....	62
	CONCLUSION DE LA DEUXIEME PARTIE.....	64
	<b>CONCLUSION GENERALE</b> .....	<b>65</b>
	<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>67</b>
	<b>LISTE DES ANNEXES</b> .....	<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

ACTP	: Allocation Compensatrice Tierce Personne
AGGIR	: Autonomie Gérontologique-Groupe Iso-Ressources
AMP	: Aide Médico-Psychologique
APF	: Association des Paralysés de France
AVS	: Auxiliaire de Vie Sociale
CASF	: Code de l'Action Sociale et des Familles
CAT	: Centre d'Aide par le Travail
CDAPH	: Commission Départementale pour l'Autonomie des Personnes Handicapées
CDES	: Commission d'Education Spéciale
CESF	: Conseiller en Economie Sociale et Familiale
CIF	: Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé
CIH	: Classification Internationale du Handicap
COTOREP	: Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel
CROSMS	: Comité Régional d'Organisation Sociale et Médico-Sociale
DRASS	: Direction Régionale de l'Action Sanitaire et Sociale
DRESS	: Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques
ESAT	: Etablissement et Service d'Aide par le Travail
FAM	: Foyer d'Hébergement Médicalisé
FDT	: Foyer à Double Tarification
FH	: Foyer d'Hébergement
FO	: Foyer Occupationnel
GIHP	: Groupement d'Insertion des Handicapés Physiques
HAD	: Hospitalisation à Domicile
HLM	: Habitation à Loyers Modérés
INSEE	: Institut National de la Statistique et des Etudes
MAS	: Maison d'Accueil Spécialisée
MDPH	: Maison Départementale des Personnes Handicapées
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé

ONU : Organisation des Nations Unies  
OPCA : Organisme Paritaire Collecteur Agréé  
PACA : Provence Alpes Côte d'Azur  
RDAS : Règlement Départemental d'Action Sociale  
SSIAD : Service de Soins Infirmiers à Domicile  
SAMSAH : Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés

## INTRODUCTION

L'établissement que je dirige a pour agrément l'accueil d'adultes handicapés moteurs dépendants d'une tierce personne. Cet établissement est géré par l'Association HORIZON 06 créée en 1984 .

Ce foyer de type appartements-services permet un mode de vie en milieu ordinaire au sein de logements adaptés avec une présence d'auxiliaires de vie 24 heures sur 24. La structure dispose également d'un service de transports spécialisés.

J'ai pris mes fonctions il y a trois ans dans un contexte d'inquiétude générale liée à une situation financière déficitaire, ainsi qu'au service d'accompagnement proposé dont l'adéquation aux besoins des résidents commençait à susciter de nombreuses interrogations .

Après avoir pris les mesures nécessaires pour rétablir l'équilibre financier, je me suis confrontée à la problématique de l'établissement que je peux traduire de la façon suivante :

18 ans après l'ouverture de cette structure innovante, force est de constater le vieillissement des résidents ainsi que l'évolution de leur handicap, entraînant, avec l'avancée en âge, une dépendance accrue des personnes.

Comment, d'une part, pérenniser des conditions de vie à domicile de qualité et intégrer leurs besoins croissants ainsi que la nécessaire sécurité qu'implique leur dépendance, et d'autre part, préserver la liberté de choix des intervenants médicaux et para-médicaux revendiquée par les résidents, en même temps que se fait de plus en plus sentir la nécessité d'une coordination des soins ?

Comme le souligne Catherine DESCHAMPS de l'APF « *Les personnes handicapées vieillissent et souhaitent très fortement rester là où elles étaient avant d'être vieillissantes. Elles acceptent mal l'idée d'être obligées, à un moment donné, du fait de leurs déficiences, de choisir une autre solution parce qu'elles vieillissent* ». <sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> CCAPH. Les personnes handicapées âgées, où en est-on ? L'Harmattan, Paris, 2003.

Par ailleurs, HOWELL soutient que « *la sénescence n'est pas une pente que chacun descend à la même vitesse. C'est une volée de marches irrégulières que certains dégringolent plus vite que d'autres* ». <sup>2</sup>

En effet, le processus de vieillissement est variable d'une personne à l'autre et n'est pas seulement lié à l'âge chronologique. Il dépend de l'importance du handicap, du degré de socialisation, du mode et de l'hygiène de vie, des capacités d'adaptation, de la façon dont la personne se sent reconnue et acceptée, de son intérêt pour sa vie...

Face à ces réflexions, l'extension de la palette des services proposés intégrant un service de soins adjoint aux interventions des auxiliaires de vie sociale et une coordination des soins effectués par les intervenants extérieurs à la structure paraissent répondre à la problématique posée.

C'est pourquoi l'hypothèse de travail que je souhaite vérifier consiste en la restructuration du Foyer d'Hébergement « éclaté » en Foyer d'Accueil Médicalisé « éclaté » qui devrait permettre de préserver le rythme de vie et l'autonomie des personnes accueillies, valeurs qui caractérisent le Foyer HORIZON 06, tout en palliant ses principales carences actuelles consécutives à l'alourdissement du handicap inhérent à l'avancée en âge des résidents.

Je propose une présentation de mon mémoire en deux parties :

- La première partie expose le sujet de l'accompagnement et de l'accueil des personnes handicapées vieillissantes, question centrale à Horizon 06, mais également au cœur des politiques sociales actuelles.

- La seconde partie est consacrée au projet permettant l'adaptation de notre offre de service à l'évolution des besoins de la population accueillie. Elle développe les moyens à mettre en œuvre pour permettre la réussite de ce projet.

---

<sup>2</sup> HOWELL cité par de BEAUVOIR S. La vieillesse, Gallimard, Paris, 1970.

# 1 L'EMERGENCE DE LA QUESTION SOCIALE RELATIVE AUX PERSONNES HANDICAPEES VIEILLISSANTES

Les personnes handicapées vieillissantes sont définies comme « celles qui étaient déjà en situation de handicap avant d'entamer un processus de vieillissement ».<sup>3</sup>

Le vieillissement des personnes handicapées et les mesures favorisant un accompagnement adapté à leurs besoins sont posés en France depuis une vingtaine d'années mais font aujourd'hui l'objet d'une problématique sociale de premier ordre.

Aussi cette dernière représente-t-elle le questionnement central au sein de l'institution que je dirige.

## 1.1 Personnes handicapées vieillissantes, de qui parle-t-on ?

Comment évoquer en tout premier lieu la situation relative aux personnes handicapées vieillissantes au sein du Foyer Horizon 06 sans se centrer sur la personne qui y vit au quotidien ?

Pour ce faire, je choisis d'exposer la situation de Melle R.

Melle R. a 46 ans et réside au foyer Horizon 06 depuis 1995.

Elle est atteinte de la myopathie des ceintures, maladie évolutive au long cours.

Melle R. s'investit dans le fonctionnement de la structure. Elle est membre du Conseil d'Administration depuis 2005<sup>4</sup> et a également été élue au Conseil

---

<sup>3</sup> AZEMA J. et MARTINEZ N. Les personnes handicapées vieillissantes, espérances de vie, projections démographiques et aspects qualitatifs, éléments pour une prospective, CREAL Languedoc Roussillon mai 2003.

<sup>4</sup> Le Conseil d'Administration est constitué de résidents à hauteur d'un tiers de ses membres.

de la vie sociale mis en place conformément à la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

Avant son entrée au sein de notre structure, Melle R. vivait seule avec sa maman. Son frère, atteint de la même maladie était décédé peu avant son admission.

La maman de Melle R. ne pouvant plus physiquement subvenir aux besoins de sa fille qui nécessitait une présence constante, les interventions ponctuelles de divers professionnels s'avéraient insuffisantes, la vie au domicile familial devenait par conséquent impossible.

Toutes deux se sont alors résignées à une entrée en établissement « collectif ».

Cependant Melle R. avait soif de vie, d'autonomie, d'activité.

La découverte de notre établissement à caractère singulier, puis son admission lui ont permis de concrétiser son choix de vie.

Elle répondait aux conditions d'admission qui sont les suivantes :

- Etre âgé de 18 à 60 ans au plus lors de l'entrée.
- Etre physiquement dépendant d'une tierce personne pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie courante.
- Etre bénéficiaire de l'ACTP<sup>5</sup> ou de la majoration tierce personne.

La directrice en poste en 1995 a prononcé l'admission de Melle R. après la décision d'orientation de la COTOREP (CDAPH depuis le 01 janvier 2006 conformément à la loi 2005-102 du 11 février 2005 relative à l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées).

---

<sup>5</sup> L'ACTP est attribué sur décision de la CDAPH sous deux conditions : un taux d'incapacité d'au moins 80% et la nécessité d'avoir besoin d'aide pour un ou plusieurs actes essentiels de l'existence.

Lors de son entrée, comme lors de l'entrée de chacun des résidents, Melle R. a complété une grille d'analyse de ses besoins<sup>6</sup> avec l'aide d'une responsable de la structure et la directrice.

Cette grille détaille les actes qu'elle peut faire seule, avec aide partielle ou bien avec aide totale, relatifs aux transferts, à la toilette, à l'habillage, aux repas, aux activités ménagères, aux déplacements, à l'approche de l'environnement ainsi qu'à une rubrique « divers ». Elle est assortie d'une colonne de commentaires éventuels.

Une mise à jour intervient tous les deux ans pour prendre en considération l'évolution de son état de santé et adapter nos interventions.

Cet outil permet en effet d'évaluer aussi bien la nature de l'aide à apporter que les temps d'interventions quotidiens, évaluations nécessaires pour organiser au mieux le service.

J'attache une importance particulière à la participation de Melle R. au remplissage de cette grille. Je peux me rendre compte en effet qu'elle est fière tout d'abord d'être en capacité de cocher les cases de ce document qui la concerne personnellement, mais également de pouvoir déterminer ce qu'elle est en mesure d'effectuer seule ou pas. Sa participation est aussi source de motivation à ne pas « se laisser aller » parfois à la facilité en s'engageant ainsi à effectuer certains actes avec une aide qui reste partielle.

Melle R. vit dans un appartement de type F3 situé en plein cœur de NICE au sein d'un des deux immeubles à caractère social dans lesquels des appartements ont été attribués à Horizon 06 et répondent aux normes d'accessibilité pour des habitants en fauteuil roulant.

Elle est sous-locataire du logement mis à sa disposition et paie en direct son loyer à la société d'HLM.

Une convention a été signée à cet effet entre le bailleur et l'Association.

La jeune femme vit ainsi dans un contexte social ordinaire et côtoie au quotidien des personnes valides, en activité, avec lesquelles elle a pu nouer des relations de voisinage, voire d'amitié.

---

<sup>6</sup> Annexe 1 : Grille d'analyse des besoins.

Par ailleurs, son logement, comme les vingt autres logements attribués à notre Association, est équipé d'aides techniques de nature à assurer une sécurité optimale aux résidents.

Chaque appartement est en effet doté d'une porte à ouverture électronique télécommandée, les portes intérieures font 90 cm de largeur, les prises de courant et interrupteurs sont situés à 75 cm du sol.

Des vides sous évier et sous baignoire ont été prévus pour faciliter l'accès en fauteuil à ces équipements. L'ascenseur dispose d'une commande à portée de main d'une personne en fauteuil roulant.

Le local de fonction des auxiliaires de vie sociale est relié à chaque appartement par une ligne intérieure permettant de joindre le personnel à tout moment, cette ligne est doublée d'un système d'urgence par bip afin d'assurer une sécurité optimale.

Enfin, il existe une liaison par interphone entre les appartements d'HORIZON 06, permettant aux résidents de se joindre facilement s'ils le souhaitent.

Melle R. a emménagé dans un appartement vide afin de le décorer selon ses goûts et de pouvoir y installer son mobilier. Seul l'équipement spécifique à son handicap lui a été demandé (*lit à hauteur variable, lève personne, aménagement de la baignoire...*), afin de garantir des bonnes conditions de travail au personnel.

Depuis son entrée au sein de notre structure, elle vit donc dans un logement adapté, sécurisé et bénéficie d'un service d'accompagnement aux actes essentiels de la vie courante par des auxiliaires de vie sociale présentes 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, qui lui procure des conditions de vie aussi autonome que possible conformément à ses souhaits. Elle bénéficie aussi d'un service de transports spécialisés qui lui permet de se rendre à des rendez-vous médicaux et de réaliser des sorties personnelles.

Comme je l'ai indiqué en début de propos, le handicap de Melle R. est évolutif. Au fil des ans son état de santé nécessite un accompagnement de plus en plus important, de plus en plus qualifié, ce que fait d'ailleurs ressortir les grilles d'analyse de ses besoins citées précédemment. Cet outil remplit de fait également une fonction de stockage d'information parce qu'il

constitue un support d'enregistrement de données, voire d'aide à leur interprétation.

Ce besoin d'un accompagnement croissant se mesure par les données issues du cahier de liaison, que j'ai instauré lors de mon arrivée, chez Melle R. comme chez chaque résident. L'auxiliaire de vie y note le motif, l'heure de début et de fin d'intervention. Ces données sont recueillies de façon hebdomadaire et permettent de constater les nombres et durées d'interventions réellement effectuées, ainsi que leur évolution.

Une coordination des soins qui lui sont apportés s'avère ainsi de plus en plus nécessaire.

Néanmoins, Melle R. refuse d'envisager une éventuelle réorientation vers un autre établissement qui serait médicalisé.

Elle affirme clairement sa volonté de rester dans « son » appartement, et de poursuivre les relations sociales tissées avec son voisinage ces dernières années.

De mon point de vue de directrice, je pense effectivement qu'une orientation vers un autre établissement, certes plus approprié en terme de soins, serait néanmoins vécu comme un véritable déracinement et un échec à la victoire qu'elle revendique d'être parvenue à établir une réelle participation à la vie sociale.

La situation que vit Melle R. aujourd'hui est partagée par l'ensemble des résidents tant en terme d'affirmation d'un mode de vie le plus autonome possible et du souhait de rester dans « leur » appartement, qu'en terme d'alourdissement de la dépendance du fait de l'évolution du handicap ou de l'avancée en âge, ou de ces deux facteurs cumulés.

Je vais resituer à présent cet exemple dans le cadre plus général du fondement et du fonctionnement d'HORIZON 06.

.

## 1.2 Les fondements d'HORIZON 06

Courant 1984, un groupe de personnes handicapées dépendantes résidant à NICE, vivant à leur domicile mais assumant la précarité et l'insécurité au prix de l'autonomie souhaitée, réfléchit sur un projet de regroupement et de solutions innovantes et crée l'Association HORIZON 06 le 13 Septembre 1984 (parution au journal officiel le 26 Octobre 1984).

L'Association HORIZON 06 a donc été créée à l'initiative de personnes handicapées motrices afin de répondre, par une organisation appropriée, à leur dépendance physique quotidienne, et en vue de lutter contre toute discrimination fondée sur le handicap.

### 1.2.1 Un projet innovant dans les Alpes Maritimes

Leur objectif était de créer un service où leur rythme de vie, et leur vie privée seraient respectés, tout en bénéficiant d'une sécurité maximale.

Le projet initial s'est fondé sur la réalité à laquelle était confrontée les membres fondateurs, ainsi que tout adulte handicapé moteur dépendant.

Cette réalité peut s'exprimer comme suit :

- La majorité des personnes handicapées motrices a recours à un membre de sa famille pour l'aider. Outre le poids d'une telle charge pour des parents vieillissants, le droit d'organiser sa propre vie est alors exclu.
- La solution des « foyers collectifs », si elle répond aux choix ou aux besoins de certains, ne représente pas la volonté de tous. Beaucoup souhaitent se prendre en charge, et avoir les moyens d'organiser leur vie.
- L'emploi d'une personne à temps complet reste difficile, faute de revenus suffisants.
- Le recours à des services d'aide à domicile sous forme de « passages » (*services d'auxiliaires de vie sociale, services de soins infirmiers à domicile*)

*ou tout autre recours à des aides temporaires), ne peut convenir qu'à des besoins bien définis, or la dépendance quotidienne d'une personne handicapée physique revêt tellement d'aspects et de diversité, qu'elle ne peut, lorsqu'elle est trop importante, être circonscrite à des prestations fixées dans des horaires pré-déterminés (passage aux toilettes, horaires restrictifs surtout pour les couchers, insécurité notamment la nuit).*

S'inspirant de structures d'hébergement déjà existantes dans d'autres régions de France et soutenues par les associations dont elles sont membres actifs, à savoir l'APF, l'AFM, le GIHP, une réflexion collective s'engage alors avec les élus et les financeurs.

Ainsi, un projet d'appartements regroupés et adaptés pour personnes handicapées physiques dépendantes avec un service d'accompagnement aux actes essentiels de la vie courante réalisé par des auxiliaires de vie sociale, et un service de transports spécialisés est élaboré.

### **1.2.2 La revendication des principes d'autonomie, d'intégration dans la Cité de la personne handicapée et de conditions de vie dans un environnement approprié**

Ce projet concrétisait la manière de penser de personnes handicapées physiques quant à leur intégration dans la Cité, en mettant en place de réels moyens pour permettre des conditions de vie à domicile dans un environnement approprié.

L'Association HORIZON 06 a en effet pour but de favoriser l'autonomie et l'intégration de la personne en situation de handicap dans la Cité.

La notion d'intégration affirmée par l'Association s'illustre parfaitement par celle définie par le Professeur Serban IONESCU<sup>7</sup>, selon lequel :

---

<sup>7</sup> Les cahiers de l'actif n°294/295, page 9.

« L'intégration peut se réaliser à différents niveaux.

Elle peut être :

- **physique**, et donc se résumer par le fait de vivre parmi les autres.
- **fonctionnelle**, impliquant en plus l'utilisation des installations et services publics.
- **sociale**, ce qui veut dire avoir besoin de contacts sociaux réguliers et spontanés, se percevoir et être perçu par les autres comme faisant partie du contexte social.
- **sociétale**, ou au niveau de la société en général, c'est-à-dire par exemple exercer des responsabilités, participer à l'activité d'associations, d'organisations ».

En effet, l'enjeu initial consiste en ce que ce service auprès de personnes handicapées motrices soit mis en place dans un environnement le plus proche des conditions habituelles de vie en milieu ordinaire, source d'**intégration physique**. Un cadre bâti accessible, l'accompagnement et le soutien par des aides humaines et techniques indispensables pour favoriser l'autonomie de la personne handicapée permettent ainsi une **intégration fonctionnelle et sociale** au sein de la Cité.

De plus, sa création, initiée par des personnes handicapées et leur présence au Conseil d'Administration implique leur **intégration sociétale**.

Les membres fondateurs de l'Association ont ainsi souhaité la création d'une structure de type « appartements-services » pour concilier leur état de dépendance, et le respect de l'autonomie de vie des adultes, droit naturel qu'ils revendiquent afin de pouvoir mener leur vie comme tout un chacun.

A ce titre, la valeur phare proclamée est que chacun conserve la maîtrise de sa vie. Ainsi, comme précisé dans le projet associatif, **la personne handicapée est un citoyen à part entière, et non entièrement à part**. Le résident n'est donc ni assisté ni pris en charge, mais accompagné. Il est au centre du dispositif d'accompagnement : autonome, la gestion de sa vie lui appartient. Ses droits de citoyens sont respectés. Il est simplement aidé dans les actes qu'il ne peut pas ou plus accomplir seul.

### 1.2.3 Des valeurs fondatrices d'avant- garde

Les valeurs fondatrices de l'Association citées ci-dessus peuvent être qualifiées d'avant-gardistes et l'Association n'a pu que se réjouir des mesures prises ultérieurement pour combattre la discrimination, favoriser toute intégration des personnes handicapées et prôner leurs droits.

Ainsi, sur le plan européen le Traité d'Amsterdam signé le 2 Octobre 1997 par les chefs d'Etat et de gouvernement et entré en vigueur le 1<sup>er</sup> Mai 1999 autorise le Conseil Européen à prendre toute les mesures nécessaires pour lutter contre toute discrimination fondée sur un handicap dans son article 13 :

« Sans préjudice des autres dispositions du présent traité et dans les limites des compétences que celui-ci confère à la Communauté, le Conseil statuant à l'unanimité sur proposition de la Commission et après consultation du Parlement Européen, peut prendre les mesures nécessaires en vue de combattre toute discrimination fondée sur le sexe, la race ou l'origine ethnique, la religion ou les convictions, un **handicap**, l'âge ou l'orientation sexuelle ».

Par ailleurs, la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale refonde la loi 75-735 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico- sociales en développant quatre orientations principales :

- Un renforcement du droit des usagers dans l'idée de ne plus faire « pour le compte de », mais « avec ». A cet effet, différents outils ont été créés ou rendus obligatoires tels le projet d'établissement, le livret d'accueil, le contrat de séjour, la charte des droits et libertés de la personne accueillie, le règlement de fonctionnement, la personne qualifiée, l'instance du conseil de la vie sociale.
- Une évaluation des actions menées.
- Une meilleure coordination des décideurs et des acteurs.
- Une plus grande transparence et davantage de rigueur dans l'organisation et la gestion financière des établissements .

De même, la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées qui a réformé la loi d'orientation 75-734 en faveur des personnes handicapées, prône l'intégration des personnes handicapées dans la société en valorisant leurs capacités et

potentialités, en compensant leurs manques dans le respect de l'égalité des droits de tous les citoyens français, et se situe dans la continuité de la législation européenne et internationale de non-discrimination.

Ce texte nourrit ainsi l'ambition de concrétiser l'égalité des droits et des chances aux personnes handicapées, quelle que soit la nature de leur handicap et l'engage à promouvoir une plus grande autonomie des personnes, une réelle participation à la vie de la Cité ainsi que la liberté du choix de vie selon trois axes, à savoir :

- « Garantir aux personnes handicapées le libre choix de leur projet de vie grâce à la compensation des conséquences de leur handicap et à un revenu d'existence favorisant une vie autonome et digne .
- Permettre une participation effective des personnes handicapées à la vie sociale grâce à l'organisation de la cité autour du principe d'accessibilité.
- Placer la personne handicapée au centre des dispositifs qui la concernent en substituant une logique de service à une logique administrative ».

#### **1.2.4 Un foyer « éclaté », réparti sur deux sites et proposant un accueil sous forme d' « appartements-services »**

##### A) Le cadre juridique

La création du foyer est intervenue alors que les dispositions législatives et réglementaires en vigueur relevant de la loi n° 75-735 du 30 juin 1975 relatives à l'organisation des établissements médico-sociaux n'apportait pas le cadre juridique approprié à la réalisation d'une telle structure.

C'est dans ce contexte particulier que le Conseil Général des Alpes Maritimes a autorisé la création du « Foyer éclaté HORIZON 06 » (*seule structure de ce type dans le département*) .

La loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale a « corrigé » les oublis de la loi du 30 juin 1975. Ainsi, les établissements et services pour personnes handicapées relèvent désormais de l'article L312-1-1§7 du Code de l'action sociale et familiale.

## B) Le mode de financement

Le financement est précisé dans le Règlement départemental d'aide sociale des Alpes-Maritimes (article 186 du RDAS) et assuré comme suit :

- Le Conseil Général fixe un prix de journée, après négociation annuelle sur les propositions budgétaires présentées par les responsables de l'établissement.
- Chaque résident reverse 70% de l'allocation compensatrice ou majoration tierce personne qu'il perçoit.

### 1.3 Le fonctionnement actuel d'HORIZON 06

La mission d'HORIZON 06 est d'organiser les moyens pour soutenir le maintien en milieu ordinaire de vie de personnes handicapées motrices dépendantes et de les accompagner dans une logique d'insertion respectant leur choix de vie. Les actions menées sont relatives aux aspects social, culturel, physique, affectif, etc... de la personne.

Aussi, 18 ans après l'ouverture du premier site et 12 ans après l'ouverture du second, force est de constater un accroissement constant des besoins des résidents tant en terme d'accompagnement qu'en terme de soins.

#### 1.3.1 La population accueillie

La structure actuelle accueille 21 résidents.

Avant leur entrée à HORIZON 06, 11 d'entre eux vivaient au sein de foyers collectifs qui ne correspondaient pas à leur choix de vie, 6 vivaient à domicile avec un service d'aide à domicile qui ne leur assurait pas une sécurité 24 heures sur 24 que leur état de santé nécessitait, et 4 résidaient au domicile de leurs parents, situation qui ne leur permettait pas d'organiser leur vie selon l'autonomie souhaitée ou qui ne pouvait être maintenue du fait que les parents vieillissants n'étaient plus en mesure de subvenir physiquement à leurs besoins.

Ces 21 usagers sont des adultes handicapés moteurs dont le taux d'incapacité reconnu par la CDAPH est au moins de 80%<sup>8</sup>, plus précisément :

- 50% ont un taux d'incapacité de 100%.
- 20% ont un taux d'incapacité de 90%.
- 30% ont un taux d'incapacité de 80%.

Leur handicap est la conséquence d'une atteinte d'un ou plusieurs membres.

Les principales origines des handicaps moteurs sont cérébrale (telle l'infirmité motrice cérébrale), médullaire (paraplégie, tétraplégie traumatique), neuromusculaire (poliomyélite antérieure aiguë, spina bifida...), ostéo-articulaire (agénésie, tuberculose osseuse...), vasculaire (hémorragie cérébrale), musculaire (myopathie), neurologique (sclérose en plaque, sclérose latérale amyotrophique, affections neuromusculaires).

**Répartition des résidents du Foyer HORIZON 06 par origine de handicap :**

Origine cérébrale	4
Origine médullaire	2
Origine ostéo-articulaire	1
Origine neurologique	6
Origine musculaire	3
Origine neuromusculaire	5

---

<sup>8</sup> L'incapacité est dite sévère à partir d'un taux d'incapacité de 80%.

Les maladies neurologiques, musculaires et neuromusculaires sont dégénératives, c'est-à-dire que les incapacités s'aggravent au fil des ans et concernent 14 résidents, soit 67% d'entre eux.

Par ailleurs, la durée moyenne de présence sur le site ouvert il y a 18 ans est de 14 ans. Elle est de 8 ans sur le site ouvert il y a 12 ans.

Lors de son admission, la personne handicapée doit avoir moins de 60 ans. Cependant, une fois accueillie, si elle le désire, elle est maintenue au sein de notre foyer sans tenir compte du seuil des 60 ans. En effet, notre agrément ne prévoit pas de limite d'âge.<sup>9</sup>

La répartition des résidents par tranche d'âge s'établit comme suit :

- 10% des résidents ont moins de 40 ans.
- 25% des résidents sont âgés de 40 à 50 ans.
- 25% des résidents sont âgés de 50 à 60 ans.
- 30% des résidents sont âgés de 60 à 70 ans.
- 10% des résidents sont âgés de 70 à 80 ans.

Globalement :

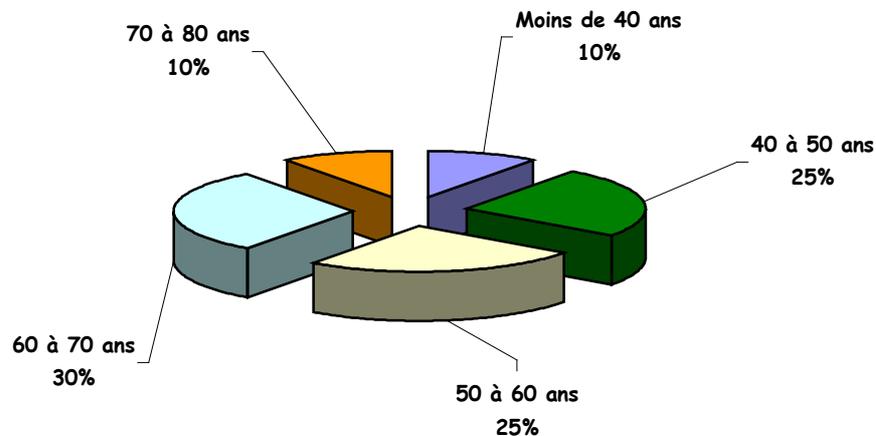
- 40% des usagers ont plus de 60 ans.
- 90% des usagers ont plus de 40 ans.

A ce jour, la moyenne d'âge des résidents est de 57 ans.

---

<sup>9</sup> A ce titre, une récente instruction ministérielle rappelle que les personnes dépassant 60 ans peuvent être maintenues dans leur établissement.

## Age des résidents



Les effets des pathologies évolutives et de l'avancée en âge s'illustrent lors des évaluations faites en interne pour mesurer les besoins. Ces évaluations nous ont permis d'observer l'accroissement de la dépendance des usagers à travers huit rubriques d'indicateurs qui ont trait :

- aux différents transferts
- à la toilette
- à l'habillement
- aux repas
- aux activités ménagères
- aux déplacements
- à l'approche de l'environnement
- à une rubrique « divers » (se moucher, se laver les dents, écrire, etc...)

Chacune de ces rubriques est scindée en actions détaillées. Au total, 72 actions sont répertoriées hormis la rubrique « divers ».

Au fil des ans, les incapacités s'accroissent. Elles se traduisent concrètement par une réduction progressive des actions que la personne peut faire seule, évoluant en actions qui nécessitent une aide partielle voire totale.

### 1.3.2 Les services apportés

#### A) Le personnel

Le tableau des effectifs relatifs à l'établissement se présente comme suit :

	Nombre d'agents	Nombre d'équivalents temps plein
<b><u>ADMINISTRATION</u></b>		
-Directeur	1	1
-Secrétaire	1	1
<b><u>SERVICES GENERAUX</u></b>		
-Chauffeur	1	1
<b><u>SOINS</u></b>		
-Auxiliaire de vie sociale responsable de site	2	1
-Auxiliaire de vie sociale de jour	22	16
-Auxiliaire de vie sociale de nuit	5	4
<b>TOTAL</b>	<b>32</b>	<b>24</b>

\* Une équipe d'auxiliaires de vie sociale (20 équivalents temps plein) intervient quotidiennement jour et nuit auprès des résidents .

L'équipe de jour se compose de 22 personnes (16 équivalents temps plein) et intervient en moyenne 3 heures et 45 minutes par jour auprès de chaque usager afin de l'accompagner dans les actes de la vie quotidienne (nursing, soins du corps, coiffure...), dans la préparation et la prise des repas, dans l'entretien de l'appartement ainsi que dans l'aide aux actes administratifs (remplir les documents administratifs, classer, adresser...).

Certaines interventions ont des horaires fixes, d'autres pas. En dehors des interventions programmées, les auxiliaires n'interviennent que sur appel des résidents.

L'équipe de nuit se compose de 5 personnes soit 4 équivalents temps plein.  
Chaque nuit et sur chaque site, une auxiliaire de vie sociale intervient pour les couchers, les transferts et les manipulations nécessaires, ainsi que pour la préparation de certains petits déjeuners.

\* Chaque site est doté d'une auxiliaire de vie sociale responsable de site expérimentée qui encadre son équipe, organise les plannings journaliers, fait le lien entre terrain, secrétariat et direction.

\* Le service transport est assuré sept jours sur sept. L'équipe est constituée d'un chauffeur à temps plein ainsi que d'un chauffeur à mi-temps recruté sous forme de contrat aidé et financé sur le budget propre de l'Association. Les chauffeurs accompagnent les résidents pour les déplacements relatifs à des achats divers, leurs loisirs ou leurs consultations médicales.

Ils effectuent également les courses alimentaires deux fois par semaine.

Ce service est compris dans le prix de journée.

De plus, dans la mesure du possible, et au vu du manque réel de services de transports adaptés aux personnes à mobilité réduite dans le département des Alpes-Maritimes, nous assurons certains transports de personnes handicapées qui adhèrent à l'Association moyennant une participation minimale.

\* Une secrétaire à temps plein gère les données administratives des résidents et des salariés.

\* En tant que directrice, je suis chargée de la gestion des ressources humaines, ainsi que de la gestion administrative et financière de la structure.

Il n'existe actuellement aucun poste socio-éducatif, médical ou paramédical.

Chaque résident choisit son médecin, kinésithérapeute, infirmier en libéral.

## B) Des lieux « ressources »

Regroupée au sein de deux immeubles déterminés, cette organisation permet à la structure de louer sur chaque site un logement de type 3, faisant fonction de coordination des demandes d'aide. Ces deux logements sont équipés d'un système

d'appel permettant d'assurer la liaison par téléphone et par bip (qui indique le caractère d'urgence du besoin d'aide) avec les appartements des résidents.

Ces locaux de services comprennent également :

- Le bureau de la responsable de site.
- Une salle de repos, une salle de douche et une cuisine destinées au personnel.

Par ailleurs, les deux sites étant regroupés sur un territoire limité, une salle commune a été mise à disposition de l'Association, au sein d'un des deux immeubles, par la société d'HLM .

Cette salle sert de lieu de rencontres, d'organisations d'activités diverses et festives pour les usagers, mais également de lieu de réunion avec les personnels et les résidents.

#### C) Une nécessaire articulation entre l'individuel et le collectif

Le résident accepte le principe des services communs afin que l'organisation du travail s'effectue dans les meilleures conditions. Ce mode de vie implique un roulement du personnel et exclut donc le choix systématique de l'auxiliaire de vie sociale.

Quant à la collaboration avec les familles, certains résidents ne souhaitent pas que des relations s'instaurent entre leur famille et la structure, et leur choix est respecté. D'autres résidents estiment ce lien nécessaire, et la famille est très présente.

### **1.3.3 Les limites rencontrées**

Les limites actuelles rencontrées au sein de l'organisation du service sont principalement de deux ordres.

Elles sont liées d'une part, à l'évolution de la dépendance des résidents que nous accompagnons et d'autre part, à certaines carences de notre fonctionnement du fait de la non prise en compte de certains éléments lors de la création de la structure.

#### A) Les limites liées à l'évolution de la dépendance

L'évolution de la dépendance induit deux constats :

La diminution des capacités de nos résidents à accomplir seuls ou avec aide partielle de plus en plus d'actes de la vie courante répertoriés dans notre grille d'évaluation des besoins. Les besoins initialement repérés évoluent vers un besoin d'aide totale.

Il s'ensuit un besoin croissant d'interventions des auxiliaires de vie sociale, en nombre et en durée, ainsi que la nécessité d'intervention d'un personnel plus qualifié au regard des tâches à effectuer. Cette évolution est clairement illustrée dans les données fournies par le cahier de liaison et retranscrites dans un document traitant et traduisant concrètement ces informations. Sur ce document sont reportées toutes les durées d'intervention par résident, de jour comme de nuit ; elles sont ensuite comptabilisées de façon quotidienne et hebdomadaire.

Par ailleurs, l'accroissement des besoins sur le plan des soins pratiqués par les divers intervenants libéraux entraîne de plus en plus de difficultés de fonctionnement à au sein du service. Ainsi, à titre d'exemple, les interventions des kinésithérapeutes des résidents pendant celles des auxiliaires de vie sociale, faute de coordination des soins au sein de notre structure, compliquent régulièrement l'organisation de notre service, mais est également source de désagrément pour les usagers.

#### B) Les limites liées à la sous estimation de besoins dans le projet initial

Le service transport est la source régulière de mécontentement des usagers. Deux véhicules et deux chauffeurs dont un employé à temps partiel s'avèrent effectivement insuffisants pour satisfaire les demandes des 21 résidents.

De plus, les prises des rendez-vous auprès du secrétariat deviennent de plus en plus difficiles à coordonner. Par ailleurs, l'absence de règles établies pour accéder à ce service et sa gratuité pour l'utilisateur, conduisent à faire régner, malgré nos efforts de régulation, la « loi du plus fort ou du premier inscrit » et par la même des manifestations de sentiments d'injustice et d'insatisfaction.

En outre, comme dans toute « communauté », des conflits éclatent parfois entre les locataires-résidents d'HORIZON 06 et les autres locataires des immeubles et ceci pour des raisons diverses.

Or rien n'a été prévu à cet effet, ni dans la convention passée entre l'Association et le résident, ni dans celle passée entre l'Association et le bailleur pour médiatiser ces difficultés. Pourtant, à chaque manifestation de mécontentement, les locataires ou les gestionnaires de l'immeuble se retournent directement contre moi, en tant que directrice de la structure.

Certains n'ont d'ailleurs pas hésité à porter plainte contre l'établissement.

L'absence de coordination des soins, la nécessité d'un personnel plus qualifié, les insatisfactions liées au service transport et la non prise en compte d'une nécessaire médiation sociale au sein du projet d'origine m'ont conduit à une réflexion sur l'adaptation de la structure actuelle à l'évolution des besoins des usagers et à envisager la pluridisciplinarité de l'équipe d'intervention ainsi que la dynamisation de l'équipe professionnelle dans l'objectif d'améliorer notre accompagnement auprès des résidents handicapés tout en continuant à favoriser leur maintien au sein de notre foyer dans des conditions optimales de bien-être, de sécurité et d'autonomie.

#### **1.4 L'état actuel de la question de l'accueil des adultes handicapés moteurs avançant en âge aux plans international et national**

La question relative à l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes est une question sociale qui a émergé récemment.

En effet, l'accroissement sensible de leur espérance de vie, la normalisation de leur existence sont des phénomènes heureux, mais néanmoins récents

Mais avant d'aborder plus précisément la situation de la personne handicapée avançant en âge, je vais dans un premier temps m'attacher à la question suivante : qu'est-ce qu'une personne handicapée ?

### 1.4.1 Evolutions de l'approche de la notion de personne handicapée

#### A) La CIF, grille de lecture internationale des besoins des personnes

Une première Classification Internationale du Handicap (CIH)<sup>10</sup> élaborée par le rhumatologue anglais P.WOODS proposait un découpage conceptuel du handicap selon trois niveaux. Il distinguait :

- La déficience au niveau du corps.
- L'incapacité au niveau fonctionnel.
- Le préjudice subi au niveau social.

Il fût reproché à cette classification d'imputer toute la responsabilité du handicap à la maladie ou à l'accident et d'ignorer l'impact des exigences de la société et des obstacles de l'environnement sur le handicap.

L'OMS a engagé dans les années 90 un processus de révision de cette classification.

En Mai 2001 l'Organisation mondiale de la santé a adopté la Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé (CIF) qui a notamment remplacé la notion de DESAVANTAGE, dont l'objectif était d'identifier les préjudices subis par les personnes handicapées dans une perspective de compensation, par celle de PARTICIPATION qui vise à identifier les causes individuelles et environnementales des restrictions de participation sociale. Cette démarche s'inscrit dans une perspective d'égalisation des chances des personnes handicapées.

Aujourd'hui la CIF présente le handicap, au-delà de ses causes organiques ou psychiques comme la résultante sociale d'une maladie, d'une déficience (atteinte au niveau des fonctions physiques ou mentales du corps) et d'une limitation d'activités (anciennement appelées incapacités) qui recouvre les actes de la vie quotidienne et les conduites sociales qu'une personne ne peut réaliser sans l'aide d'autrui.

Elle prend en compte les facteurs environnementaux comme facilitateurs ou obstacles dans les trois registres d'analyse : celui du fonctionnement organique, celui des activités de la personne et celui de la participation sociale du Sujet.

---

<sup>10</sup> CIH, Classification International du Handicap reconnue par l'OMS en 1981.

Cette classification permet d'établir un langage unifié sur le plan international. Elle offre une possibilité de comparaison des données entre pays et fournit un codage commun pour les systèmes d'information sanitaire.

#### B) Quelques définitions de la personne handicapée

\* en France, selon la loi 75-734 était « reconnue comme personne handicapée, celle ou celui reconnu comme tel par les COTOREP ou CDES ».

Dans le droit fil du courant international, la loi du 11 février 2005 a souhaité faire le lien entre les déficiences, les limitations d'activités et les restrictions de participation à la vie sociale. Pour la première fois en France, une définition du handicap prend corps dans un texte législatif. Celle-ci s'énonce ainsi à l'ART L.114-1. « Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement, par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de la santé invalidant ».

La notion centrale de cette définition est « **la limitation de la participation à la vie en société** » explicitement reliée à « **une altération durable** » des fonctions ou d'un trouble de santé invalidant.

\* à l'étranger, une définition a été donnée dans le cadre de l'ONU : Le terme de « handicapé » désigne « toute personne dans l'incapacité d'assurer par elle-même tout ou partie des nécessités d'une vie individuelle ou sociale normale, du fait d'une déficience, congénitale ou non, de ses capacités physiques ou mentales ».<sup>11</sup>

En Grande Bretagne, le Disability act de 1995 a donné une définition stricte de la personne handicapée . Ce dernier indique qu'est considérée comme handicapée toute personne atteinte « d'une déficience physique ou mentale ayant un effet négatif important et de longue durée sur sa capacité à mener des activités quotidiennes normales ».

---

<sup>11</sup> Déclaration des droits des personnes handicapées ONU 09-12-75.

Contrairement aux critères proposés par la CIH, le travail ne figure pas parmi les activités quotidiennes normales, pas plus que la capacité à communiquer avec autrui .

De son côté, le Conseil Britannique des Personnes Handicapées définit le handicap comme « la perte ou la limitation des possibilités d'intégration à la vie sociale sur un pied d'égalité en raison d'obstacles matériels ou sociaux ».

En Italie, la loi 104 de 1992 pose la définition suivante : « est handicapée la personne qui présente une incapacité physique, psychique ou sensorielle, stabilisée ou progressive, cause de difficulté d'apprentissage, de relation ou d'intégration au travail telle qu'elle entraîne un processus de désavantage social et de marginalisation ».

En Allemagne, le code social définit les personnes handicapées comme celles dont les « fonctions corporelles, les incapacités intellectuelles ou la santé mentale s'écartent (pour une période de plus de six mois) de ce qui correspond à la norme pour les personnes du même âge et dont la participation à la vie sociale est ainsi compromise ».

Ainsi, l'acception du concept de handicap, malgré la recherche de cohérence proposée par l'OMS connaît des variations non négligeables selon les pays.

La définition française reste attachée à la causalité de l'altération et intègre les conséquences de l'altération du fonctionnement en mettant en évidence son caractère substantiel, durable ou définitif.

### C) Des controverses sur le principe même de définir le handicap

Non seulement le contenu de la définition du handicap est sujet à controverse, mais également le principe même de définition est discuté.

Un rapport de l'Université de Bruxelles <sup>12</sup> comparant la situation dans différents pays le montre explicitement.

---

<sup>12</sup> Comparative study of definitions of disability. Université de Bruxelles, 2003. Etude commandée par la Commission Européenne.

A l'image du modèle social du handicap où celui-ci apparaît comme une inadéquation entre l'environnement et la situation des personnes, toute définition qui serait par nature catégorisante et stigmatisante est proscrite par certains Etats.

Tel est le cas en Suède et au Danemark par exemple. Dans ces deux pays, il n'existe donc pas de définition législative du handicap. « Le handicap n'est pas considéré comme une caractéristique objective inhérente à la personne et provoquée par une anomalie physique ou une maladie : le handicap se distingue donc de la déficience et se définit dans le rapport entre la personne et son environnement. Il se conçoit comme l'effet des obstacles que la personne rencontre par suite de difficultés de participation sociale et d'accès à son environnement ».<sup>13</sup>

Toutefois, en réalité, à l'intérieur même du « modèle social », l'approche individualisée du handicap tend à se renforcer. De plus, en l'absence de définition législative du handicap, les définitions jurisprudentielles tendent à se multiplier.

Par ailleurs, y compris dans un pays comme la Suède, des mesures sont prises pour les personnes lourdement handicapées, groupe dont les contours sont définis par des textes officiels.

#### **1.4.2 La notion de vieillissement chez les personnes handicapées**

A la fin des années 90, une réorientation de la politique nationale a été mise en œuvre en matière d'enquêtes et de statistiques.

La rénovation des grandes enquêtes nationales, la conception d'enquêtes auprès de populations ciblées et d'études spécifiques sur leurs conditions de vie ont permis d'affiner la connaissance de certains groupes sociaux..

Ce fût le cas, notamment des personnes handicapées vieillissantes.

Par ailleurs, les mesures visant à favoriser les créations de places en établissements ou services médico-sociaux sont érigées parmi les priorités gouvernementales.

---

<sup>13</sup> La compensation du handicap en Suède. IGAS. Avril 2003.

## A) Etudes relatives à leur situation

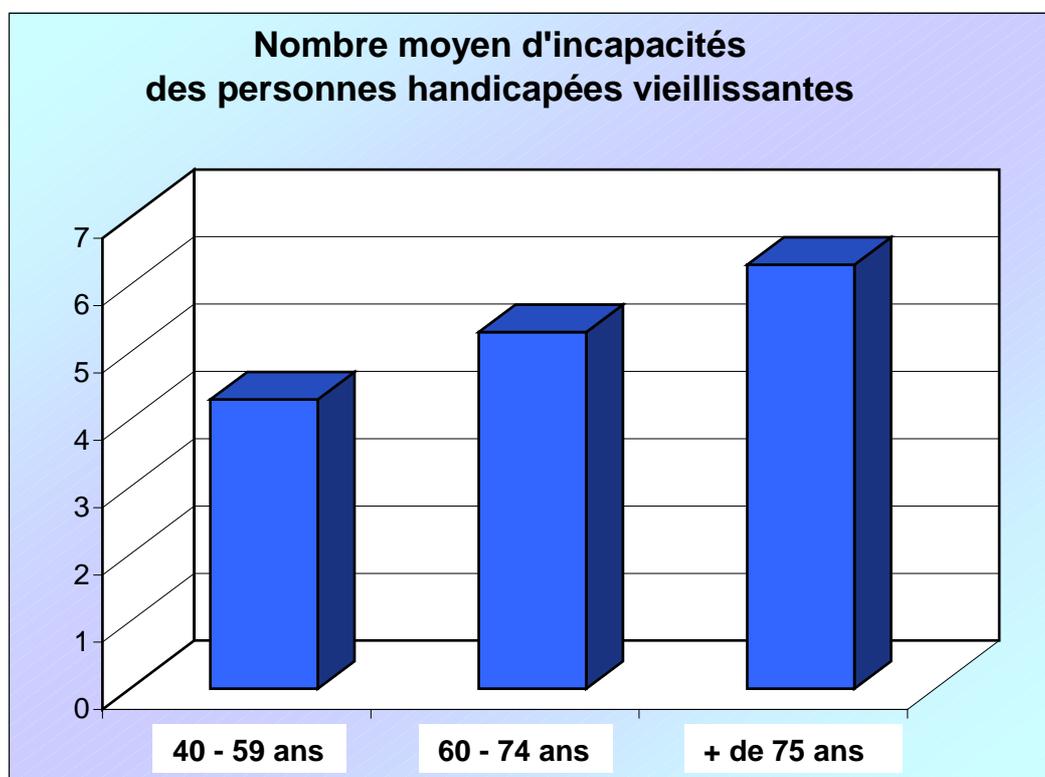
Plusieurs études relatives à la situation des personnes handicapées vieillissantes et leurs possibilités d'accueil ont été réalisées en France au cours de la dernière décennie.

L'étude HID « Handicap Incapacité Dépendance » réalisée par l'INSEE entre 1998 et 2001 fournit les seules données disponibles actuellement pour la France métropolitaine.

L'enquête basée sur des données de 1998 pour les personnes vivant à domicile et celles de 1999 pour les personnes institutionnalisées donne à voir les éléments suivants :

En France, on recense 635 000 personnes pour qui le handicap a précédé le vieillissement. Dans 90% des cas ces personnes étaient mono handicapées avant 20 ans. Cette proportion tombe à 30% au-delà de 40 ans.

L'avancée en âge s'accompagne d'une augmentation du nombre moyen des incapacités qui passe de 2,5 à 4 items en moyenne entre 20 ans et 40 ans, s'accroît encore davantage au-delà et passe de 4 à 6 items entre 40 et 75 ans comme le montre le schéma suivant relatif au nombre moyen d'incapacités des personnes handicapées vieillissantes.



Source HID-Institutions 1998 et HID-Domicile 1999

Le poids du handicap est donc indéniablement un phénomène croissant avec l'âge. En effet, la diversité des déficiences ainsi que leur prévalence tendent à augmenter avec l'avancée en âge.

De cette même enquête, il ressort qu'environ 90% des personnes handicapées vieillissantes vivent à domicile.

Certaines personnes font le choix de ce mode de vie, mais d'autres y sont contraintes faute de place en établissement.

Au 31 décembre 2001, à peine plus de 170000 adultes étaient accueillis en établissement sur les quelques 1 500 000 personnes recensées.

D'après l'enquête, il ressort que seulement 6% des personnes handicapées vieillissantes vivent en établissement dont la moitié vit dans une structure pour adultes handicapés, 4/10 vivent en institution pour personnes âgées et 1/10 vit en établissement psychiatrique.

On observe que parmi les personnes handicapées vieillissantes résidant en établissement pour personnes âgées, celles-ci sont entrées en moyenne 15 ans plus tôt que les autres résidents, soit, aux alentours de 62 ans.

Ce constat suggère des besoins différents pour l'un et l'autre public.

Et comme l'affirme justement Monsieur BLOCH-LAINE<sup>14</sup>, il est impératif « de ne pas confondre les personnes handicapées vieillissantes et les personnes du 4<sup>ème</sup> âge. Placer une personne handicapée vieillissante dans une maison de retraite pour personnes âgées du 4<sup>ème</sup> âge revient à lui voler un âge de sa vie »

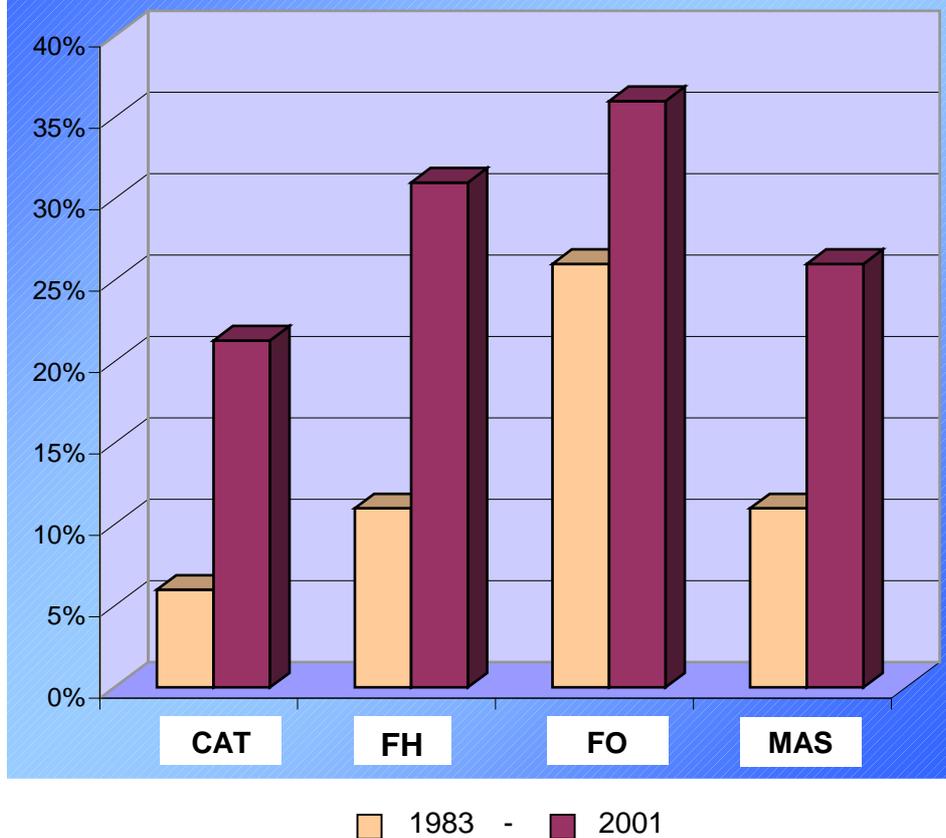
Par ailleurs, une enquête longitudinale de la DRESS menée entre 1983 et 2001<sup>15</sup> montre que le vieillissement de la population apparaît clairement dans l'ensemble des établissements pour adultes handicapés en l'espace de 18 ans.

---

<sup>14</sup> CCAPH. Les personnes handicapées âgées, où en est-on ? L'Harmattan, Paris, 2003.

<sup>15</sup> la dernière enquête de la DRESS a eu lieu en 2005 mais les informations ne sont pas publiées à ce jour.

**Part des plus de 45 ans dans les différents types d'établissements accueillant des adultes handicapés en 1983 et en 2001**



( Source Enquête ES-DRESS)

Depuis vingt ans, dans toutes ces catégories d'établissements pour adultes handicapés, les personnes les plus âgées représentent une part croissante de la population, réduisant d'autant la place offerte aux plus jeunes.

La tendance à l'inversion des âges est particulièrement sensible dans les MAS, les CAT (désormais dénommés ESAT) et les Foyers d'Hébergement. La situation dans les FO apparaît plus proche de l'équilibre, mais la tendance au vieillissement des populations est cependant clairement présente.

On note que les temps de présence ont eux aussi augmenté.

La proportion des personnes présentes dans les structures depuis plus de 20 ans augmente de manière continue.

Ces informations donnent à penser, d'une part, que le lieu de résidence choisi à l'âge adulte constitue une option durable sur plusieurs décennies, et d'autre part,

que l'avancée en âge des personnes vivant en un lieu donné réduit l'accès à ce lieu pour d'autres personnes qui, à situation identique à l'âge d'admission, pourraient avoir recours à un accueil institutionnalisé.

Ces constats indiquent en creux que l'avancée en âge modifie les besoins des personnes accueillies, obligeant les structures à faire évoluer leur offre de service.

## B) Les orientations politiques nationales

Depuis plusieurs années, l'amélioration de l'offre en structures d'accueil en faveur des personnes handicapées, et particulièrement en faveur des personnes handicapées vieillissantes fait partie des priorités gouvernementales.

Le plan pluriannuel 1999-2003 mis en œuvre par la circulaire n° 2000-443 du 11 août 2000 prévoyait deux séries de mesures :

- D'une part, des mesures visant au maintien ou au retour des personnes handicapées en milieu de vie ordinaire.
- D'autre part, des mesures visant à favoriser la création de places en établissements et services sociaux ou médico sociaux.

En outre, de récentes pistes ministérielles prévoient de réserver aux personnes handicapées vieillissantes 10% des places nouvelles créées en FAM et en MAS.<sup>16</sup>

---

<sup>16</sup> Revue Direction n°33, septembre 2006.

C) La situation au plan régional

Les données du répertoire STATISS<sup>17</sup> montre l'évolution des places installées au premier janvier de chaque année en PACA sur une période de vingt ans.

<b>Nombre de places installées</b>	<b>1983</b>	<b>1993</b>	<b>2003</b>
Places en Hébergement adulte	1748	4129	5507
Places en activité de Travail	3150	4363	7496

Par ailleurs, les places actuellement installées en FAM et MAS, établissements d'hébergement et de soins pour adultes handicapés, sont recensées comme suit par la DRASS :

	<b>04</b>	<b>05</b>	<b>06</b>	<b>13</b>	<b>83</b>	<b>84</b>	<b>PACA</b>	<b>FRANCE</b>
<b>Places de MAS</b>	46	45	235	450	213	162	1151	
<b>Taux</b>	0,63	0,68	<b>0,44</b>	0,45	0,44	0,60	<b>0,47</b>	<b>0,45</b>
<b>Places de FAM</b>	12	43	52	101	126	57	375	
<b>Taux</b>	0,16	0,41	<b>0,10</b>	0,10	0,26	0,21	<b>0,15</b>	<b>0,26</b>
<b>Total MAS/FAM</b>	58	72	287	551	339	219	1526	
<b>Taux</b>	0,79	1,10	<b>0,53</b>	0,55	0,70	0,81	<b>0,63</b>	<b>0,71</b>

Ces chiffres indiquent des progrès indéniables en matière d'accueil des adultes lourdement handicapés. Cependant les données publiées par la DRASS en février 2004<sup>18</sup> mettent en évidence le sous équipement global de la Région PACA. Le

<sup>17</sup> DRASS PACA Service Etudes et Statistiques- Statistiques et indicateurs se la santé et du social.

<sup>18</sup> Rapport de la DRASS PACA sur les orientations régionales pour la prise en charge des personnes handicapées dans la région PACA, février 2004.

déficit d'équipement en FAM est clairement énoncé et de façon encore plus sensible au sein du département des Alpes-Maritimes dont le taux d'équipement est inférieur à celui de la région PACA .

Par ailleurs, il ressort des travaux réalisés en vue de l'élaboration du schéma départemental en faveur des personnes handicapées des Alpes-Maritimes que :

« ...Le vieillissement des personnes handicapées est un thème récurrent dans les travaux de diagnostic du schéma départemental. (...)

Pour les personnes actuellement accueillies en établissement, on peut relever :

- Le défaut de médicalisation des établissements pour répondre aux besoins des personnes vieillissantes .
- Des placements en Maison de Retraite par défaut d'autres solutions (...) ».<sup>19</sup>

---

<sup>19</sup> Document de travail en vue de l'élaboration du schéma départemental en faveur des personnes handicapées, Conseil Général des Alpes-Maritimes, août 2006.

## CONCLUSION DE LA PREMIERE PARTIE

Ainsi, le fonctionnement actuel de l'institution et ses limites décrits précédemment, le manque avéré de structures capables d'accueillir des personnes handicapées et en particulier des personnes handicapées vieillissantes, créent une situation particulièrement opportune pour remodeler le projet de service du Foyer HORIZON 06. Cette perspective fait l'objet d'échanges soutenus entre l'Association et le Conseil Général.

Le département des Alpes-Maritimes ne dispose pas actuellement du schéma départemental d'organisation sociale et médico sociale relatif aux personnes handicapées<sup>20</sup>, cadré par la loi 2002-2 du 2 janvier 2002, qui a notamment pour objet d'apprécier la nature, le niveau et l'évolution des besoins de la population, de déterminer un bilan quantitatif et qualitatif de l'offre sociale et médico-sociale existante et de déterminer les perspectives et objectifs de développement de l'offre. En l'absence de cet outil de planification, les services du Conseil général, dans un rapport adressé à notre structure ont estimé que :

*« l'avenir de ce lieu de vie non traditionnel pourrait tout à fait garder ce caractère si le support offrait un service médicalisé ».*

Ils ont par ailleurs invité l'Association à « poursuivre sa réflexion sur l'adaptation de son fonctionnement » en tenant compte de cette perspective.

L'Association s'est alors engagée dans un projet de restructuration dont la procédure est actuellement en cours en vue d'un passage en CROSMS en 2007 . Ce projet constitue l'objet principal du développement de ma seconde partie .

---

<sup>20</sup> le schéma départemental relatif aux personnes handicapées est en cours d'élaboration dans les Alpes-Maritimes.

## **2 RESTRUCTURER HORIZON 06 EN FAM ECLATE POUR MAINTENIR LES RESIDENTS VIEILLISSANTS DANS DES CONDITIONS DE VIE A DOMICILE ADAPTEES A LEURS BESOINS**

« Les projets naissent à partir de structures existantes qui avec le temps ne correspondent plus aux attentes des acteurs, à l'événement ou tout simplement aux besoins des populations accueillies ». JM MIRAMON<sup>21</sup>

Cette inadéquation entre les besoins de la population accueillie et le projet initial est en effet au cœur du projet actuel de restructuration.

Toujours selon Monsieur MIRAMON, « tout projet suppose d'enclencher des processus de changement ».<sup>22</sup>

Le projet de restructuration décrit ci-après, proposera ainsi, dans l'intérêt des usagers, une organisation nouvelle au sein de l'institution.

### **2.1 La position associative et le choix affirmé du Foyer d'Accueil Médicalisé dans sa forme « éclatée »**

Le choix de restructuration du Foyer d'Hébergement en Foyer d'Accueil Médicalisé, affirmé par l'Association représente le résultat d'une position commune prise les différents acteurs.

---

<sup>21</sup> JM MIRAMON. Le métier de directeur, ENSP, Rennes, 2005.

<sup>22</sup> Ibid.

### **2.1.1 Une volonté de concertation affirmée**

La réflexion autour du projet de restructuration engagée depuis la fin de l'année 2005 est le fruit d'une concertation entre les salariés, les usagers et les administrateurs de l'Association, chacun reconnaissant les difficultés d'accompagnement des personnes accueillies auxquelles est confrontée l'institution.

Une fois la position clairement affirmée par l'Association de pérenniser un service adapté inscrit au sein d'un cadre de vie à domicile et correspondant à l'évolution des besoins de la population accueillie, une commission de travail a été constituée en vue de définir la forme d'accompagnement la plus appropriée.

Diverses formes d'accompagnements ont été étudiées, en particulier celles instaurées par les récentes réglementations relatives au SAMSAH et au SSIAD.

Cependant, l'adjonction d'un service médicalisé de type SAMSAH ou SSIAD n'a pas été retenu. En effet, le souci de l'Association comme des personnes accueillies d'intégrer le service médicalisé à la structure existante a prévalu.

Quant à transformer le foyer actuel en « Service », solution envisageable par la réglementation, cette perspective a été fermement écartée par l'Association. Celle-ci entend maintenir l'agrément « Etablissement », seul dispositif susceptible de garantir le service apporté 24 heures sur 24.

Après de nombreuses réflexions, discussions, prises de contacts auprès d'établissements confrontés à cette même problématique et en lien avec les financeurs qui ont participé à certaines réunions de la commission, cette dernière s'est prononcée en faveur de : **La restructuration du Foyer d'Hébergement en Foyer d'Accueil Médicalisé.**

Le dépôt du dossier au CROSMS est prévu pour mars 2007.

Toutefois, les décideurs associatifs et politiques ont bien mesuré le caractère singulier de ce Foyer d'Accueil Médicalisé « éclaté ». Aussi sera-t-il présenté au CROSMS à titre expérimental avec une demande d'agrément pour une durée de cinq ans.

En effet, aucun Foyer d'Accueil Médicalisé « éclaté » n'existe dans le département des Alpes-Maritimes et cette structure comportera quelques particularités par

rapport aux Foyers d'Accueil Médicalisés prévus dans les textes selon des formes « traditionnelles ».

Ainsi, pour préserver l'autonomie des personnes accueillies, leur participation sociale et leur proximité de leurs conditions de vie avec le monde ordinaire, les loyers des appartements continueront à être payés directement par les résidents au bailleur.

De même, la médicalisation du service devra permettre de répondre aux besoins amplifiés des usagers, tout en leur maintenant le choix de leurs intervenants médicaux et paramédicaux, à l'identique de la situation existante au sein du Foyer d'Hébergement.

Préserver leur choix de vie est et demeure la valeur fondamentale de notre Association.

### **2.1.2 La particularité du Foyer d'Accueil Médicalisé**

En 1986, pour répondre aux besoins d'adultes lourdement handicapés, il a été décidé de mettre en place un programme expérimental de création de Foyers à Double Tarification (FDT)<sup>23</sup>.

La loi 2002-2 du 2 janvier 2002 leur donne une reconnaissance officielle et une nouvelle appellation : Foyer d'Accueil Médicalisé.

- A) la tarification particulière du Foyer d'Accueil Médicalisé et ses conséquences en terme de prise en charge

La tarification particulière du FAM se compose comme suit :

Le versement du prix de journée par le Conseil Général engage l'établissement à optimiser les prestations liées à l'hébergement. Le budget global relatif aux soins versé mensuellement par la Sécurité Sociale permet d'assurer une surveillance médicale et / ou paramédicale accrue auprès des résidents.

---

<sup>23</sup> circulaire n°86-6 du 14 février 1986, bulletin officiel du ministère de l'Emploi et de la Solidarité n°86-12 du 30 avril 1986

De ce fait, le FAM peut accueillir une population dont le niveau de dépendance, constaté par la MDPH, nécessite une intervention et une assistance pour la plupart des actes essentiels de l'existence ainsi qu'une surveillance médicale et de soins soutenus.

Les personnes hébergées au sein de ce type de foyers souffrent de déficiences physiques ou mentales, ou sont atteintes de handicaps associés justifiant le renforcement de la prise en charge sanitaire associée à un hébergement social adapté.

#### B) La justification de ce choix

Au sein du Foyer HORIZON 06, le choix de l'agrément FAM sous une forme singulière, dans l'objectif de permettre un maintien dans des conditions de vie ordinaires des résidents, se traduit par la possibilité ainsi offerte d'un accompagnement plus adapté à des personnes dont la dépendance physique est importante, laquelle s'est sensiblement aggravée avec le temps, ainsi que je l'ai évoqué précédemment.

La présence infirmière, l'apport de professionnels issus du sanitaire, ajouteront à la prestation actuelle du service le suivi et la coordination médicale et paramédicale rendus nécessaires par la fragilité de santé des personnes handicapées vieillissantes.

La modification d'agrément permettra une diversité et une complémentarité des services apportés aux personnes.

Outre la diversité de qualification du personnel nécessaire pour répondre de manière adaptée aux besoins des résidents, la restructuration du foyer nécessitera également le développement de partenariats avec les Services de Soins Infirmiers à Domicile, les services de l'H.A.D , le GIHP etc ...

## **2.2 La reconfiguration du projet d'établissement, une élaboration dynamique à concevoir et soutenir dans la durée**

La restructuration de l'établissement et sa réorganisation impliquent la reconfiguration du projet d'établissement, référence institutionnelle qui définit la plate-forme contractuelle entre les résidents et les professionnels, mais aussi entre la structure et ceux qui la missionnent.

Jusqu'à la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico sociale, la « production » d'un projet d'établissement relevait de l'initiative des directions ou des organismes gestionnaires.

Aujourd'hui, cette loi l'impose à chaque établissement et l'article L311-8 du CASF dispose ainsi que :

« Pour chaque établissement ou service social ou médico social, il est élaboré un projet d'établissement ou de service qui définit ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité de ses prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement. Ce projet est établi pour une durée maximale de cinq ans après consultation du Conseil de la vie sociale ou, le cas échéant, après la mise en œuvre d'une autre forme de participation ».

Le projet d'établissement repose sur une élaboration dynamique des objectifs d'action sociale fixés par une institution au regard de sa philosophie, des missions qui lui sont confiées et vise à répondre le mieux possible aux besoins des usagers et aux attentes de l'environnement.

Il fait l'objet d'une formulation écrite à destination interne et externe.

Ce projet est lié à la vie et au développement de l'établissement, et exerce une fonction transitionnelle entre le passé, le présent et le futur de l'institution. Il est étroitement lié à la fonction de direction en ce qu'il conduit à anticiper, prévoir, planifier, coordonner, évaluer l'activité produite par la structure, et à travers elle, les services effectivement rendus aux personnes accueillies.

Je considère que la formalisation du projet représente un processus de réflexion et de mobilisation essentielle pour les acteurs professionnels, pour les usagers comme

aussi nos partenaires, en ce qu'ils sont destinataires potentiels de ce document de référence et à ce titre, susceptible d'être associés à sa conception.

Le travail autour de l'écriture du projet d'établissement sera donc le fruit d'une concertation menée avec l'ensemble des acteurs de terrain.

Le document relatif au nouveau service devra bien sûr intégrer la spécificité de l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes et poser le cadre de la nouvelle organisation que cette évolution entraîne. Il fera état des prestations offertes, des modalités d'admission au service, des procédures d'accueil et de suivi ainsi que des modalités de contractualisation des prestations entre les personnes accueillies, le Foyer d'Accueil Médicalisé et les partenaires sollicités pour mettre en œuvre le projet d'accompagnement et de soins personnalisés.

A l'issue du travail collectif de formalisation du projet, je présenterai le document au Conseil de la vie sociale et aux instances représentatives du personnel selon les modalités fixées avec ces instances.

Garante de la démarche d'élaboration et au final de la rédaction définitive de ce document, je serai en lien permanent avec le bureau de l'Association et soumettrai au Conseil d'Administration l'écrit définitif pour sa validation et sa diffusion interne et externe.

### **2.3 La stratégie relative à la conception du projet et l'accompagnement au changement**

La stratégie relève du domaine de la rationalité. Par la programmation du « comment faire » pour parvenir à la réalisation des objectifs, la mise en perspective des modalités d'action, des contraintes et des opportunités, les stratégies retenues tentent d'optimiser les ressources nécessaires à la finalisation de la mission essentielle confiée : la qualité de vie de la personne accompagnée.

En tant que directrice, je suis chargée de l'organisation de la structure mais aussi de son évolution dans le temps.

Si le projet change, l'organisation aussi doit changer. Pour autant, dans les semaines et mois à venir, le service continuera à fonctionner selon les critères d'un Foyer d'Hébergement. Il m'appartiendra pour un temps, à la fois de poursuivre le

projet dans le cadre du fonctionnement actuel et parallèlement, d'anticiper sur les changements prévisibles à l'horizon 2008.

Le projet de restructuration impulsé par l'Association fait corps avec la mission de management qui m'est confiée : conduire le changement dans les organisations de services fait partie intégrante de la mission du dirigeant. Je serai donc en charge tant de l'élaboration que de la mise en œuvre du nouveau projet de service d'HORIZON 06.

A la base de la re-conception du projet d'établissement le sociologue Joseph HAERINGER souligne qu' « il s'agit de problématiser, de formuler quelques hypothèses permettant à tous les acteurs de se saisir du changement comme d'une occasion pour débattre sur les options et les finalités engagées. Dans cette perspective, la dirigeance est cette capacité à réguler les logiques d'actions qui traversent l'espace institutionnel et à instaurer un processus de légitimation de l'œuvre collective ».<sup>24</sup>

Comme je l'ai décrit en première partie, l'Association gère un établissement unique et ce dernier dispose d'un seul poste de direction. Elle a donc pour toute expérience de projet celle constituée par sa démarche originelle, et par ailleurs, je ne pourrai me référer, dans ce processus, ni à des pairs associatifs ni à une équipe de direction.

Malgré ces faiblesses en moyens d'encadrement comme en pratique de projet, je souhaite néanmoins utiliser de manière optimale les ressources disponibles et mettre en œuvre un management participatif pour repenser l'organisation du service en fonction du nouvel agrément projeté.

Je concrétiserai cette forme de management par la constitution d'un comité de pilotage assorti de groupes de travail sollicités pour des tâches précises.

Ce dispositif de changement s'articulera donc autour de trois instances : la direction, le comité de pilotage, les groupes de travail.

Au vu de la dimension de la structure, il ne peut y avoir de comité de direction. Mon rôle est donc d'autant plus important dans l'engagement du processus : choix de la composition du comité de pilotage, des groupes de travail mais aussi

---

<sup>24</sup> Les cahiers de l'actif, n°314-317, page 221.

communication, explication de la démarche aux différents acteurs institutionnels et aux résidents.

Il m'incombera également la sélection d'un prestataire accompagnateur externe du processus global de la conception du volet « évaluation ».

La mise en place de mesures facilitant l'implication des acteurs et tout spécialement la mobilisation du personnel d'accompagnement devrait permettre la participation active du plus grand nombre de personnes à ce projet essentiel pour l'avenir de la structure.

### **2.3.1 La constitution d'un comité de pilotage et de groupes de travail au cœur de l'élaboration du projet**

La conception du projet est un acte important qui relève d'une analyse stratégique. Je veillerai à ce que le nouveau projet ne soit pas considéré comme « sanctionnant » un manque ou un déficit, mais s'inscrive dans une démarche dynamique, ouverte et positive, mobilisant les équipes, les usagers, les partenaires.

Le comité de pilotage constitué en mars 2006 est composé de la façon suivante :

- Deux représentants de l'Association, désignés au sein du Conseil d'Administration (hormis le Président et les représentants des usagers).
- Un représentant usager élu au Conseil de la vie sociale et deux autres résidents désignés par leurs pairs.
- Deux représentants du personnel, désignés par les professionnels.
- Un membre du personnel que j'ai choisi.
- Un directeur d'établissement social et médico social, adhérent de l'Association que j'ai sollicité au titre d' « expert ».

Pour ma part, j'anime ce comité de pilotage et suscite toutes les initiatives et collaborations qui me paraissent et me paraîtront utiles à la réalisation de cette partie essentielle de ma mission pour les deux à trois ans à venir.

Le Président de l'Association qui ne fait pas parti des membres, afin de préserver sa liberté de décision, peut néanmoins participer à l'une ou l'autre réunion, soit à sa demande, soit sur la sollicitation du comité de pilotage.

Il est personnellement informé de l'avancement des travaux et appelé à faire connaître ses positions chaque fois que nécessaire pour permettre au projet de se construire efficacement.

La fréquence des réunions de cette instance de travail est actuellement mensuelle. L'échéance du dépôt du dossier au CROSMS durant la fenêtre ouverte du 1<sup>er</sup> mars au 30 avril 2007 m'incite à optimiser ce délai dont je dispose, mais cette fréquence sera peut-être moins soutenue pour la séquence allant de l'agrément administratif à la mise en place effective du nouveau service.

De manière idéale, je souhaiterais que le comité de pilotage constitué soit constant durant son existence. Celle-ci va de sa création actuelle à la première évaluation de fonctionnement du FAM, c'est-à-dire à l'issue d'une première année de fonctionnement.

A l'issu de chaque réunion, un compte rendu de séance est réalisé par un membre du groupe et transmis à chacun. Cette pratique permet à chaque membre de fixer les avancées du moment et de garder collectivement en mémoire le chemin parcouru.

Le comité de pilotage a, je l'ai dit, un rôle clé dans la conduite de la démarche.

Il est mon instance de référence tout le long du projet et je soumetts à sa réflexion l'ensemble des décisions stratégiques que nécessite l'avancée de la démarche collective.

Ce comité a pour fonction essentielle :

- De m'aider à concevoir la méthode de travail collectif (constitution de groupes de travail, définition des tâches à traiter lors des séquences de travail, fixation des délais de réalisation impartis pour chacune des tâches assortis de points de contrôle afin d'éviter tout risque de retard, ou de permettre des réajustements).
- De valider au fur et à mesure les différentes études réalisées par les groupes de travail.

Les groupes de travail dont la durée de vie est limitée à la tâche définie par le comité de pilotage sont constitués sur la base du volontariat. Ils sont ouverts aux usagers, salariés, voire à des partenaires utiles en fonction de la tâche spécifique confiée à chaque groupe. Des membres experts peuvent être nommés chaque fois que nécessaire.

Un nombre de cinq à sept personnes par groupe de travail me paraît optimal, à la fois pour permettre un échange effectif, faciliter les productions attendues mais aussi répartir les forces dont nous disposons.

Ces derniers sont animés par un membre du comité de pilotage .

J'ai organisé cette démarche de projet autour d'un plan d'action accompagné d'un calendrier prévisionnel de réalisation identifiant d'une part, la désignation des actions à mener, et d'autre part la liste des tâches nécessaires à la réalisation de ces actions.

Cette liste des tâches a été définie et planifiée sous forme de tableau par le comité de pilotage afin de permettre :

- La détermination de toutes les tâches nécessaires à la réalisation des actions.
- L'identification des acteurs à mobiliser.
- La planification des emplois du temps du personnel.

Je le compléterai et l'actualiserai régulièrement en vue d'assurer :

- La communication à l'ensemble du personnel et des usagers du calendrier général de la conduite de projet.
- Le suivi du degré d'avancement du projet.

J'attache une importance particulière à la planification de ces étapes de conception. En effet, la fixation d'échéances doit créer une « tension » positive rappelant à chacun la nécessité de respecter les obligations de production et d'en maîtriser la programmation.

### **2.3.2 Favoriser l'implication de l'ensemble des acteurs**

Le changement repose sur la construction d'un nouveau cadre de pensée.

Une perception commune de l'ensemble des acteurs de l' « obligation de changer » la forme de l'organisation est nécessaire pour impliquer les professionnels comme les usagers dans ce mouvement .

A cet effet, en dehors du comité de pilotage et des groupes de travail, je devrai être attentive à rappeler à l'ensemble des acteurs les enjeux de la situation, le but poursuivi, l'intérêt du changement prévu et indiquer précisément en quoi le changement escompté répondra mieux aux besoins de chacun. Il me faudra également prendre en compte les peurs et réduire au minimum les éventuelles conséquences négatives du changement.

De même, pour expliquer et étayer la démarche auprès des usagers, des familles et des personnels, j'organiserai des réunions d'information, par exemple avec un intervenant expert ou un membre du comité de pilotage.

Ces rencontres seront l'occasion pour chacun d'obtenir des réponses à ses interrogations et de réduire ses craintes à l'égard des transformations à venir.

Je veillerai ainsi à ce que chaque acteur soit informé et comprenne parfaitement le sens du projet et le déroulement des différentes étapes.

Mais un aspect essentiel concerne en particulier l'implication du personnel à l'élaboration du nouveau projet.

### **2.3.3 Mobiliser le personnel**

Depuis la création du Foyer HORIZON 06, les prestations offertes aux résidents sont réalisées par des auxiliaires de vie sociale.

Le nouvel agrément générera une nouvelle distribution des tâches et l'arrivée de personnels diversement qualifiés. Le risque existe de voir ce changement, pourtant attendu, entraîner des incompréhensions voire des rivalités. La participation active des personnels actuels à l'évolution de la structure est une condition de la réussite du changement à venir, et une forme d'anticipation sur les pratiques pluridisciplinaires qui caractériseront le futur service.

J'identifie plusieurs points de vigilance : personnels anciens, personnels difficilement re-qualifiables en aides soignants ou aides médico-psychologiques etc...

En conséquence, il m'appartient :

- De formuler clairement les orientations auprès de l'ensemble des salariés.
- D'explicitier les enjeux des groupes de travail évoqués précédemment.
- De favoriser les espaces d'échange et la prise en compte de la parole des salariés.

Compte-tenu du petit nombre de salariés , toutes les rencontres institutionnelles sont et seront mises à profit pour permettre l'expression de chacun d'entre eux.

Dans ce processus de changement, la qualité de **la communication** joue un rôle fondamental. Elle garantira l'implication des personnes et la contribution de chacun à l'œuvre commune.

A titre indicatif, une réunion d'information générale de l'ensemble des salariés a eu lieu deux semaines après la première réunion du comité de pilotage dans l'objectif de signifier institutionnellement l'engagement de l'établissement dans le projet, d'indiquer la méthode de travail retenue (le choix des instances de travail, le calendrier et les échéances fixées). Cette rencontre s'est révélée fructueuse.

Pour maintenir une implication optimale des équipes sur un objectif de progrès continu, j'utiliserai des supports de communication diversifiés et déjà familiers : note de service, lettre d'information mensuelle jointe à la feuille de paie ou encore article dans le journal interne.

J'envisage également de m'appuyer sur des supports de communication externes (presses et radios locales, manifestations organisées par l'Association etc...), pour valoriser le processus d'évolution engagé par la structure.

## **2.4 L'estimation des ressources nécessaires**

Au vu des travaux des groupes et consultations réalisées, je suis d'ores et déjà en mesure d'établir une estimation des ressources humaines nécessaires afin de mener à bien et de façon cohérente le projet. Il m'est donc également possible d'en apprécier l'impact budgétaire.

### **2.4.1 L'estimation quantitative et qualitative des ressources humaines nécessaires au Foyer d'Accueil Médicalisé**

Les premières réflexions transmises au comité de pilotage par le groupe de travail en charge de l'estimation des ressources humaines ont fait apparaître des besoins tant internes qu'externes à la structure.

En effet, dans son compte rendu le groupe de travail a mis en avant la nécessité de pouvoir intervenir à plusieurs niveaux, à savoir :

- L'aide humaine relative aux actes de la vie quotidienne.
- Le suivi de santé des résidents, c'est-à-dire les soins et la coordination des interventions de soins.
- L'accompagnement social des personnes comprenant les déplacements extérieurs, la médiation sociale, l'aide aux démarches administratives ou autres actes de la vie sociale ...

Je précise qu'il est parfois difficile d'établir une distinction nette entre l'aide humaine aux actes de la vie quotidienne et les soins. C'est le cas des toilettes par exemple, voire de certaines aides à l'alimentation. De plus, les résidents ne souhaitent pas ce cloisonnement aide humaine/soins. D'où l'importance de mettre en place une équipe pluridisciplinaire et coordonnée permettant de répondre à la fois en terme d'aide aux actes essentiels de la vie et en terme de soins au sens du « nursing » (et non d'actes thérapeutiques caractérisés). Le principe retenu serait donc de constituer des équipes mixtes d'accompagnants faisant la place aux interventions des auxiliaires de vie sociale, celles des aides soignants et des aides médico-psychologiques.

A) Sur le plan interne à la structure

Ne pouvant utiliser la grille AGGIR (outil essentiellement destinée à l'évaluation de l'autonomie des personnes âgées) faute d'équipe qualifiée à cet effet, et en l'absence de tout autre outil « officiel » de mesure de la dépendance des usagers, l'évaluation des besoins, leur évolution et l'estimation induite du personnel nécessaire ont été établies sur la base de la grille d'évaluation des besoins complétée par le résident, une responsable de site et moi-même. J'ai décrit cette grille en première partie.

D'autres moyens internes (questionnaires, réunions, entretiens avec les résidents) ont également été utilisés.

Ont ainsi été estimées au plus près des besoins, les ressources humaines relatives aux actes de la vie quotidienne, au suivi de santé, à la médiation sociale, aux transports.

a) *Les actes de la vie quotidienne*

Ces actes sont nécessaires jour et nuit mais la charge supplémentaire d'interventions concerne principalement les interventions de jour.

La situation actuelle relative aux interventions de jour fait apparaître la nécessité d'une augmentation de ces interventions estimée à 10%, ce qui représente globalement 1,6 équivalents temps plein d'accompagnant supplémentaire.

Actuellement 16 équivalents temps plein d'auxiliaires de vie sociale sont affectés à des interventions de jour et un équivalent temps plein d'auxiliaire de vie sociale est affecté à une fonction de responsable de site. Dans le cadre du projet de restructuration, ce dernier intègrera l'effectif d'interventions de jour, ce qui portera cet effectif à 17 équivalents temps plein. Il conviendra donc de créer 0.6 équivalent temps plein.

Dans le cadre du nouveau projet, je propose une répartition de ces 17.6 ETP comme suit :

- 12,6 ETP d'auxiliaires de vie sociale.
- 2 ETP d'aides médico-psychologiques.
- 3 ETP d'aides soignants.

La formation et l'approche professionnelle de ces personnels diffèrent mais tous concourent au bien-être quotidien des résidents :

\* L'auxiliaire de vie sociale a un rôle de soutien et d'accompagnement social. Il épaulé et assiste les résidents en leur apportant une aide professionnelle dans l'accomplissement des tâches et activités de la vie quotidienne.

\* L'aide médico-psychologique accompagne la personne handicapée afin de lui faciliter la vie quotidienne. L'intérêt de la présence de l'aide médico-psychologique au sein de l'équipe consiste en ce que ce métier se situe à la frontière du médical et du social : il intervient tant au niveau des soins que des activités de loisirs, de la prise en charge éducative de l'adulte handicapé dépendant. Il met en place des activités manuelles afin de stimuler l'usager, développer ses compétences motrices, l'inciter à communiquer ou tout simplement se distraire.

\* L'aide soignant effectue les actes de nursing, gère la continuité des soins et assure la sécurité des personnes.

Dans le nouveau projet, les aides humaines de jour sont ainsi apportées par les auxiliaires de vie sociale, les aides médico-psychologiques et les aides soignants. L'approche pluridisciplinaire permettra progressivement une interpénétration des savoirs et savoir-faire de ceux que nous appelons d'un terme générique les « accompagnants du quotidien ».

L'analyse des besoins de nuit met en évidence la nécessité de faire appel à un personnel plus qualifié dans le registre sanitaire. L'équipe de nuit actuellement composée de 4 équivalents temps plein d'auxiliaires de vie sociale sera modifiée, la qualification d'aides soignants sera requise pour ces postes.

En effet, par sa formation sanitaire l'aide soignant me semble mieux positionné en terme de compétences (relatives aux soins d'hygiène, à l'installation et à la surveillance des adultes handicapés) pour gérer les actes de nursing de la nuit. La santé et le bien-être des résidents nécessitent des retournements réguliers afin de prévenir les escarres, gestes que l'aide soignant est plus en capacité de faire efficacement.

Les personnels actuellement en poste de nuit se verront proposer l'accès à une qualification d'aide-soignant, ou bien une autre affectation dans l'organigramme de la structure.

Je traiterai de façon plus approfondie ce sujet dans la partie afférente au redéploiement et au recrutement du personnel.

*b) Le suivi de santé*

Afin d'assurer un suivi de santé aux personnes handicapées vieillissantes, il est envisagé de recruter une infirmière coordinatrice à temps plein ainsi qu'un médecin à hauteur de 0,15 équivalent temps plein.

Ce médecin ne sera pas prescripteur mais la personne de référence de la dimension soignante du service et à ce titre, garant de la qualité du suivi de santé des résidents :

- Il sera le référent permanent de l'infirmière et exercera une fonction d'explication du suivi de santé des résidents auprès du personnel de l'établissement.
- Il constituera le lien privilégié de l'établissement avec les praticiens extérieurs et établissements de soins notamment dans le cadre d'hospitalisation ou de suivi d'intervention.
- Il pourra, le cas échéant, être interpellé par les usagers du foyer au titre de conseil.

Sous l'autorité du médecin de l'établissement, l'infirmière sera essentiellement chargée de la coordination des soins apportés aux résidents par l'ensemble des intervenants médicaux et para médicaux libéraux. C'est sous la responsabilité de celle-ci et en référence à ses indications que seront réalisés les soins et l'accompagnement quotidien des aides soignants, aides médico psychologiques et auxiliaires de vie sociale .

Ce positionnement, en terme de suivi de santé permet un service optimisé rendu au résident tout en lui laissant le libre choix de l'intervenant médical et paramédical pour les actes de soins ou de rééducation qui lui sont nécessaires. Cette valeur, essentielle à HORIZON 06 est ainsi préservée.

c) *L'accompagnement social*

L'accompagnement social des résidents revêt une double dimension : les prestations de transport et la médiation sociale.

La prestation transport actuellement offerte sera recentrée sur son aspect socio-culturel. Les transports médicaux seront désormais orientés vers des transports spécialisés et pris en charge directement par la sécurité sociale au titre des droits ouverts par le bénéficiaire.

L'emploi à mi-temps sous forme de contrat aidé et financé sur le budget propre de l'Association intégrera les effectifs de l'établissement afin de fidéliser ce salarié en stabilisant son contrat et escompter par là-même une amélioration du service rendu aux usagers.

Des conventions avec des associations disposant d'un service de transports adaptés aux personnes à mobilité réduite seront établies afin d'optimiser cette prestation.

En ce qui concerne la médiation sociale, nouvelle prestation offerte aux résidents, un poste de conseiller en économie sociale et familiale sera créé. Outre la fonction de médiation d'éventuels conflits de voisinage, la personne à qui sera confié ce poste aura également pour mission d'apporter du conseil aux résidents et, le cas échéant à leurs accompagnants pour tout ce qui a trait à l'organisation de la vie quotidienne. Ses divers champs de compétence autorisent à l'interpeller sur le plan alimentaire, voire pour un suivi des résidents au plan diététique, pour l'organisation budgétaire, l'aménagement du cadre de vie...

Ces interventions de conseil se feront sur le mode de la consultation à l'initiative du résident, voire de son ou ses accompagnants mais aussi, sous forme d'ateliers collectifs favorisant la communication sociale et le partage des difficultés rencontrées.

B) La nouvelle configuration du tableau des effectifs

<b>GROUPE</b>	<b>FONCTION</b>	<b>HEBERGEMENT</b> En équivalent temps plein (Prise en charge Conseil Général)	<b>SOINS</b> En équivalent temps plein (Prise en charge C.R.A.M)
<b>Administratif</b>	- Directeur	1	
	- Secrétaire	1	
<b>Services Généraux</b>	- Chauffeurs	1,5	
<b>Soins</b>	- Médecin		0,15
	- Infirmier		1
<b>Accompagnement du quotidien</b>	- Aides soignants jour		3
	- Aides soignants nuit		4
	- Aides médico- psychologiques	2	
	- Auxiliaires de vie sociale	12,6	
<b>Accompagnement social/ médiation</b>	- C.E.S.F	1	
<b>TOTAL</b>		<b>19,1</b>	<b>8,15</b>

Cette nouvelle organisation fait état de 27,25 ETP, ce qui représente 3,25 ETP supplémentaires en comparaison à celle du Foyer d'Hébergement actuel.

Cet accroissement du nombre de postes porterait le taux global d'encadrement à 1,30 dont 0,91 pour l'hébergement et 0,39 pour les soins.

L'évolution quantitative et qualitative du pool d'encadrement du Foyer d'Accueil Médicalisé correspond aux besoins et attentes formulées par les usagers et les professionnels.

La présence limitée de personnel médical et paramédical s'explique par la volonté clairement affirmée par l'Association de maintenir les interventions des personnels médicaux et paramédicaux extérieurs à la structure, choisis librement par les usagers, afin de rester au plus près de ses valeurs fondatrices, et des souhaits émis par les résidents.

Cela étant, ce ratio global d'encadrement se situe à la moyenne haute des Foyers d'Accueil Médicalisés mais s'explique par la petite taille de la structure d'une part, et par la particularité du Foyer HORIZON 06 et l'individualisation du service apporté au sein de l'appartement de chaque résident d'autre part. Le choix de l'individualisation complète (aucun service n'étant collectif) a un coût.

Je propose ici une estimation globale des besoins et des ressources à mobiliser pour y satisfaire, mais nous savons que l'accompagnement sera plus ou moins soutenu en fonction des personnes. Les variations sont difficiles à apprécier aujourd'hui mais devront être nécessairement appréhendées dans le cadre de l'évaluation des services rendus instaurée par la loi 2002-2 du 2 janvier 2002.

### C) Sur le plan externe à la structure : Le développement du partenariat

Le dictionnaire Petit Robert définit le partenaire, dans un premier temps, comme un terme de jeu : « Personne avec qui l'on est allié avec d'autres joueurs », puis par extension « personne associée à une autre pour faire quelque chose » .

Dans l'action médico-sociale, le partenariat est une méthode de traitement des situations, des problématiques, des dossiers négociés dans le cadre d'accords contractuels formalisés dans les contrats ou conventions.

Le partenariat se fonde sur l'identification précise des zones de compétence.

La réussite des partenariats à établir sur le plan des soins et des transports dans le cadre de ce projet supposera donc pour chaque partenaire la reconnaissance de sa zone de compétence, la non remise en cause de cette dernière, et le respect des règles contractuelles ou conventionnelles négociées.

L'estimation des ressources humaines externes à la structure a trait aux prestations de soins infirmiers ou paramédicaux et au service de transports.

Du fait de l'aggravation des déficiences des usagers, les interventions des services de soins infirmiers à domicile deviennent dans certaines situations nettement insuffisants. Je souhaite donc développer un réseau de ressources pour assurer une prise en charge à la hauteur des besoins des personnes.

Nous ne pouvons intervenir sur le niveau d'équipement des cabinets libéraux ou des SSIAD mais, par le jeu de conventions établies avec les cabinets de soins infirmiers

et autres intervenants libéraux, nous pouvons renforcer la collaboration régulière de ces derniers avec notre structure.

Ces conventions permettront effectivement d'assurer une meilleure coordination de leurs services avec les interventions de notre personnel.

Le confort des résidents et leur sécurité s'en trouveront par là-même optimisés.

Au plan des transports, dans un premier temps la signature de conventions avec des associations disposant de services de transports spécialisés tel le GIHP 06 et l'Association de services à domicile Azur Développement Services avec lesquels HORIZON 06 entretient déjà des relations privilégiées, permettront une amélioration de cette prestation moyennant une participation financière négociée, raisonnable et abordable.

Si la réponse aux besoins des usagers demeure insuffisante, il conviendra, dans un second temps, d'envisager une collaboration régulière avec des entreprises de transports sanitaires.

#### **2.4.2 L'impact du projet en matière budgétaire**

Le projet de restructuration n'entraîne aucune modification, ni sur le plan de l'équipement, ni sur le cadre bâti. Par conséquent, il n'implique aucune incidence sur la section investissement du budget du futur foyer.

Quant à l'impact budgétaire de la restructuration sur la section exploitation, il est directement lié à l'augmentation des charges en personnel (salaires et charges).

Le budget prévisionnel de fonctionnement du Foyer d'Accueil Médicalisé présente un montant total de charges s'élevant à 1.073.329 Euros dont 820.545 Euros pour la partie hébergement et 249.784 Euros pour la partie soins.

L'estimation des dépenses afférentes aux groupes fonctionnels I (exploitation courante), II (personnel), III (structure) conformément au décret 2003-1010 du 22 octobre 2003 relatif à la gestion budgétaire, comptable et financière et aux modalités de financement de la tarification, permet le calcul de deux prix moyens sur l'année relatifs à la section hébergement et à la section soins.

**La section hébergement**<sup>25</sup> financée par le Conseil Général prend en compte les frais liés à l'hébergement (hormis les frais de loyers, de restauration et produits d'entretien à la charge de l'usager), notamment les frais liés au personnel non médical, les services de maintenance, etc...

En produits viennent en déduction 145.000 Euros qui correspondent au reversement de 70% de l'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne perçue par les usagers prévu par le Règlement Départemental d'Action Sociale.

**La section soins**<sup>26</sup> financée par l'Assurance Maladie est essentiellement destinée à couvrir les frais relatifs au personnel médical et soignant.

Ces tarifs journaliers sont établis sur la base de 6930 journées correspondant à une activité de 90% :

365 jours – 36 jours d'absence = 329 jours

329 jours x 21 résidents = 6930 journées

Au total, le coût total journalier à la personne s'élève à 131,38 Euros soit une augmentation de 19,8% par rapport au Foyer d'Hébergement (qui s'élève à 110 Euros) et se répartit comme suit :

- 96,90 Euros par jour pour la partie Hébergement
- 36,48 Euros par jour pour la partie Soins

Le forfait soins se situe en-deça de celui d'un Foyer d'Accueil Médicalisé traditionnel, mais s'explique par le fait qu'il ne correspond pas à la totalité des dépenses de soins afférentes aux personnels médicaux et paramédicaux financées par la Sécurité Sociale. Cette dernière financera par ailleurs les prestations des intervenants extérieurs à la structure (kinésithérapeute, infirmière libérale, médecin traitant , etc...)

---

<sup>25</sup> Annexe 2 : Budget prévisionnel en année pleine présenté en groupes fonctionnels relatif à la section hébergement.

<sup>26</sup> Annexe 3 : Budget prévisionnel en année pleine présenté en groupes fonctionnels relatif à la section soins.

## **2.5 La mise en œuvre du projet**

Dans l'hypothèse formulée d'un avis favorable du CROSMS lors de l'étude de notre dossier en septembre 2007 et ainsi de la délivrance d'un agrément FAM, il conviendra alors de mettre concrètement en œuvre le projet conçu pour un fonctionnement prévu courant 2008.

Plusieurs pans du projet me mobiliseront durant la période intermédiaire allant de l'obtention d'agrément à l'ouverture effective du FAM. Le redéploiement et le recrutement des personnels constituent un facteur clé de réussite de la transformation du foyer. J'y porterai donc une attention particulière.

En lien à cette étape de recrutement et de redéploiement, le plan de formation constituera un autre pôle de réflexion également essentiel.

Parallèlement à cela, la préparation des outils prévus par la loi du 2 janvier 2002 nécessitera un travail important pour lequel des groupes de travail seront mandatés par le comité de pilotage.

De même, il y aura lieu de négocier et de formaliser les conventions de partenariats évoquées en amont.

Enfin, la démarche d'amélioration de la qualité et le processus d'évaluation des services rendus par la structure, élément final mais néanmoins primordial du nouveau projet nécessitera une attention soutenue et une mobilisation particulière de tous les acteurs.

### **2.5.1 Le redéploiement et le recrutement des personnels**

L'accompagnement de personnes lourdement handicapées et vieillissantes nécessite un encadrement compétent et motivé.

Pour recomposer les équipes et renforcer l'encadrement actuel, deux modalités seront retenues : le redéploiement de postes actuels et le recrutement externe.<sup>27</sup>

---

<sup>27</sup> Annexe 4 : Tableau de ventilation des effectifs dans le cadre de la restructuration du Foyer d'Hébergement en Foyer d'Accueil Médicalisé.

#### A) Repérer l'émergence des compétences en vue du redéploiement

Dans le cadre de la restructuration du Foyer d'Hébergement en Foyer d'Accueil Médicalisé, je vais devoir procéder à la transformation de postes d'auxiliaires de vie sociale en postes d'aides soignantes et d'aides médico-psychologiques .

Pour ce faire, je favoriserai le redéploiement des ressources internes, d'autant qu'aucun départ à la retraite n'est prévu dans les années à venir, en repérant l'émergence des compétences professionnelles des salariés et en leur permettant d'accéder aux formations requises.

Cette phase est essentielle pour la réussite du projet et requiert toute mon attention. Plusieurs auxiliaires de vie sociale actuellement en poste au Foyer HORIZON 06 se renseignent déjà sur ces redéploiements, s'informent et manifestent leur intérêt sur les formations d'aides soignants, d'aides médico-psychologiques ou les modalités d'obtention de l'un ou l'autre diplôme par la voie de la validation des acquis et de l'expérience.

Le recours à la validation des acquis et de l'expérience permettra par ailleurs de promouvoir une dynamique interne valorisante et de réaliser la mutation dans des conditions économiques intéressantes.

A ce stade du projet, je m'attache, au-delà de la nécessaire qualification professionnelle, à l'émergence de la compétence des salariés et de leurs intérêts, en utilisant notamment les données recueillies lors des entretiens annuels d'évaluation qui sont assortis d'un volet formation. J'envisage également de procéder à des évaluations spécifiques qui viendront compléter les évaluations annuelles du fait des opportunités de carrières induites par le projet de restructuration.

#### B) L'étape des recrutements externes des personnels

Cette étape est tout aussi importante que la précédente. Elle me conduira à établir des critères de sélection clairement définis et à les vérifier dans le cadre de mon outil de sélection : l'entretien d'embauche. Cet outil doit me permettre de limiter les risques d'erreur de recrutement.

L'entretien de recrutement est clairement distinct des autres formes d'entretien comme celle de l'évaluation annuelle. Son objectif est de rencontrer quelqu'un en vue de son éventuelle intégration à une équipe existante.

Echanger avec lui à partir des informations contenues dans son dossier de candidature comme des informations relatives au projet devra me permettre de cerner les motivations du candidat, d'apprécier son expérience professionnelle, de vérifier ses compétences techniques ainsi que l'adéquation de ses valeurs et convictions à la culture de l'Association.

Au delà de la qualification et de l'expérience professionnelle, l'adhésion du candidat au projet de service constituera un facteur déterminant pour une éventuelle embauche. L'intégration de la personne et la cohésion des équipes professionnelles exigent en effet un socle de références communes et partagées.

Je n'aurai par ailleurs aucun critère de recrutement fondé sur le sexe et je serai attentive à ne procéder à aucune discrimination (telle la parité hommes /femmes).

Toutefois, l'équipe actuelle étant essentiellement féminine, je suis favorable à ce que la mixité soit renforcée au sein des équipes d'accompagnants. L'effort physique généré par l'aide aux actes quotidiens serait mieux partagé si quelques hommes pouvaient intégrer ces équipes de travail.

Afin d'optimiser le résultat de ces opérations, je ferai appel aux membres du Conseil d'Administration expérimentés en matière de recrutement pour m'aider à élaborer cette procédure et participer éventuellement à certains entretiens d'embauche.

### **2.5.2 La formation du personnel**

La perspective d'un nouveau fonctionnement de la structure m'invite à réfléchir à « l'accompagnement des accompagnants » dans la réalisation de ce projet.

Cette question de l'accompagnement passe par un outil essentiel qu'est la formation. Formation qualifiante des agents actuels d'une part, perfectionnement professionnel continu de tous les agents du futur foyer médicalisé d'autre part, sont les deux volets du plan de formation à construire.

Le plan de formation a pour objet de définir les types de formations nécessaires pour l'année, voire les deux ou trois ans à venir.

#### A) La formation qualifiante et la validation des acquis et de l'expérience

Afin de permettre les redéploiements de certains postes d'auxiliaires de vie sociale en aides soignants et aides médico-psychologiques, des formations qualifiantes seront prévues à cet effet sur les plans 2007 et 2008. Néanmoins, le fonctionnement du Foyer d'Accueil Médicalisé est prévu en cours d'année 2008. Aussi, pour ne pas entraver le bonne organisation du service et afin de respecter le budget alloué à la formation, les agents n'ayant pas pu finaliser leur formation à cette date exerceront dans l'emploi prévu en qualité de « faisant fonction ». Par ailleurs, pour être en capacité de faire face à ces coûts, en accord avec les représentants du personnel, dès 2006 le budget formation a mis en perspective les évolutions structurelles du foyer et les formations futures. De même, une négociation a eu lieu avec l'OPCA afin de reconduire une partie des fonds mis à disposition en 2006.

Dans ces plans de formations à venir, la validation des acquis et de l'expérience représentera une voie qualifiante privilégiée. Afin de faciliter l'accès à ce dispositif, je veillerai à ce que les salariés soient accompagnés dans leur démarche, parfois lourde sur un plan administratif.

#### B) La formation continue

Depuis des années les auxiliaires de vie sociale bénéficient d'un soutien mensuel par le biais d'une formation, animée par une psychologue, qui a trait à l'analyse de leurs pratiques professionnelles. Dans les groupes d'analyse des pratiques, la visée du travail est avant tout réflexive. D'un mois à l'autre, les participants dégagent avec leur formateur les principaux axes de travail à venir tant au niveau des thèmes à explorer que les modalités de travail à mettre en œuvre. Au vu des bilans réguliers effectués auprès des salariés par un questionnaire de satisfaction, permettant ainsi leur expression personnelle et outil d'évaluation efficace de formation, il me paraît opportun de poursuivre cette action. En effet, échanger les regards que l'on porte sur les résidents paraît tout à fait essentiel.

Cependant, demain la mission spécifique du foyer centrée sur l'accompagnement de personnes handicapées vieillissantes implique de réfléchir à des formations également collectives et transversales mais spécifiques au vieillissement des résidents et à l'accompagnement de fin de vie.

En effet pour des professionnels, l'intervention auprès d'adultes handicapés vieillissants ne va pas de soi compte tenu des caractéristiques de cette population. Un décalage apparaît entre l'accompagnement des résidents au quotidien et la formation professionnelle initiale dispensée.

Le vieillissement des résidents est une réalité qui s'installe et qui peut déstabiliser un professionnel dont l'une des valeurs induite par le discours socio-éducatif est la recherche de l'autonomie de la personne accompagnée.

De même, la formation professionnelle initiale ne prépare pas, ou peu, au décès du résident, à l'accompagnement humain de ce passage, pas plus qu'au travail de deuil qui sera à faire par chacun.

Au delà des impacts affectifs liés au vieillissement, à la fin de vie repris en analyse des pratiques professionnelles, le prochain plan de formation intégrera des modules de formation traitant de ces questions spécifiques ouverts à l'ensemble des professionnels.

Dans un objectif de limite des coûts et de richesse des échanges entre professionnels, j'envisage de traiter ces modules de formation d'accompagnement en fin de vie en partenariat avec une Maison d'Accueil Spécialisée dans laquelle s'est ouvert en 2005 une unité pour adultes handicapés vieillissants. Le personnel de cet établissement suit régulièrement des formations en commun avec nos salariés, telle celle relative aux gestes et postures à réaliser pour les soins de tous les jours, et parfois celle relative à l'analyse des pratiques professionnelles.

Le choix de recourir à une prestation de formation commune aux deux structures avait déjà été fait pour ces mêmes raisons les années précédentes.

Je peux donc m'appuyer sans hésiter sur ce partenariat.

### **2.5.3 Une dynamique à stimuler lors de la préparation des outils de la loi 2002-2**

La loi 2002-2 du 2 janvier 2002 fait état de nombreux outils désormais réglementaires, qui permettent de se poser plus concrètement la question de ce que l'on fait, de la raison pour laquelle on le fait. Ils aident à donner du sens aux projets, à l'action.

Il conviendra de mener une réflexion commune pour l'élaboration de ces outils, et, comme pour la réflexion collective relative au nouveau projet de service, associer des représentants des usagers au sein des groupes de travail.

Le livret d'accueil, le contrat de séjour, le règlement de fonctionnement constituent une palette de dispositifs visant à permettre une meilleure prise en compte de l'utilisateur, de ses besoins et ses attentes.

La mise en œuvre du projet implique une révision des outils déjà en place et la conception ou l'appropriation de certains dont nous n'avons pas encore établi l'usage.

#### **2.5.4 Processus d'évaluation des services rendus aux résidents**

Étymologiquement évaluer signifie donner de la valeur à un objet donné.

Il convient donc d'une part, de circonscrire un objet et d'autre part, de déterminer la mesure qui permettra d'attribuer la « valeur » à la chose.

L'évaluation procède de la volonté de garantir à tout usager le meilleur service possible et s'inscrit depuis peu dans la législation relative à l'action sociale.

La loi 2002-2 du 2 janvier 2002 prévoit « l'évaluation de l'activité des établissements et de la qualité des prestations qu'ils délivrent... » selon l'article 1.312-8 du CASF.

Aux termes de cette loi, les établissements et services doivent procéder à une évaluation interne de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent, au regard notamment de procédures, de références et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles validées par le conseil national de l'évaluation.

Les résultats de l'évaluation sont communiqués tous les cinq ans à l'autorité ayant délivré l'autorisation de fonctionnement.

De plus une évaluation externe est pratiquée par des organismes habilités sur avis de ce conseil national. Cette évaluation est d'autant plus importante qu'elle conditionne le renouvellement d'autorisation stipulé à l'article 1.313-1 du CASF :

« Le renouvellement, total ou partiel, est exclusivement subordonné aux résultats de l'évaluation externe mentionnée au deuxième alinéa de l'article 1.312-8 ».

L'évaluation interne a pour finalité de mesurer, à intervalle régulier, le niveau d'atteinte des objectifs que l'établissement s'est fixé, dans le cadre de sa démarche qualité. Celle-ci correspond au processus d'amélioration permanent de la qualité

des prestations. Cela suppose des outils préalablement définis permettant d'identifier les points à améliorer, puis d'engager les actions d'amélioration nécessaires, tout en veillant au maintien de la qualité déjà acquise.

Certes, le texte de loi et ses décrets d'application refondant l'action de notre secteur donnent un rôle prépondérant à l'évaluation, toutefois cette démarche ne saurait être liée aux seules obligations institutionnelles, législatives ou réglementaires.

L'évaluation interne apparaît ainsi comme un moyen privilégié d'interroger le sens des actions engagées, l'intérêt de leur choix et de leur adéquation aux besoins des usagers.

Mon rôle de directrice, convaincue de la pertinence de cette démarche est de transmettre l'idée que l'évaluation n'est pas une fin en soi, mais qu'elle existe pour permettre à l'institution d'évoluer et de transformer continuellement les pratiques individuelles et collectives pour les adapter au mieux aux attentes des bénéficiaires.

La conception du dispositif d'évaluation interne se déroulera suivant les étapes déterminées ci-après.

#### A) Les étapes de l'évaluation

L'évaluation se représente selon quatre étapes successives :

1) La première étape est descriptive.

Elle suppose la construction d'un référentiel de « bonnes pratiques » ou l'appropriation d'un référentiel existant.

Je fais le choix de la construction d'un référentiel auquel participeront l'ensemble des acteurs : salariés, usagers, partenaires.

Cependant, cette étape de réalisation du référentiel étant capitale et très technique, j'aurai recours à un prestataire extérieur dans l'accompagnement à l'élaboration de cet outil.

2) La seconde étape est analytique.

Elle s'appuie sur un système d'information permettant de recueillir des données.

Le recueil de ces données utiles se fera à partir de différents documents, et notamment les suivants :

\* La fiche de renseignements complétée par l'utilisateur, ou à défaut avec lui et régulièrement actualisée.

Elle contient des données d'identification personnelle utiles à la compréhension de sa situation administrative, des informations relatives à sa vie privée nécessaires à la qualité de son accompagnement.

L'utilisation et la conservation de ces données sont soumises à la législation en vigueur concernant la protection de la vie privée. Celle-ci sera bien évidemment respectée.

\* L'entretien d'évaluation des besoins et attentes de la personne menée avec un membre du personnel infirmier, moi-même, voire un aidant familial. Cette évaluation régulière (en principe une fois par an au sein du Foyer d'Accueil Médicalisé) se conclut par l'énoncé d'un diagnostic partagé de la situation et celui des attendus de l'accompagnement. Le contrat de séjour rend compte de ces éléments et permettra de collationner certaines informations pour l'évaluation collective des services apportés.

\* Le cas échéant, d'autres évaluations pourront compléter les dossiers individuels et certains items de l'évaluation collective (bilan de santé complémentaire, fréquence de ce type de requête, réseau de partenaires mobilisés etc..).

\* Le registre de réclamations mis à disposition des résidents constitue également une source d'informations pour évaluer les services rendus et les écarts observés au niveau des attentes des usagers, ou identifier les types de difficultés rencontrées, leur origine etc...

\* Des enquêtes de satisfaction seront menées auprès des usagers.

\* Il pourra aussi s'avérer utile de recueillir de l'information auprès du voisinage afin d'identifier les représentations qu'il a de la cohabitation avec nos résidents et de concevoir, le cas échéant, des actions susceptibles d'optimiser la forme d'intégration sociale choisie par le Foyer HORIZON 06.

La liste des sources d'informations n'est pas close et le recueil d'informations cité n'est pas exhaustif.

Sources et informations à saisir seront définis en fonction des objectifs d'évaluation que nous nous seront fixés.

3) La troisième étape est interprétative.

Il s'agit de mesurer les écarts entre ce qui s'est passé dans la réalité de la prise en charge et de la vie institutionnelle, et ce qui aurait du se passer au regard du référentiel théorique initialement posé.

4) La quatrième et dernière étape dégage les points de force et de faiblesse du fonctionnement et les actions correctives à mettre en place afin d'atténuer les écarts mesurés à la troisième étape.

#### B) Les trois niveaux d'évaluation retenus

Le travail de réflexion mené à ce jour autour des modalités d'évaluation interne a fait l'objet d'une note de la DGAS du 22 avril 2004. Celle-ci retient trois niveaux d'évaluation et propose des tableaux de bord d'indicateurs à recueillir pour chaque domaine à savoir :

- La population accueillie
- L'activité déployée
- L'organisation de la structure
- La situation financière

Dans chaque domaine l'évaluation interne sera alors appréhendée à trois niveaux :

\* au plan qualitatif en évaluant le degré de satisfaction des usagers des actions mises en œuvre par un questionnaire de satisfaction (notamment en rapport avec la meilleure coordination des soins et l'amélioration du service de transports), la participation des usagers au conseil de la vie sociale, et la participation des résidents aux ateliers mis en place par les aides médico-psychologiques, leur participation au suivi diététique proposé par le conseiller en économie sociale et familiale etc...

L'évaluation qualitative portera également sur les personnels afin de mesurer la satisfaction dans leur activité professionnelle et sur les partenaires du service afin de mesurer la satisfaction dans les collaborations mises en œuvre.

\* au plan de l'organisation du service, on évaluera le climat social à partir d'indicateurs de présence effective, de taux d'absentéisme, de participation aux réunions etc..., le tableau des effectifs à partir d'indicateurs relatifs à la pyramide des âges, à l'encadrement, à la qualification etc...

\* au plan de l'efficience, l'évaluation portera sur la situation financière de la structure, à partir des ratios financiers qui indiquent les points forts et les points faibles de la gestion et induisent les actions d'amélioration à mener et les actions à conforter. Le turn-over du personnel nous renseignera également sur l'efficience du service.

## CONCLUSION DE LA DEUXIEME PARTIE

Ce projet présenté au fil de ces pages s'adresse aux résidents du Foyer HORIZON 06, personnes handicapées motrices dépendantes et vieillissantes pour lesquelles la structure doit faire face à l'augmentation de cette dépendance, liée à l'aggravation de santé des personnes souffrant de pathologies dégénératives, et/ou à leur avancée en âge.

Cette évolution de la population accueillie et la modification progressive de ses besoins conduisent l'Association gestionnaire à une restructuration en profondeur du Foyer d'Hébergement initialement installé. Cette restructuration se décline au travers de changements organisationnels que j'ai développés tout au long de cette seconde partie.

Engagée conjointement à la mise en place de la nouvelle réglementation du secteur médico-social et de la loi relative à l'égalité des droits et des chances et à la participation sociale des personnes handicapées, la réorganisation du Foyer d'Hébergement « éclaté » en Foyer d'Accueil Médicalisé « éclaté » a pour objectif de maintenir une qualité de vie optimale à l'utilisateur, dans des conditions de vie ordinaires qu'il a choisies dès l'origine du projet initial et qu'il entend maintenir dans son existence.

Le maintien des exigences de qualité attendues par les résidents et souhaitées par les équipes comme par l'Association gestionnaire s'appuie pour l'essentiel sur un soutien renforcé et qualifié au niveau des équipes, sur le développement et la construction de partenariats.

Ainsi, la conception et la mise en œuvre de cette restructuration constitue une réelle opportunité pour expérimenter tous ensemble les conséquences pratiques du cadre législatif nouvellement établi.

## CONCLUSION GENERALE

Les personnes handicapées motrices dépendantes ont soif d'autonomie et de libre choix de leur mode de vie, comme tout un chacun.

Or, trop peu d'entre elles parviennent à concrétiser leur souhait, et mener leur vie comme elles l'entendent.

Pourtant, dès 1984, les membres fondateurs de l'Association HORIZON 06 et futurs résidents du Foyer d'Hébergement « éclaté » qui porte le même nom, ont convaincu hommes politiques et financeurs de la pertinence de leur projet situé à mi-chemin entre le « tout institution » et le « tout domicile ».

Aujourd'hui, je dois veiller à adapter le dispositif initial aux besoins et attentes actuels des usagers.

La transformation du Foyer d'Hébergement en Foyer d'Accueil Médicalisé « éclaté » est actuellement à l'étude en vue du dépôt du dossier au CROSMS en mars 2007.

Prendre en considération le souhait émis par les personnes handicapées motrices dépendantes et vieillissantes implique de trouver de nouvelles solutions d'accompagnement.

A ce propos, JF BAUDURET<sup>28</sup>, conseiller technique à la DGAS, expose que c'est à dessein que la réglementation récente permet d' « organiser une large gamme de réponses et la plus grande diversification possible des prises en charge et d'accompagnement ».

Le choix du Foyer d'Accueil Médicalisé « éclaté » présenté dans ce mémoire en est une. Il constituera une avancée significative tant pour la structure que pour le département des Alpes-Maritimes. Notre proposition s'inscrit dans une palette trop peu diversifiée des modes d'accompagnement offerts aux personnes handicapées vieillissantes. Il a obtenu l'adhésion massive des résidents, associés dès la conception et tout le long du projet.

---

<sup>28</sup> Propos recueillis par LEROUX X. et DESGOUTE V. pour la FEHAP, juillet 2004.

<http://www.fehap.fr/communication/pss174-6.asp>

Ce foyer de type particulier a sa place singulière, parmi d'autres, dans ce dispositif d'accueil. En effet, il n'existe pas de mode de prise en charge idéale ou unique. C'est à l'échelle départementale qu'il convient de penser tous ensemble la diversité et la complémentarité de l'offre de service.

---

## Bibliographie

---

### OUVRAGES

- BECKER J-C. Projet d'établissement, comment le concevoir et le formaliser. ESF, Issy-les-Moulineaux, 2004, 322 pages.
  
- Comité National de Coordination de l'Action en faveur des Personnes Handicapées. Les personnes handicapées âgées, où en est-on ?  
L'Harmattan, Paris, 2003, 234 pages.
  
- CIF : Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé.  
Bibliothèque de l'OMS. 2001, 304 pages.
  
- Centre Technique National d'Etudes et de Recherches sur le Handicap et les Inadaptations. Droit des personnes handicapées. Groupe Liaisons, Paris, 2004, 298 pages.
  
- De BEAUVOIR S. La vieillesse. Gallimard, Paris, 1970.
  
- GUERRERO S. Les Outils des Ressources Humaines. Dunod, Paris, 2004, 243 pages.
  
- JAEGER M. Guide de la législation en action sociale et médico-sociale. Dunod, Paris, 2003, 413 pages.
  
- MIRAMON J-M. Le métier de directeur. ENSP, Rennes, 2005, 270 pages.
  
- ZRIBI G. Dictionnaire du Handicap. ENSP, Rennes, 2004, 351 pages.

## **RAPPORTS**

- Rapport de Monsieur Paul BLANC, Sénateur des Pyrénées-Orientales. Une longévité accrue pour les personnes handicapées vieillissantes : Un nouveau défi pour leur prise en charge, juillet 2006.
- Rapport de la DRASS PACA sur les orientations régionales pour la prise en charge des Personnes Handicapées dans la région PACA, février 2004.
- Rapport n°2004-150 de Madame Bernadette ROUSSILLE, membre de l'IGAS. L'évaluation du handicap dans la perspective de la nouvelle prestation de compensation, octobre 2004.
- Rapport de l'IGAS sur la compensation du handicap en Suède, avril 2003.
- Rapport de la Communauté Européenne. Comparative study of definitions of disability, 2003.

## **ARTICLES ET DOCUMENTS**

- AZEMA J. et MARTINEZ N. Les personnes handicapées vieillissantes, espérances de vie, projections démographiques et aspects qualitatifs, éléments pour une prospective. CREAL Languedoc Roussillon, mai 2003.
- AZEMA J. Quel avenir pour les personnes handicapées vieillissantes. EHPA Presse, septembre 2005.
- HAERINGER J. Les cahiers de l'actif n°314-317

- LEOTOING M. Mission : mobiliser le personnel. Direction n°30, mai 2006, page 22.
- RAYNAUD P. WEBER A. Les adultes handicapés ayant de lourdes incapacités dans tous les actes essentiels de la vie quotidienne. DRESS Etudes et résultats, n°439, novembre 2005.
- SERBAN Ionescu. Terminologie de l'intégration et perspective culturelle. Les cahiers de l'actif n°294/295, page 9.
- VANOVERMIR S. L'implantation des établissements pour adultes handicapés. DRESS Etudes et Résultats, n°419, août 2005.
- Document de travail relatif au Schéma Départemental en faveur des personnes handicapées. Conseil Général des Alpes-Maritimes, août 2006.

### **TEXTES JURIDIQUES**

- Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 relative à l'égalité des droits et des chances, à la participation et à la citoyenneté des personnes handicapées.
- Loi n° 2002-2 du 02 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.
- Loi n° 75-734 du 30 juin 1975 dite loi d'orientation en faveur des personnes handicapées.
- Loi n° 75-735 du 31 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.
- Décret n° 2003-1010 du 22 octobre 2003 relatif à la gestion comptable et financière et aux modalités de financement de la tarification.

- Circulaire n°86-6 du 14 février 1986 relative à la création des foyers d'accueil médicalisés.
  
- Circulaire n°2000-443 du 11 août 2000 relative au plan pluriannuel en faveur des personnes handicapées.

---

## Liste des annexes

---

- Annexe 1** : Grille d'analyse des besoins des usagers.
- Annexe 2** : Budget prévisionnel 2008 en année pleine relatif à la section Hébergement du FAM.
- Annexe 3** : Budget prévisionnel 2008 en année pleine relatif à la section Soins du FAM.
- Annexe 4** : Tableau de ventilation des effectifs dans le cadre de la restructuration du FH en FAM.

## Annexe 1

### ANALYSE DE BESOINS

Nom : ..... Date : .....  
Prénom : ..... Site : .....

Adresse : .....

	Seul (e)	Avec aide partielle	Avec aide totale	Commentaires
<b>1 - TRANSFERT</b>				
S'asseoir au lit				
Se mettre au lit				
Transfert du fauteuil au lit				
Transfert du lit au fauteuil				
Transfert du fauteuil au WC				
Accès baignoire ou douche				
Sortie baignoire ou douche				
<b>2 - TOILETTE</b>				
Du visage				
Du ventre				
Du dos				
Des deux bras				
Toilette intime				
Des jambes				
Des pieds				
Des cheveux				
Se brosser les cheveux				
Rasage				
Maquillage				
Coiffure				
Se couper les ongles				
Prise de bain				
Prise de douche				
<b>3 - HABILLAGE</b>				
Enfilage des vêtements amples				
Enfilage des vêtements étroits				
Habillage du bas				
Chaussettes ; Collants				
Chaussures				
Vêtements extérieurs : gants, bonnets				
Boutonnage				
Fermeture éclair				
Laçage				

	Seul (e)	Avec aide partielle	Avec aide totale	Commentaires
<b>4 - REPAS</b>				
Manger : du solide				
du liquide				
Se mettre à table				
Manger avec une cuillère				
Manger avec une fourchette				
Couper la viande				
Boire				
Se servir à manger				
Se servir à boire				
<b>5 - ACTIVITES MENAGERES</b>				
<u>Préparation du repas</u>				
Nettoyer les légumes				
Eplucher				
Découper				
Ouvrir les boîtes de conserves				
Ouvrir les boîtes en carton				
Ouvrir une bouteille				
Remplir une casserole				
Mettre une casserole pleine sur le feu				
Mettre une assiette au micro-onde				
Allumer le gaz				
Allumer le four				
Mettre le couvert				
<u>Nettoyage</u>				
Faire la vaisselle				
Essuyer la vaisselle				
Nettoyer un évier, un lavabo				
Balayer				
Ramasser les poussières				
<u>Linge</u>				
Lessive à la main				
Lessive à la machine				
Etendre le linge				
Repasser				
Coudre				
<b>6 - DEPLACEMENTS</b>				
Dans l'appartement				
Dans la rue				
Prendre l'ascenseur				
Ramasser un objet au sol				
Prendre un objet en hauteur				

<b>7 - APPROCHE DE L'ENVIRONNEMENT</b>	Seul (e)	Avec aide partielle	Avec aide totale	<b>Commentaires</b>
Utilisation du téléphone				
Ouvrir, fermer une porte				
Ouvrir, fermer une fenêtre				
Allumer la télévision				
Changer des chaînes T.V.				
<b>8 - DIVERS</b>				
Ecrire				
Se laver les dents				
Se moucher				
Allumer / Eteindre une cigarette				

## Annexe 2

### Budget Prévisionnel 2008 en année pleine

#### **GROUPES FONCTIONNELS – CHARGES D'EXPLOITATION**

##### **Section Hébergement**

<b>Groupe I :</b>	<b>Dépenses afférentes à l'exploitation courante</b>	<b>Budget Prévisionnel proposé</b>
<b>ACHATS</b>		
606	Achats non stockés de matières et de fournitures	9.500
<b>AUTRES SERVICES EXTERIEURS</b>		
625	Déplacements – Missions – Réception	500
626	Frais Postaux et Frais de Télécommunications	6.300
<b>TOTAL GROUPE I</b>		<b>16.300</b>
<b>Groupe II :</b>		
<b>Dépenses afférentes au personnel</b>		
622	Rémunérations d'intermédiaires et honoraires	10.225
631	Impôts Taxes et versements assimilés sur rémunérations (administration des impôts)	22.600
633	Impôts Taxes et versements assimilés sur rémunérations (autres organismes)	21.755
641	Rémunérations du personnel non médical	480.315
645	Charges de sécurité sociale et de prévoyance	171.650
647	Autres charges sociales	10.030
<b>TOTAL GROUPE II</b>		<b>716.575</b>

<b>Groupe III</b>	<b>Dépenses afférentes à la structure</b>	
612	Redevances de crédit bail	6.250
6132	Locations immobilières	20.630
614	Charges locatives	270
6155	Entretien et Réparations sur biens mobiliers	1.493
6156	Maintenance	12.312
616	Primes d'assurances	4.095
618	Divers	2.950
627	Services bancaires et assimilés	700
<b>AUTRES CHARGES DE GESTION COURANTE</b>		
654	Pertes sur créances irrécouvrables	7.000
<b>DOTATIONS AUX AMORTISSEMENTS ET AUX PROVISIONS</b>		
6811	Dotation aux amortissements des immobilisations incorporelles et corporelles	17.630
<b>TOTAL GROUPE III</b>		<b>73.330</b>
<b>TOTAL GENERAL DES CHARGES D'EXPLOITATION</b>		<b>806.175</b>

**GROUPES FONCTIONNELS – PRODUITS**  
**D’EXPLOITATION Section Hébergement**

<b>Groupe I :</b>	<b>Produits de la tarification et assimilés</b>	<b>Budget Prévisionnel proposé</b>
731	Produits de la tarification	661.175
<b>TOTAL GROUPE I</b>		<b>661.175</b>
<b>Groupe II :</b>	<b>Autres produits relatifs à l’exploitation</b>	
74	Subvention d’exploitation et participation	145.000
<b>TOTAL GROUPE II</b>		<b>145.175</b>
<b>TOTAL GENERAL DES RECETTES D’EXPLOITATION</b>		<b>806.175</b>

### Annexe 3

#### Budget Prévisionnel 2008 en année pleine

## **GROUPES FONCTIONNELS – CHARGES D'EXPLOITATION**

### **Section Soins**

<b>Groupe I :</b>	<b>Dépenses afférentes à l'exploitation courante</b>	<b>Budget Prévisionnel proposé</b>
<b>ACHATS</b>		
606	Achats non stockés de matières et de fournitures	3.000
<b>TOTAL GROUPE I</b>		<b>3000</b>
<b>Groupe II :</b>		
<b>Dépenses afférentes au personnel</b>		
631	Impôts Taxes et versements assimilés sur rémunérations (administration des impôts)	7.995
633	Impôts Taxes et versements assimilés sur rémunérations (autres organismes)	7.695
641	Rémunérations du personnel non médical	161.932
642	Rémunérations du personnel médical	7.924
645	Charges de sécurité sociale et de prévoyance	60.696
647	Autres charges sociales	3.542
<b>TOTAL GROUPE II</b>		<b>249.784</b>
<b>TOTAL GENERAL DES CHARGES D'EXPLOITATION</b>		<b>252.784</b>

**GROUPES FONCTIONNELS – PRODUITS D'EXPLOITATION**

**Section Soins**

<b>Groupe I :</b>	<b>Produits de la tarification et assimilés</b>	<b>Budget Prévisionnel proposé</b>
731	Produits de la tarification	252.784
<b>TOTAL GROUPE I</b>		<b>252.784</b>
<b>TOTAL GENERAL DES RECETTES D'EXPLOITATION</b>		<b>252.784</b>

## Annexe 4

### TABLEAU DE VENTILATION DES EFFECTIFS DANS LE CADRE DE LA RESTRUCURATION DU FOYER D'HEBERGEMENT EN FOYER D'ACCUEIL MEDICALISE

<b>Effectifs du FH en équivalent temps plein</b>	<b>Effectifs du FAM en équivalent temps plein</b>	<b>Ventilation des effectifs inchangés / déployés / recrutés en équivalent temps plein</b>
<b><u>Administration</u></b> 1 Directrice 1 Secrétaire	1 Directrice 1 Secrétaire	1 Poste inchangé 1 Poste inchangé
<b><u>Services Généraux</u></b> 1 Chauffeur	1,5 Chauffeurs	1 Poste inchangé 0,5 Poste créé / recruté
<b><u>Soins</u></b>  21 Auxiliaires de vie sociale	0,15 Médecin 1 Infirmier 12,6 Auxiliaires de vie sociale 2 Aides médico- psychologiques 7 Aides soignants	0,15 Poste créé / recruté 1 Poste créé / recruté 12 Postes inchangés 0,6 Poste créé / recruté 2 Postes créés / redéployés 7 Postes créés / redéployés
<b><u>Accompagnement Social</u></b>	1 Conseiller en éco. sociale et familiale	1 Poste créé / recruté
<b>TOTAL</b> 24 équivalents temps plein	27,25 équivalents temps plein	15 Postes inchangés 9 Postes créés / redéployés 3,25 Postes créés / recrutés.