



**DIVERSIFIER L'OFFRE DE SERVICE D'UN FOYER D'ACCUEIL  
MÉDICALISÉ POUR RÉPONDRE AU VIEILLISSEMENT DU  
PUBLIC ACCUEILLI**

**David BOURGEON**

**2012**

*cafdes*



---

# Remerciements

---

À Madame DUBOURDEAU, pour sa confiance et ses conseils éclairés.

À Francis, Stéphane, Éstelle, mes collègues de travail, pour leur présence et leur soutien quotidiens.

À Élisabeth THOMASSET, pour son souci permanent de l'accompagnement des étudiants de l'IFTS.

À Max BUCHNER, pour son approche rassurante de la conception de ce mémoire.

À Pierre et Linda, pour leur écoute et l'intérêt qu'ils m'ont porté tout au long de cette formation.

Mathis et Timothé, je ne pouvais espérer meilleurs enfants à mes côtés.

À Sophie...

...tu sais pourquoi.

---

# Sommaire

---

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>1 DIVERSIFIER L'OFFRE DE SERVICE DU F.A.M : UN ENJEU INSTITUTIONNEL LIÉ À DES ÉVOLUTIONS SOCIALES.....</b>	<b>5</b>
<b>1.1 Les F.A.M, une création originale au cœur des politiques publiques .....</b>	<b>5</b>
1.1.1 Le handicap à travers le temps .....	5
1.1.2 L'amorce d'un changement dans la représentation sociale du handicap en France.....	6
1.1.3 Les F.A.M : une configuration originale.....	13
1.1.4 L'hébergement et le soin, deux fonctions réunies autour du décret du 20 Mars 2009	15
<b>1.2 Le FAM « Combe Laval », une structure spécifique qui ne fait pas exception.....</b>	<b>17</b>
1.2.1 L'état des lieux des FAM en France.....	17
1.2.2 Présentation de l'association « La Providence » .....	20
1.2.3 La création du FAM « Combe Laval » en réponse à un public repéré.....	22
1.2.4 Un ESMS organisé autour de la prise en charge d'un groupe horizontal .....	22
<b>1.3 Un public rare aux caractéristiques multiples .....</b>	<b>23</b>
1.3.1 Le schéma national du handicap rare .....	23
1.3.2 Les personnes handicapées accueillies.....	24
1.3.3 L'articulation institutionnelle autour du handicap rare .....	26
<b>2 LE VIEILLISSEMENT, UNE RÉALITÉ NÉCESSITANT LA MISE EN MOUVEMENT DES ACTEURS DE LA PRISE EN CHARGE.....</b>	<b>27</b>
<b>2.1 Le vieillissement des personnes handicapées .....</b>	<b>27</b>
2.1.1 Définition générale.....	27
2.1.2 L'impact du vieillissement sur la prise en charge médico-sociale.....	28
2.1.3 Quelles conséquences sur le public accueilli au FAM « Combe Laval » ?.....	30
<b>2.2 Vivre au FAM aujourd'hui .....</b>	<b>39</b>
2.2.1 Que dit le projet d'établissement actuel ? .....	40
2.2.2 La place du soin dans l'accompagnement quotidien .....	41
2.2.3 Un encadrement cloisonné.....	41
2.2.4 Une architecture mise en question.....	43
<b>2.3 Vieillir au FAM : une offre de service à développer .....</b>	<b>46</b>
2.3.1 Au regard des droits des personnes accueillies.....	47
2.3.2 Pour les salariés, valoriser la coordination des fonctions .....	51

2.3.3	Pour les familles une préoccupation affichée.....	53
2.3.4	Pour l'établissement, des coopérations à développer.....	55
<b>3</b>	<b>PRENDRE EN COMPTE LES BESOINS ÉVALUÉS POUR FAIRE ÉVOLUER LE PROJET D'ÉTABLISSEMENT.....</b>	<b>57</b>
<b>3.1</b>	<b>Au niveau associatif.....</b>	<b>57</b>
3.1.1	Un axe prioritaire .....	57
3.1.2	La stratégie employée .....	58
3.1.3	Un échéancier mis sur l'agenda associatif .....	59
<b>3.2</b>	<b>Le projet architectural au service des personnes accueillies .....</b>	<b>62</b>
3.2.1	Les prestations liées à l'hébergement.....	62
3.2.2	Le soin, un service inclus, accessible à tous.....	63
3.2.3	Mobiliser les professionnels autour des grands axes du projet .....	64
<b>3.3</b>	<b>Le projet d'établissement, fil conducteur de la démarche de changement .....</b>	<b>65</b>
3.3.1	Décloisonner les équipes en valorisant les fonctions professionnelles.....	65
3.3.2	Former le personnel aux évolutions du public accueilli .....	67
3.3.3	Inscrire l'établissement dans une logique de coopération .....	70
3.3.4	Associer les familles aux objectifs recherchés .....	73
<b>3.4</b>	<b>L'évaluation du projet .....</b>	<b>74</b>
3.4.1	Quelles priorités au regard des résultats de l'évaluation externe ? .....	75
3.4.2	Évaluer les services rendus.....	75
3.4.3	Évaluer les conditions de travail des professionnels.....	77
	<b>CONCLUSION .....</b>	<b>79</b>
	<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>81</b>
	<b>LISTE DES ANNEXES.....</b>	<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

AG :	Assemblée générale
AMP :	Aide médico-psychologique
ARS :	Agence régionale de la santé
AS :	Aide soignant
CA :	Conseil d'administration
CASF :	Code de l'action sociale et des familles
CCAS :	Centre communal d'action sociale
CCDSA :	Commission consultative départementale de sécurité et d'accessibilité
CDAPH :	Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées
CDOI :	Commission départementale d'orientation des infirmes
CIDIH :	Classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps
CIF :	Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé
CNSA :	Caisse nationale de la solidarité pour l'autonomie
COFIL :	Comité de pilotage
CRESAM :	Centre national de ressources pour enfants et adultes sourds-aveugles et sourds malvoyants
CVS :	Conseil à la vie sociale
DG :	Direction générale
DGCS :	Direction générale de la cohésion sociale
DRESS :	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EHPAD :	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ERP :	Établissement recevant du public
ESAT :	Établissement et service d'aide par le travail
ESMS :	Établissements et services sociaux et médico-sociaux
FA :	Foyer appartement
FAM :	Foyer d'accueil médicalisé

FDT :	Foyer à double tarification
FH :	Foyer d'hébergement
FISAF :	Fédération nationale pour l'insertion des personnes sourdes et des personnes aveugles en France
GPEC :	Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences
ICACS :	Intervenant conseil en accessibilité et compensation sensorielle
IGAS :	Inspection générale des affaires sociales
IME :	Institut médico-éducatif
IMP :	Institut médico-pédagogique
INSEE :	Institut national de la statistique et des études économiques
IRP :	Instances représentatives du personnel
MAS :	Maison d'accueil spécialisée
ME :	Moniteur éducateur
OMS :	Organisation mondiale de la santé
PAA :	Projet d'accueil et d'accompagnement
PHV :	Personne handicapée vieillissante
PPI :	Plan pluriannuel d'investissement
PRIAC :	Programme interdépartemental de l'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
PSRS :	Plan stratégique régional de santé
RGPP :	Révision générale des politiques publiques
RH :	Ressources humaines
SAVS :	Service d'accompagnement à la vie sociale
SROSMS :	Schéma régional de l'organisation sociale et médico-sociale
SSEFIS :	Service de soutien à l'éducation familiale et à l'intégration scolaire
URAPEI :	Union régionale des associations de parents et amis de personnes handicapées mentales

## INTRODUCTION

Le vieillissement des personnes handicapées mentales est une réalité qui s'impose actuellement au sein d'un grand nombre d'établissements médico-sociaux.

Situé en milieu rural dans le département de la Drôme, le Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM) « Combe Laval », accueillant des adultes déficients auditifs avec handicaps associés, ne fait pas exception à cette règle.

Si à mon arrivée à la direction de cet établissement, l'expression généralement utilisée par le personnel médico-éducatif du FAM était « *les jeunes que nous accompagnons...* », le discours aujourd'hui a changé. Depuis deux ans, la « *complexification des accompagnements* », les « *comportements nouveaux* » sont des expressions qui apparaissent fréquemment lors des réunions d'équipes. Ces constats ayant des impacts importants sur les prises en charge du quotidien, le personnel interroge de plus en plus souvent la fonction médicale.

Cela marque une limite de l'action éducative inscrite dans le projet d'établissement et se traduit par une augmentation significative des recours aux protocoles médicaux en réponses aux problèmes rencontrés. Les dynamiques de groupe se modifient. Le fonctionnement global de la structure nécessite de trouver un autre équilibre face à la demande croissante d'attention exprimée par certains résidents dont l'état de santé général se dégrade.

Faire évoluer les pratiques professionnelles au sein de la structure est un objectif qui requiert actuellement toute mon attention car il pose la question de l'accompagnement des adultes qui nous sont confiés au regard du vieillissement et de la perte d'indépendance<sup>1</sup>. La structure est interrogée sur son identité médicale, ses moyens d'actions, ses limites.

L'Association est aussi interrogée par les autres structures d'accueil pour adultes qui la composent dans sa capacité à anticiper le vieillissement des publics accueillis et ainsi permettre aux équipes d'avoir une vision projective de la démarche d'adaptation des pratiques professionnelles à envisager.

---

<sup>1</sup> Par « perte d'indépendance », j'entends l'impossibilité temporaire ou permanente pour une personne à être libre de ses mouvements sans l'aide d'une tierce personne, du fait d'une incapacité physique.

La notion de dépendance physique, apparue distinctement au sein de la structure du FAM, est en grande partie liée au vieillissement du public pris en charge et a un impact sur le travail quotidien du personnel médico-éducatif dans son offre de service.

Tous les adultes accueillis dans cet établissement sont « issus » de l'Institut Médico-Éducatif (IME). Ils ont été orientés en FAM du fait de l'importance des troubles associés à leur surdité. Le groupe est globalement resté identique depuis quinze ans. Les professionnels se sont appuyés sur cette homogénéité pour créer des modes d'accompagnement et de communication à la fois collectifs et individualisés.

Le vieillissement et ses conséquences viennent heurter les équipes dans cette mission d'accompagnement social.

Les consultations médicales augmentent, les hospitalisations nécessitent la mise en place de moyens humains et techniques de plus en plus importants à organiser afin d'assurer un accompagnement de qualité. La mobilisation des ressources internes au FAM permet d'assurer la transition entre le lieu de résidence des personnes accueillies et les services publics de droit commun. Elle vise à compenser l'absence de communication verbale en proposant une aide technique qui se traduit, le plus souvent, par la mise en place d'un temps de présence renforcé et individualisé auprès des personnes handicapées. En effet, la surdité est une déficience mal connue qui, bien souvent, sidère par le sentiment d'impuissance qu'elle renvoie à un personnel extérieur non initié qu'il soit soignant ou non. Cela peut se traduire par une augmentation des troubles du comportement chez les personnes accompagnées. Troubles en milieu hospitalier, troubles et angoisses lors des retours post-opératoires avec un impact fort sur les conditions de vie à l'intérieur du foyer. Ce qui compose et anime le projet de service s'en trouve remis en question.

Les adultes vieillissants ont-ils encore leur place au sein du foyer ?

Les personnes handicapées accueillies au FAM évoluent, depuis leur admission, dans un environnement institutionnel dont le projet d'établissement a été essentiellement construit sur la base de références éducatives. C'est ainsi que les professionnels ont développé un accompagnement visant à maintenir, voire faire évoluer, les compétences des résidents en termes de communication et d'apprentissages sociaux.

Ce foyer, lieu de vie, doit-il évoluer et adapter son organisation ou peut-il, en l'état, toujours répondre aux besoins nouveaux liés à l'avancée en âge des résidents accueillis ?

En sa qualité d'Établissement Social et Médico-Social (ESMS), la structure vise à offrir des prestations de qualité au public qu'elle accueille. En termes de communication non verbale, les professionnels bénéficient de supports techniques sous la forme d'outils pour organiser leur travail, pour entrer en relation avec les adultes qu'ils accompagnent au quotidien.

Le FAM s'est adapté jusqu'à ce jour aux problèmes rencontrés en trouvant des ressources et des solutions en interne. Il est un repère pour les adultes accueillis puisque ces derniers sont en relation avec leur environnement grâce à l'appui de professionnels sachant communiquer sans l'aide de la parole.

Le champ médical prenant une place plus importante dans les préoccupations du service, l'identité du soignant s'affirme, la partie « médicalisée » du foyer d'accueil doit évoluer :

- Au sein de l'espace institutionnel,
- Au travers de la réécriture du projet d'établissement.

En tant que directeur de cet établissement, outre ma mission d'accompagner le changement des pratiques professionnelles en interne, je dois veiller à ce que cette démarche s'inscrive dans un environnement en cohérence avec les besoins repérés du public accueilli.

Cette mutation, culturelle et organisationnelle, visera à répondre à des besoins à la fois techniques (médicalisation, moyens adaptés...) et humains (redéfinition du projet en lien avec des besoins repérés) au bénéfice d'un public en évolution.

Le présent mémoire sera organisé en trois parties distinctes, déclinées de la façon suivante :

La première partie présentera de façon générale ce qui fait la particularité des FAM dans le champ médico-social.

Je montrerai en quoi ces établissements sociaux et médico-sociaux ont une spécificité de prise en charge par leur histoire et leur construction administrative. Je situerai mes explications et analyses dans un contexte politique et social en évolution et m'appuierai sur des données tant statistiques que propres à la situation particulière du FAM « Combe Laval ».

Je m'attacherai particulièrement à donner au lecteur une vision éclairée des valeurs de cet établissement pour répondre aux missions définies par la commande publique.

Cela m'amènera ensuite à aborder la seconde partie de mon mémoire sous l'angle de la description et l'analyse de ce qui pose actuellement problème au sein de la structure.

Pour ce faire, je définirai la notion de « vieillissement » en situant ma réflexion dans une perspective de prise en compte institutionnelle de la dépendance.

J'établirai ce diagnostic afin d'évaluer les axes de transformation à opérer au sein du FAM pour prévenir et transformer ce qui apparaît, à ce jour, comme une difficulté majeure, une compétence à développer.

Enfin, l'enjeu de la troisième partie résidera dans ma capacité à organiser ce changement en impliquant l'ensemble des acteurs concernés autour de cette priorité institutionnelle.

Garantir une prise en charge adaptée aux besoins d'un public qui évolue me demande d'agir sur plusieurs niveaux en priorisant les leviers d'actions mis à ma disposition.

Ainsi, de l'adaptation du bâti en passant par l'évolution des pratiques professionnelles sans omettre la question du temps et de l'évaluation des actions mises en œuvre, le chantier s'avère complexe.

Ce mémoire va tenter de rendre compte de mon action de directeur dont l'établissement, inscrit dans un territoire donné, va changer afin de garantir le maintien d'une offre de service diversifiée de qualité.

# 1 DIVERSIFIER L'OFFRE DE SERVICE DU F.A.M : UN ENJEU INSTITUTIONNEL LIÉ À DES ÉVOLUTIONS SOCIALES

Dans cette première partie, j'aborde ce sujet en appuyant, dans un premier temps, mon analyse sur les points historiques qui ont marqué le secteur social et médico-social. Le fil conducteur sera la structuration du secteur du handicap en faveur d'un public et l'impact des lois sur les représentations sociales<sup>2</sup>. Pour un directeur, connaître l'histoire dans laquelle s'inscrit l'établissement qu'il dirige est un atout dans la mise en œuvre d'un projet.

## 1.1 Les F.A.M, une création originale au cœur des politiques publiques

L'évolution du secteur du handicap a eu, entre autres conséquences, la création des F.A.M. Ces structures d'accueil et de soin sont issues d'une politique publique s'appuyant sur une notion qui a fortement évolué : le handicap.

### 1.1.1 Le handicap à travers le temps

Le terme "handicap" provient de l'anglais "hand in cap" qui signifie "la main dans le chapeau". Ce mot apparaît pour la première fois au XVI<sup>ème</sup> siècle en Grande-Bretagne pour désigner un jeu dans lequel les concurrents se disputent des objets dont la mise se trouve placée au fond d'un chapeau. Un arbitre surveillait l'équivalence des lots sortis afin d'assurer aux joueurs une égalité des chances. Ce mot trouve également son origine au XVIII<sup>ème</sup> siècle sur les champs de courses essentiellement afin d'handicaper un concurrent meilleur en le chargeant d'un poids supplémentaire pour égaliser les chances de tous les partants.

**Dans l'antiquité**, l'enfant handicapé, sorti de l'espace social, était abandonné aux mendiants et utilisé par ces derniers pour augmenter leurs gains liés à la mendicité. Le handicap était assimilé à la monstruosité du corps et n'était pas une préoccupation sociale puisque la mortalité était forte et le nombre de personnes handicapées peu élevé.

**Au moyen âge**, le statut de la personne handicapée est lié au contexte social du pays. Il peut vivre aux côtés des rois ou princes en qualité de « bouffon » ou « marotte » et ainsi être perçu comme relevant d'un message divin. Il peut également, en période de disette par exemple, être exterminé. Son exclusion sociale est organisée.

---

<sup>2</sup> Par « *représentations sociales* », j'entends l'évolution d'une pensée collective en lien avec un sujet de société.

**Du XII<sup>ème</sup> au XV<sup>ème</sup> siècle**, les premiers hôpitaux vont se développer à l'initiative, dans la plupart des cas, des congrégations religieuses. Les hommes de Dieu s'organisent et recueillent les déshérités. La société maintient les fous à distance par le biais des premiers établissements spécialisés qui prennent en charge la différence par l'enfermement.

**Le siècle des lumières** amène un changement profond dans la prise en compte du handicap. Deux écrivains (Diderot et Voltaire) vont s'intéresser, non à la différence physique visible, mais au handicap sensoriel. Avec le travail des philosophes, la dimension éducative apparaît pour la première fois dans la prise en charge des personnes handicapées.

**Du XIX<sup>ème</sup> au début du XX<sup>ème</sup> siècle**, le regard porté sur le handicap évolue encore sous l'impulsion du Docteur Jean ITARD et de la prise en charge individualisée de Victor de l'Aveyron. Le caractère humain de la personne handicapée trouve un écho favorable au sein de la société. La charité prend l'ascendant sur l'exclusion.

La révolution industrielle va toutefois avoir comme conséquence d'accroître le besoin de main d'œuvre dans les usines. Pour la première fois, les personnes handicapées vont être associées aux ouvriers présents dans les usines et travailler dans des conditions déplorable. Le taux de mortalité reste énorme. Les industries produisent mal et génèrent des conflits sociaux, des maladies, des accidents du travail.

### **1.1.2 L'amorce d'un changement dans la représentation sociale du handicap en France**

Par « *représentation* », j'entends la référence à une norme commune et partagée par un ensemble d'acteurs dans le système social auquel ils appartiennent.

Le fait d'associer le terme « *social* » met en lumière ce système en le délimitant. Dans une société, je pars ainsi de l'hypothèse que les lois sont les indicateurs d'une évolution des mentalités concernant un sujet donné au travers d'une politique publique. Elles permettent d'acter des décisions politiques et d'identifier les orientations à venir.

Deux grandes étapes ont marqué l'évolution du statut de la personne handicapée du début du XX<sup>ème</sup> siècle à nos jours :

- La solidarité (par la loi de 1975),
- La citoyenneté (par les lois de 2002 et 2005).

#### **Définition générale du handicap**

En 1975, le britannique Philip WOOD propose une modélisation du handicap qui présente deux caractéristiques :

- Elle s'applique à tous les types de handicap, mentaux ou non ;
- Elle met l'accent sur la nécessité de la prise en compte de la situation de handicap au-delà de l'état de handicap. Non seulement Philip WOOD insiste sur la nécessité de prendre en compte la situation de handicap, mais il place cette situation au centre du concept de handicap en général.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) travaille parallèlement à l'élaboration d'une définition générale du handicap qu'elle présentera en 1980 de la manière suivante : « *Est handicapé un sujet dont l'intégrité physique ou mentale est passagèrement ou définitivement diminuée, soit congénitalement, soit sous l'effet de l'âge, d'une maladie ou d'un accident, en sorte que son autonomie, son aptitude à fréquenter l'école ou à occuper un emploi s'en trouvent compromises.*<sup>3</sup> »

De 1980 à 2002, la Classification Internationale des Déficiences, Incapacités et Handicaps (CIDIH) est le système de classification de référence :

État de santé	Déficience	Incapacité	Désavantage
Une personne sourde	Pas d'audition	Communication réduite	Limitation de la capacité à l'interaction sociale

**Tableau n°1 « Classification selon la CIDIH »**

- **La déficience** : perte de substance ou altération d'une structure ou fonction psychologique, physiologique ou anatomique. Elle représente toute perturbation, congénitale ou acquise, permanente ou temporaire de la structure et des fonctions normales du corps et de l'individu, toute maladie qui affecte de façon durable la croissance, le développement, le fonctionnement du sujet.
- **L'incapacité** : réduction résultant d'une déficience partielle ou totale de la capacité d'accomplir une activité donnée de la façon ou dans les conditions considérées comme normales pour un être humain.
- **Le désavantage** : pour un individu donné, résulte d'une déficience ou d'une incapacité qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle normal (en rapport avec l'âge, le sexe, les facteurs sociaux et culturels).

---

<sup>3</sup> CHAPIREAU François, décembre 2001, « La classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé », *Gérontologie et société*, n°99, pp. 37-56.

En 2002, la Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) succède à la CIDIH. La CIF inclut trois dimensions du fonctionnement et du handicap humains : le corps, les activités et la participation.

De cette manière, le handicap intègre un ou plusieurs niveaux :

État de santé	Déficiência	Limitation de l'activité	Restriction de la <i>participation</i>
Une personne sourde	Pas d'audition	Aucune	Restriction d'emploi pour cause d'adaptation à certains postes de travail

**Tableau n°2 « Classification selon la CIF »**

Ces deux exemples montrent l'évolution de la représentation sociale du handicap au regard de ces deux classifications :

- La CIDIH voyait dans la déficiência l'origine de l'incapacité et par conséquent du désavantage social.
- Avec la CIF, une déficiência ne débouche pas nécessairement sur une incapacité ou un désavantage social. Par contre, une déficiência peut avoir pour effet direct un handicap social sans créer d'incapacité.

### **Définition générale du handicap rare**

La surdité est une déficiência sensorielle commune à l'ensemble des adultes accueillis au sein du FAM qui, associée à d'autres déficiences ou troubles, fait référence au handicap rare. Une définition est donnée par l'arrêté du 2 Août 2000 : « *le handicap rare correspond à une configuration rare de déficiences ou de troubles associés, incluant fréquemment une déficience intellectuelle, et dont le taux de prévalence ne peut être supérieur à un cas pour 10000 habitants. Sa prise en charge nécessite la mise en œuvre de protocoles particuliers qui ne sont pas la simple addition des techniques et moyens employés pour compenser chacune des déficiences considérées*<sup>4</sup> ». Cinq configurations rares sont retenues :

- Les sourds-aveugles,
- Les aveugles multi-handicapés,
- Les sourds multi-handicapés,

<sup>4</sup> Arrêté du 02 août 2000 relatif à la définition du handicap rare

- Les dysphasiques (trouble central lié à la communication verbale),
- Les handicapés porteurs d'une affection somatique grave.

Dès 1994, le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) décrit le handicap rare comme « *une notion transversale dont l'expression même ne fait pas consensus*<sup>5</sup> », il préconise cependant une réflexion autour des besoins posés par les troubles associés de configuration rare.

Le rapport du ministère du travail et des affaires sociales de décembre 1996 propose « *un plan d'action cohérent s'appuyant sur une planification interrégionale, la création de centres ressources, l'individualisation de sections spécialisées régionales s'intégrant au sein des établissements médico-sociaux existants, plus généralement, sur la constitution de réseaux coordonnés par types de handicaps rares*<sup>6</sup> ». L'appréciation des besoins doit se faire régionalement en partie du fait du faible nombre de personnes concernées.

Le rapport de Madame GILLOT en 1998 précise que « *si la programmation des structures doit être nationale, la création d'unités spécifiques à vocation nationale doit être évitée, afin d'éviter l'éloignement des familles. Ces unités doivent être de taille suffisante pour disposer d'un plateau technique pour faire face à l'extrême complexité de l'accompagnement*<sup>7</sup> ».

### **Les textes fondateurs français encadrant le handicap**

Les principales lignes de la construction juridique du handicap sont tracées par plusieurs textes incontournables.

#### **La loi 23 novembre 1957**

Cette loi marque l'introduction à la loi de 1975 en créant une obligation d'emploi pour les travailleurs handicapés ou leur reclassement. « *Tout travailleur handicapé répondant aux conditions fixées peut bénéficier d'une réadaptation, d'une rééducation ou d'une formation professionnelle, soit dans un centre public ou privé institué ou agréé conformément à la législation spéciale dont relève l'intéressé, soit dans un centre collectif ou d'entreprise*<sup>8</sup> ».

---

<sup>5</sup> AZEMA Bernard, janvier 2008, « Handicaps rares : émergence d'une problématique complexe de prise en charge », *Bulletin d'informations du CREAL Bourgogne*, n°277, p.13.

<sup>6</sup> MINISTERE DU TRAVAIL ET DES AFFAIRES SOCIALES, décembre 1996, Rapport sur les handicaps rares, p.59

<sup>7</sup> GILLOT Dominique, juin 1998, Le droit des sourds : 115 propositions, *Rapport au Premier Ministre*, p.96.

<sup>8</sup> Loi n°57-1223 du 23 novembre 1957 sur le reclassement professionnel des travailleurs handicapés

Les notions de réadaptation et de réorientation marquent la volonté pour le législateur de porter assistance aux personnes handicapées. Les ateliers protégés apparaissent ainsi que des Commissions Départementales d'Orientation des Infirmes (CDOI).

Les quatre principes fondateurs de cette loi sont :

- La constitution d'un statut du travailleur handicapé,
- L'instauration d'une incitation d'emploi dans le privé,
- L'assistance auprès des personnes handicapées,
- Le rôle des établissements de travail protégé.

### **Les lois du 30 juin 1975<sup>9</sup>**

Ces deux lois ont joué un rôle important dans la structuration du secteur médico-social mais aussi dans la promotion du droit de la personne. Elles vont réorganiser la prise en charge en introduisant une notion jusqu'alors nouvelle : la solidarité. L'idée étant que le handicap est l'affaire de tous et doit faire l'objet d'une obligation nationale. L'ensemble des acteurs sociaux a donc une responsabilité dans la mise en œuvre de cette obligation.

En 1975 la logique du projet d'établissement fait référence. La personne est orientée dans l'institution spécialisée agréée pour la prise en charge de sa pathologie. Elle adhère au projet institutionnel proposé. La circulaire de 1982 va ouvrir la voie de l'intégration de la personne handicapée dès son plus jeune âge par le biais de la scolarisation « *L'intégration vise tout d'abord à favoriser l'insertion sociale de l'enfant handicapé en le plaçant le plus tôt possible dans un milieu ordinaire où il puisse développer sa personnalité et faire accepter sa différence<sup>10</sup>* ». Ces circulaires ont permis que des actions d'intégration multiples et variées se développent.

### **La loi du 13 janvier 1989<sup>11</sup>**

Jusque dans les années 1980, les jeunes adultes accueillis en Institut Médico-Pédagogique (IMP), atteignant l'âge de 20 ans, pouvaient du jour au lendemain se retrouver sans solution d'accueil en secteur adulte du simple fait d'un manque de place. Pour éviter des ruptures à ces adultes en devenir et maintenir le concept d'obligation

---

<sup>9</sup> Lois n°75-534 du 30 juin 1975, dite « d'orientation en faveur des personnes handicapées » et n°75-535 relative aux institutions sociales et médico-sociales

<sup>10</sup> Circulaires n°82-2 et n°82-048 du 29 janvier 1982 pour la mise en œuvre d'une politique d'intégration en faveur des enfants et adolescents handicapés

<sup>11</sup> Loi n°89-18 du 13 janvier 1989, dite « Amendement Creton »

nationale, cette loi a permis de légiférer sur le maintien des personnes dans ce type de structure au-delà de 20 ans dans l'attente d'une orientation adaptée et effective.

### **La loi du 02 janvier 2002<sup>12</sup>**

Cette loi place définitivement les droits des usagers au centre de la prise en charge ou du dispositif social et médico-social. Elle insuffle, par son versant organisationnel, une redéfinition des schémas départementaux, régionaux et nationaux et donne une définition de la notion de droit pour les usagers. Ces derniers s'organisent de la façon suivante :

#### **- Des orientations**

- Affirmer et promouvoir les droits des usagers et de leur entourage,
- Diversifier les interventions dans les établissements et services,
- Améliorer les procédures techniques et le pilotage du dispositif,
- Instaurer une politique d'évaluation.

#### **- Des outils**

- Le livret d'accueil,
- La charte des droits et liberté de la personne accueillie,
- Le contrat de séjour,
- Le règlement de fonctionnement,
- La personne qualifiée en cas de conflit,
- Le Conseil à la Vie Sociale (CVS),
- Le projet d'établissement et de service.

#### **- Des droits fondamentaux**

- Respect de la dignité, intégrité, intimité, sécurité et vie privée,
- Libre choix des prestations,
- Prise en charge et accompagnement individualisé,
- Confidentialité et modalités d'accès aux informations,
- Conception, réalisation et mise en œuvre du projet d'accompagnement,

---

<sup>12</sup> Loi n°2002-2 du 02 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

- Le droit au respect de la vie familiale.

La loi du 02 janvier 2002 et ses décrets d'application imposent aux établissements et services de mettre en lumière, formaliser, évaluer et faire évoluer leurs pratiques institutionnelles et professionnelles afin de mieux organiser leurs dispositifs et tendre vers la qualité de l'offre d'action sociale et médico-sociale. Elle impulse une culture de l'évaluation basée sur le questionnement continu des activités et prestations tout en incitant à une gestion efficace de l'argent public.

Dans une perspective d'amélioration continue de la qualité de la prise en charge des personnes, le législateur a prévu l'élaboration participative et la mise en œuvre d'outils évolutifs permettant de guider le questionnement des pratiques : le projet individualisé, le projet de service, le projet d'établissement, l'évaluation interne et l'évaluation externe.

Dans l'esprit de la loi en 2002, un changement important s'opère dans la structuration de l'offre sociale et médico-sociale puisque ce sont les établissements et services qui doivent s'adapter au projet de l'utilisateur en personnalisant l'accompagnement proposé.

### **La loi du 11 Février 2005**

La loi du 11 Février 2005 institue la définition de l'accessibilité pour tous les handicaps et les critères d'accessibilité pour l'environnement complet de la société. Les premières lignes de la loi rappellent les droits fondamentaux des personnes handicapées et donnent une définition du handicap : « *Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant*<sup>13</sup> ».

Si l'insertion des personnes déficientes auditives passe par la pratique d'un mode de langage gestuel universel, cette définition trouve ses limites lorsqu'il s'agit d'adapter une communication à des sujets présentant d'autres troubles associés de type autisme, psychose, malvoyance, déficience mentale...).

Il revient ainsi aux établissements spécialisés de mettre en œuvre leurs compétences internes pour permettre aux personnes qu'ils accueillent d'être en relation avec les autres, d'avoir une vie sociale.

Le FAM « Combe Laval » a développé ces compétences. Il accompagne des personnes en situation de handicap dans un environnement repéré tout en leur garantissant un

---

<sup>13</sup> Loi n°2005-102 du 11 Février 2005, relative à l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

accès aux services de droits communs ( services publics, séjours de vacances adaptées, médecine libérale...)tel que le définit Jean-Marc LHUILLIER lorsqu'il écrit que « [...] d'objet de droit, l'usager doit devenir sujet de droit<sup>14</sup> ».

### **La loi Hôpital Patients Santé et Territoire (HPST)<sup>15</sup>**

La mise en œuvre de la Révision Générale des Politiques Publiques (RGPP), avec la rationalisation des services de l'État et le vote de la loi HPST, via les Agences Régionales de Santé (ARS) ont restructuré le cadre juridico administratif du secteur social et médico-social. Cette réorganisation marque le rapprochement du sanitaire et du médico-social alors que les lois de 1975 les avaient distinguées.

Pour Fabrice HEYRIES, directeur de la Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS) en 2010, ce regroupement se veut cohérent avec une « *conception large du rôle de l'État en matière de cohésion sociale*<sup>16</sup> ».

Réparties sur le territoire français, les 26 ARS ont pour mission de décliner la politique nationale de santé. Pour ce faire, elles disposent de différents outils de planification et de programmation médico-sociale :

- Le Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS) planifiant l'offre de service en matière hospitalière, ambulatoire et médico-sociale en lien avec les besoins repérés des personnes,
- Le Schéma Régional de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale (SROSMS). Elaboré par le directeur général de l'ARS, il décline les orientations et objectifs du PSRS pour le secteur médico-social,
- Le Programme Interdépartemental de l'Accompagnement des Handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC), précisant les modalités d'application du schéma régional en termes de créations de places médico-sociales.

#### **1.1.3 Les F.A.M : une configuration originale**

L'appellation « Foyer d'Accueil Médicalisé » est récente puisqu'elle est issue de la loi du 02 janvier 2002. Elle succède à une autre appellation donnée à des établissements créés à titre expérimental par la circulaire du 14 Février 1986, les Foyers à Double Tarification

---

<sup>14</sup> LHUILLIER Jean-Marc, 2009, *Le droit des usagers dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux*, 4<sup>ème</sup> édition, presse de l'EHESP, page 24.

<sup>15</sup> Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

<sup>16</sup> HEYRIES Fabrice, janvier 2010, « Notre regard va changer », *Actualités sociales hebdomadaires*, n°2642, p.28.

(FDT). L'accueil d'adultes gravement handicapés était alors assuré par deux types d'établissements : les Maisons d'Accueil Spécialisées et les Foyers de Vie.

Dans son introduction, la circulaire du 14 Février 1986 préconisait une alternative de l'existant : *« Il s'agit, dans les deux cas, de personnes gravement handicapées qui nécessitent à la fois un hébergement social et un suivi médical ou paramédical important qui ne peut être assuré par le seul recours à des interventions extérieures (équipes de secteur psychiatrique, soins de ville). C'est pourquoi, il semble souhaitable [...] que l'établissement d'hébergement puisse se doter d'une organisation propre de soins<sup>17</sup> ».*

Cette recherche d'alternance dans la prise en compte d'un besoin nouveau dans le champ médico-social est originale dans la mesure où elle renforce la compétence et ainsi la responsabilité du département dans l'accueil de personnes lourdement handicapées. Les lois de décentralisation affirment une dimension jusqu'alors inexplorée, celle de l'adaptation du territoire au service des habitants. Le champ sanitaire participe à part entière à cette nouvelle construction administrative puisque le financement de ces établissements est partagé.

#### ❖ **Un financement de l'aide sociale départementale (Conseil Général)**

Le prix de journée est fixé par le Président du Conseil Général du département où se situe le foyer. Le Conseil Général recherche le domicile de secours du résident, c'est-à-dire le dernier domicile de la personne handicapée enregistré à partir du moment où la prise en charge a débuté dans le secteur adulte. Le plus souvent, ce domicile correspond au département où vivaient les parents de la personne. Une demande d'aide sociale est effectuée auprès du Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) du domicile de secours.

Le prix de journée est ainsi payé à la structure par le département du domicile de secours. Il comprend la prise en charge des frais de fonctionnement de l'établissement liés à l'hébergement et les frais de personnel éducatif et logistique.

#### ❖ **Un financement de la sécurité sociale (Assurance Maladie)**

La sécurité sociale verse un forfait soin sous la forme d'une dotation globale à la structure d'hébergement. C'est l'ARS qui a un pouvoir de contrôle et d'acceptation du montant du forfait soin. Ce dernier recouvre principalement les frais occasionnés par les soins médicaux, les charges afférentes au personnel et au matériel médical et paramédical. Par le financement qu'il accorde, le législateur détermine l'organisation structurelle des

---

<sup>17</sup> Circulaire n°86-6 du 14 Février 1986, relative à la mise en place d'un programme expérimental d'établissements d'hébergement pour adultes gravement handicapés

établissements qu'il finance. En ce qui concerne la particularité des FAM, il semble intéressant de noter que ce qui fonde les grands principes de la prise en charge répond à une répartition financière partagée entre l'État (par délégation à ses services déconcentrés) et le Conseil Général. Les lois de décentralisation des années 1980<sup>18</sup> et celles qui ont suivi, ont attribué à ce dernier une compétence générale en ce qui concerne les prestations d'aide sociale légale. Ainsi, à travers l'exemple des FAM, l'action sanitaire et sociale renvoie à un dialogue État-département.

#### **1.1.4 L'hébergement et le soin, deux fonctions réunies autour du décret du 20 Mars 2009**

En finançant le tarif soin, l'État reste garant du principe de solidarité nationale et de sa mise en œuvre sur son territoire. De son côté, le département confirme sa légitimité dans la conduite d'actions en cohérence avec les besoins de son territoire.

Les FAM proposent donc un service à un public handicapé ayant des besoins nécessitant un double accompagnement. Leur financement est articulé autour d'une répartition budgétaire séparée. Les enveloppes attribuées correspondent à des modalités d'accompagnement arrêtées par décret :

- L'hébergement faisant référence à des compétences en termes de prestations hôtelières quotidiennes et d'accompagnement éducatif.
- Le soin, quant à lui, étant une fonction emprunte d'une culture sanitaire dans laquelle la personne handicapée est identifiée comme patient.

J'ai souvent remarqué que la fonction exercée par un ou une professionnelle avait une influence sur l'analyse du comportement d'une personne accueillie au sein du FAM.

La différence des pensées entre le sanitaire et le social, en partie liée à des fonctions différentes dans des missions complémentaires, n'est un secret pour aucun acteur du secteur médico-social. Sans remettre en question les compétences des uns et des autres, des questions de légitimité mais aussi de pouvoir d'un champ sur l'autre se posent régulièrement. Avec le décret du 20 Mars 2009, le législateur fixe un cadre juridique plus précis qu'auparavant en redéfinissant les responsabilités que les établissements d'accueil et de soin vont devoir assumer. Ces obligations, destinées à améliorer la qualité de l'accueil et de l'accompagnement des adultes handicapés, rappellent en particulier la

---

<sup>18</sup> Loi n°82-213 du 2 mars 1982 relative aux droits et libertés des communes, des départements et des régions publiée au Journal Officiel n°52 du 3 mars 1982

responsabilité des directeurs dans la mise en œuvre d'actions concrètes au sein des établissements sociaux et médico-sociaux.

**Trois dimensions ressortent de ce décret :**

- Une dimension qualitative contractualisée et définie au travers d'une prise en compte individualisée des besoins de la personne accueillie dans son quotidien (activités, intimité, soins adaptés...),
- Une dimension organisationnelle des établissements et services, déclinée sous la forme d'objectifs et de moyens à mettre en œuvre pour proposer des services diversifiés et efficaces en lien avec un projet élaboré pluridisciplinairement,
- Une dimension fonctionnelle précisant l'identification, le champ d'intervention et de compétence des acteurs institutionnels.

L'accompagnement continu de la personne dans sa globalité est un principe fondamental inscrit dans ce décret. L'établissement doit garantir ce droit tout au long de l'année, offrir et organiser ses services pour assurer un accompagnement adapté en faveur des personnes accueillies. À l'intérieur de chacune des dimensions précitées, l'implication transversale des équipes pluridisciplinaires est recherchée pour assurer un accompagnement de qualité :

*« Porter une attention permanente à toute expression d'une souffrance physique ou psychique ; assurer un accompagnement médical coordonné garantissant la qualité des soins [...] », dimension qualitative. « Le projet d'établissement ou de service précise les objectifs et les moyens mis en œuvre pour assurer collectivement la qualité d'accueil ou d'accompagnement [...] », dimension organisationnelle. « L'équipe pluridisciplinaire dresse dès l'admission un bilan pluridisciplinaire de l'état général et de la situation de la personne [...] assure une fonction générale de prévention et de surveillance de la santé physique et psychique<sup>19</sup> », dimension fonctionnelle.*

Les adultes pris en charge au sein du FAM correspondent aux caractéristiques des personnes concernées par ce décret puisqu'ils *« présentent une situation complexe de handicap, avec altération des capacités de décision et d'action dans les actes essentiels de la vie quotidienne, résultant :*

- *Soit d'un handicap grave [...] entraînant une restriction extrême de l'autonomie et des possibilités de perception [...],*

---

<sup>19</sup> Décret n°2009-322 du 20 Mars 2009 relatif aux obligations des établissements et services accueillant ou accompagnant des personnes handicapées adultes n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie, publié au Journal Officiel n°0072 du 26 Mars 2009

- *Soit d'une association de déficiences graves [...] entraînant une dépendance,*
- *Soit d'une déficience intellectuelle sévère [...] dont des troubles du comportement qui perturbent gravement la socialisation et nécessite une surveillance constante.<sup>20</sup> »*

## **1.2 Le FAM « Combe Laval », une structure spécifique qui ne fait pas exception**

Ce FAM appartient à une association gestionnaire, créée, à son origine, pour accueillir de jeunes enfants sourds. Seule association sur le territoire français à assurer une prise en charge associant la surdité aux handicaps associés, cette dernière a entre autres accueilli, jusque dans les années 1980, des enfants en provenance de la Martinique ou de la Guadeloupe. L'internat était ouvert toute l'année. Pour certains enfants, les retours en familles étaient biannuels.

### **1.2.1 L'état des lieux des FAM en France**

Cet état des lieux est le résultat d'une recherche statistique au regard d'études réalisées par la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DRESS) et l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE). Il dresse dans un premier temps la répartition des structures adultes en France et décline ensuite une photographie des dispositifs spécifiques de type FAM.

#### **Les structures adultes en France :**

Au 31 décembre 2006<sup>21</sup>, les établissements médico-sociaux français pour adultes accueilleraient plus de 200 000 personnes handicapées. Au niveau national les Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS), avec un pourcentage de 9,8%, avaient une capacité d'accueil de 19 600 places. Avec 13 400 places, les FAM représentaient quant à eux un pourcentage d'accueil national de 6,7%. Entre les années 2001 et 2006 l'augmentation des places en FAM est évaluée à 46% (9200 places en 2001 pour 13 400 en 2006). L'internat est le mode d'accueil principal avec un taux d'occupation proche de 100%.

#### **Les FAM en France<sup>22</sup> :**

Outre leur tarification, l'originalité des FAM réside également dans la diversification des agréments d'accueil accordés. Ainsi, sur un même territoire, des structures

---

<sup>20</sup> Ibid

<sup>21</sup> Enquête « Etablissements sociaux et médico-sociaux » (ES), Tableau 1, DRESS 2006

<sup>22</sup> Sources DRESS, statiss 2010 et INSEE, estimation de la population au 01/01/2009

administrativement identiques accompagnent des publics très différents. Elles prennent en charge des personnes ayant des handicaps physiques (polyhandicap), psychiques (troubles envahissant du développement, psychiatrie), sensoriels (sourds, sourds-aveugles...), associés (handicap mental associé à un ou plusieurs autres handicaps). Beaucoup sont actuellement concernées par la question du vieillissement des personnes.

Au 31 décembre 2001, « 278 foyers à double tarification disposent de 9200 places<sup>23</sup> ». En 2012, l'annuaire en ligne de l'action sociale<sup>24</sup> fait état de 730 FAM sur le territoire national soit une augmentation, en nombre d'établissements de 162% en l'espace de onze ans.

Au 1<sup>er</sup> janvier 2009, la France dispose d'un taux d'équipement en FAM de 0,5 places pour 1000 personnes âgées de 20 à 59 ans. Rapporté au nombre d'habitants dans cette même catégorie d'âge, ce taux d'équipement représente ainsi une capacité d'accueil nationale équivalente à 15 750 places soit une création de 6650 places supplémentaires en sept ans.

Les FAM qui ont pour agrément principal la prise en charge des personnes atteintes de déficience auditive représentent, quant à elles, 2% des établissements soit 315 places réparties sur le territoire français.

La Fédération nationale pour l'Insertion des personnes Sourdes et des personnes Aveugles en France (FISAF), compte parmi ses adhérents sept établissements dont l'agrément spécifie la prise en charge d'adultes déficients auditifs avec handicaps associés.

Ces structures sont réparties sur le territoire national de la façon suivante :

Régions	Auvergne	Bretagne	Ile-de-France	Nord-Pas-de-Calais	Rhône-Alpes
<b>F.A.M / Agrément surdité</b>	1	1	2	1	2

**Tableau n°3 « Les FAM avec un agrément surdité en France »**

<sup>23</sup> CTNERHI, Guide NERET, 2007, Droit des personnes handicapées, Groupe Liaisons SA, p.274

<sup>24</sup> ANNUAIRE DES ETABLISSEMENTS DE L'ACTION SOCIALE. Foyer d'accueil médicalisé pour adultes handicapés (FAM). [31/01/2012], disponible sur <http://www.annuaire.action-sociale.org>

### **Les FAM dans la région Rhône-Alpes :**

La région Rhône-Alpes dispose de 74 FAM sur son territoire soit un taux d'équipement de 0,6 place pour 1000 personnes âgées de 20 à 59 ans.

La répartition par département se présente ainsi :

<b>Région Rhône-Alpes</b>	<b>Départements</b>	<b>Nombre de FAM</b>	<b>Taux d'équipement</b>
	<b>Ain</b>	8	0,6
	<b>Ardèche</b>	4	0,2
	<b>Drôme</b>	5	0,7
	<b>Haute-Savoie</b>	8	0,8
	<b>Isère</b>	10	0,6
	<b>Rhône</b>	25	0,6
	<b>Savoie</b>	4	0,6
	<b>Total :</b>	<b>74</b>	<b>0.6</b>

**Tableau n°4 « Répartition des FAM dans la région Rhône-Alpes »**

Rapporté au nombre d'habitants (3 257 459)<sup>25</sup>, selon la même méthode, ce taux d'équipement représente une capacité d'accueil régionale équivalente à 1954 places soit 12% de la capacité nationale.

Deux FAM (un dans le département de la Drôme, l'autre dans le département du Rhône) ont un agrément spécifique pour l'accueil des personnes sourdes. Leur capacité d'accueil cumulée étant de 42 places, 13% des places réparties sur le territoire français se trouvent en Rhône-Alpes.

### **Les F.A.M dans le département de la Drôme :**

Le département de la Drôme dispose de cinq FAM sur son territoire soit un taux d'équipement de 0,7 place pour 1000 personnes âgées de 20 à 59 ans.

---

<sup>25</sup> INSEE, 2008, Effectif de la population régionale par classe d'âge (20-59 ans).

Rapporté au nombre d'habitants (244 837), ce taux d'équipement représente une capacité départementale d'accueil de 172 places soit 9% de la capacité régionale et 1% de la capacité nationale.

<b>Département de la Drôme</b>	<b>Lieux</b>	<b>Agrément principal</b>	<b>Nombre de places</b>
	Tain l'Hermitage	Polyhandicap / Epilepsie	64
	Saint Thomas en Royans	Polyhandicap	22
	Poët Laval	Handicap Psychique	55
	Saint Laurent en Royans	Surdité / Autisme	19
	Peyrins	Personnes Handicapées Vieillissantes (PHV)	12
	<b>Total :</b>		<b>172</b>

**Tableau n°5 « Répartition des FAM dans le département de la Drôme »**

Seul établissement médico-social dans le département à avoir un agrément spécifique pour l'accueil des personnes sourdes, le FAM « Combe Laval », avec une capacité d'accueil de 19 places, représente 6% de l'offre d'accueil nationale en faveur des adultes déficients auditifs bénéficiant d'une orientation de type FAM.

Au regard de la diversité des publics accueillis sur ce territoire, des réseaux entre établissements peuvent être envisagés afin de développer des compétences spécifiques en termes de prises en charge et de coopérations.

### **1.2.2 Présentation de l'association « La Providence »**

La création de l'association est liée directement à l'évolution de la prise en charge de la surdité dans le domaine du handicap sensoriel. L'histoire de l'établissement principal qu'est l'I.M.E. a marqué de son empreinte le fonctionnement associatif actuel.

Fondée en 1865 par Messieurs les abbés CHAMPAVIER et CLAIR, « La Providence des Sourds-muets » fut gérée jusqu'en 1976 par la congrégation des Sœurs Franciscaines Missionnaires de Notre Dame. Sous leur impulsion, l'établissement n'a cessé de grandir

et de se structurer. La première convention avec l'État date de 1960. L'établissement devient alors un Institut Médico-Pédagogique pour enfants sourds avec handicaps associés.

En décembre 1976, la gestion de l'établissement est confiée à une association nouvellement créée et régie par la loi de 1901. Le Conseil d'Administration, composé de représentantes de la congrégation des Sœurs Franciscaines (moitié), d'élus politiques locaux et départementaux, de chefs d'entreprises entreprendront, à partir de 1978, d'importants travaux pour moderniser l'établissement. En 1995, la politique associative va évoluer par la nomination d'un professeur de médecine à la présidence du Conseil d'Administration et l'entrée majoritaire de nouveaux membres issus du corps médical, spécialisés dans le traitement de la surdité.

En l'espace de 30 ans, l'accueil des enfants en internat a diminué de près de 50 % contrairement à l'accueil des adultes qui lui ne cesse de se développer. Ce constat n'est pas propre à l'association puisqu'il est partagé nationalement et s'explique :

- Par le développement, au sein de l'association, de nouvelles structures pour apporter des réponses adaptées, en termes d'accompagnements, aux enfants ayant atteint l'âge adulte,
- Par le vieillissement de la population handicapée française, les progrès toujours croissants de la médecine et les évolutions des politiques publiques en faveur de l'intégration scolaire et de l'accompagnement des adultes en situation de handicap.

Cette baisse d'effectif (185 enfants en 1976 contre 70 actuellement) a nécessité une réorganisation de l'ensemble du dispositif associatif par des redéploiements successifs et des créations de structures nouvelles destinées à répondre aux besoins non pris en compte jusque là. Ainsi, furent créés successivement :

- En 1988, l'Établissement et Service d'Aide par le Travail (ESAT), les Foyers Appartements (FA) et le Service d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS),
- En 1990, les Services de Soutien à l'Éducation Familiale et à l'Intégration Scolaire (SSEFIS),
- En 1996, le Foyer d'Hébergement (FH) et le FAM.

L'association accompagne, à ce jour, 92 adultes. Depuis janvier 2005, elle assure également la gestion d'un Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) et d'un Foyer Logement situés respectivement sur les communes de Saint Laurent et Pont en Royans. Les personnes âgées accueillies au sein de ces

deux établissements sont essentiellement issues du canton et n'ont pas de lien avec le secteur médico-social.

### **1.2.3 La création du FAM « Combe Laval » en réponse à un public repéré**

L'ouverture d'une nouvelle structure répond à des besoins nouveaux préalablement identifiés en faveur d'un public spécifique. Il en a été ainsi au sein de l'association « La Providence ».

Le FAM « Combe Laval »<sup>26</sup> a ouvert ses portes au mois de Septembre 1996 par le biais d'une dotation financière issue de ce que nous nommons au sein de l'association : « les fonds VEIL », en référence aux fonds accordés en faveur de la prise en charge des enfants et adultes autistes par Madame Simone VEIL, alors Ministre des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville.

À cette époque, l'association « La Providence » était composée d'un secteur enfance (IME) et d'un secteur adulte (ESAT, F.H, F.A et S.A.V.S). L'IME avait un recrutement qui correspondait à l'ensemble du sud-est de la France. Son agrément en terme d'accueil était de 85 enfants. En son sein, un groupe d'une vingtaine de jeunes avait atteint l'âge de 20 ans et était maintenu dans son effectif par le biais de l'amendement Creton. Outre les questions financières liées à cette situation, des réponses en termes de continuité de prises en charge demandaient à être recherchées. Ces jeunes adultes répondaient à une orientation de type FDT. L'association n'avait pas les moyens en l'état de leur garantir cet accompagnement sans la création d'une structure nouvelle. Le Conseil d'Administration, soutenu par les familles, a alors déposé une demande de création d'établissement auprès des autorités de tutelles. Une délégation composée de médecins de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie s'est déplacée durant plusieurs jours sur le site de Saint Laurent en Royans afin d'étudier les dossiers médicaux des jeunes adultes au mois de Janvier 1995. La semaine suivante, l'accord était donné pour la création d'un établissement au sein de l'association. Les travaux ont débuté en septembre 1995 pour une ouverture l'année suivante.

### **1.2.4 Un ESMS organisé autour de la prise en charge d'un groupe horizontal**

Le FAM a été créé pour accueillir un groupe de jeunes adultes de plus de 20 ans jusqu'alors répartis dans différents lieux de vie de l'IME. L'association a dû développer ses services afin d'apporter une réponse à ce manque de perspectives. Les 19 adultes « candidats » bénéficiaient tous d'une orientation de type FDT et ont intégré ensemble la

---

<sup>26</sup> Cf. ANNEXE I, « Fiche d'identité du FAM »

nouvelle structure créant ainsi un groupe homogène en âge. Je présenterai dans mon diagnostic les conséquences de cette situation sur la problématique institutionnelle actuelle.

Outre l'orientation officielle, plusieurs critères ont permis la construction du projet d'établissement :

- **L'âge** fut le premier critère retenu. Le plus jeune adulte avait 18 ans, le plus ancien 26 ans, pour une moyenne d'âge proche de 23 ans,
- **La déficience auditive** fut le second critère retenu puisque pour l'ensemble des résidents, le port d'un appareil auditif associé à une rééducation n'était pas possible du fait de leurs troubles du comportement trop importants,
- **Les moyens de communication** utilisés furent enfin un axe fort du projet pour permettre de maintenir une communication non verbale adaptée aux niveaux de compréhension très différents de chaque résident.

D'autres critères comme, par exemple, les degrés d'autonomie et d'indépendance de la personne dans les choix et actes de la vie quotidienne correspondent à la recherche d'une homogénéité dans la constitution des groupes au sein du lieu de vie. Nous verrons quelles sont les incidences de ces critères dans la réévaluation du projet d'établissement.

### **1.3 Un public rare aux caractéristiques multiples**

#### **1.3.1 Le schéma national du handicap rare**

Le handicap rare apparaît dans l'article 3 de la loi n°75-535 du 30 juin 1975<sup>27</sup> et trouve sa première définition dans la circulaire du 05 juillet 1996 comme « *une configuration rare de troubles ou déficiences entraînant un ensemble d'incapacités nécessitant une prise en charge particulière qui ne saurait se limiter à la simple addition des techniques et moyens employés pour prendre en charge chacune des déficiences considérées*<sup>28</sup> ». La loi 2002-2 a décidé d'un schéma national d'organisation sociale et médico-sociale pour les handicaps rares proposé par la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA). Le décret du 7 Septembre 2005 établit la nouvelle définition réglementaire des 5 catégories de handicap rare<sup>29</sup>:

---

<sup>27</sup> Loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

<sup>28</sup> Circulaire DAS/RVAS n° 96-429 du 5 juillet 1996 relative au recensement de la situation et des besoins dans chaque département et région des personnes susceptibles de relever de la notion de « handicap rare ».

<sup>29</sup> Article D 312-194 C.A.S.F, décret n°2005-1135 du 7 septembre 2005

- 1° L'association d'une déficience auditive grave et d'une déficience visuelle grave,
- 2° L'association d'une déficience visuelle grave et d'une ou plusieurs autres déficiences graves,
- 3° L'association d'une déficience auditive grave et d'une ou plusieurs autres déficiences graves,
- 4° Une dysphasie grave associée ou non à une autre déficience,
- 5° L'association d'une ou plusieurs déficiences graves et d'une affection chronique, grave ou évolutive.

Une planification interrégionale et la création de centres de ressources sont alors proposées. La prise en compte des adultes ayant la double déficience (auditive et visuelle) devient la compétence du Centre de Ressources pour Enfants et Adultes Sourds-Aveugles et Sourds-Malvoyants (CRESAM), près de Poitiers. Ce centre a pour objectif de mettre en place des réponses de proximité sur l'ensemble du territoire en développant les réseaux locaux afin de proposer des réponses innovantes en matière de prise en charge familiales et/ou institutionnelles. Dans le cadre des rencontres interrégionales organisées par la FISAF, le CRESAM a présenté ses missions sur le territoire national dans le champ de la surdicécité. J'ai ainsi engagé un partenariat avec les professionnels de ce centre ressource dans la mesure où leurs interventions ont un lien avec le public accueilli au FAM « Combe Laval ». En effet « *l'association d'une déficience auditive grave et d'une ou plusieurs autres déficiences graves* » fait référence à des associations de pathologies dont souffrent plus de la moitié des résidents du FAM. Le vieillissement est un facteur favorisant l'apparition de déficiences graves. Ces combinaisons ayant un impact dans la manière d'aborder différemment la question de l'accompagnement, il est essentiel d'être aidé dans la formulation d'un diagnostic pour ensuite intervenir auprès des personnes avec des outils adaptés.

### **1.3.2 Les personnes handicapées accueillies**

À ce jour, le FAM « Combe Laval » accueille dix neuf adultes répartis sur deux lieux de vie différents selon les critères suivants :

- L'autonomie dans les actes de la vie quotidienne,
- Le niveau de communication,
- Le besoin d'aide pour la gestion des soins quotidiens.

Le premier lieu de vie, dit « *groupe du haut* » accueille en chambres individuelles neuf adultes âgés de 36 à 44 ans (huit hommes et une femme). Le personnel médico-éducatif

est composé d'une Monitrice Educatrice (ME) soit 1 ETP, trois Aides Médico-Psychologiques (AMP) soit 3 ETP, et deux Aides-Soignants (AS) soit 1,8 ETP. Le second lieu de vie, dit « *groupe du bas* » accueille dix adultes âgés de 28 à 45 ans (huit hommes et deux femmes) et dispose de l'encadrement suivant : quatre AS soit 3,90 ETP et deux AMP soit 2 ETP. La nuit, l'accompagnement est assuré par trois AS soit 2,5 ETP.

Depuis son ouverture, le FAM n'a pas eu de grands changements dans la configuration fonctionnelle de son organigramme. Le poste de ME correspond à la mise en œuvre et le développement des outils de communication au sein de la structure. Les aides médico-psychologiques et aides-soignants interviennent sur les missions d'accompagnements et de soins dits du quotidien. Les fonctions paramédicales transversales à l'établissement sont représentées par une psychomotricienne et une psychologue, toutes deux à 0,25 ETP. Les fonctions logistiques s'articulent autour de l'intervention d'un agent de service intérieur (0,75 ETP), d'une maîtresse de maison (0,75 ETP) qui assure la gestion des stocks et du linge quotidien des personnes accueillies, d'un ouvrier d'entretien responsable de la maintenance (0,25 ETP).

Sous l'autorité d'une direction générale de l'association, j'assure la direction de l'ensemble du FAM. Sous mon autorité, l'organisation médicale de la structure est de la responsabilité du médecin (0,15 ETP accordés au budget de l'établissement). Ce dernier, par manque de disponibilité, est en lien direct une fois par semaine (deux heures hebdomadaires) avec l'infirmière de l'établissement à laquelle il délègue la mise en œuvre des traitements qu'il prescrit. Je note enfin qu'en l'espace de 16 ans l'encadrement global du foyer est passé (tous postes confondus) de 18,37 ETP à 21,20 ETP soit une augmentation de 15,40 %. J'ai récemment contribué à cette augmentation de temps de travail en obtenant 0,25 ETP supplémentaires de temps infirmier et 0,10 ETP de temps aide-soignant à répartir selon les besoins du service pour répondre à la hausse des accompagnements médicaux extérieurs.

L'agrément de cette structure accorde une prise en charge pour des adultes handicapés mentaux sourds, multihandicapés que la dépendance totale ou partielle, constatée par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH), rend inapte à une activité professionnelle et qui nécessite l'aide d'une tierce personne pour la plupart des actes essentiels de la vie quotidienne ainsi que des moyens de communication adaptés en raison de leur surdité. Outre le handicap mental, les adultes accueillis présentent d'autres handicaps associés qui aggravent bien souvent leur état.

Il existe toutefois un certain nombre de caractères généraux concernant les personnes accueillies au sein du FAM :

- ❖ La surdité est le dénominateur commun aux adultes pris en charge,

- ❖ La déficience intellectuelle est sévère,
- ❖ L'épilepsie est souvent présente,
- ❖ Troubles autistiques, absence de langage oral,
- ❖ Difficulté à se situer dans l'espace et le temps,
- ❖ Troubles du comportement,
- ❖ Des pathologies liées au vieillissement des personnes :
  - *déformations orthopédiques,*
  - *problèmes dentaires,*
  - *problèmes digestifs et de transit intestinal,*
  - *troubles de la vision (surdicécité tardive<sup>30</sup>),*
  - *fragilités osseuses, ostéoporoses précoces,*
  - *surcharge pondérale (baisse des activités physiques).*

### **1.3.3 L'articulation institutionnelle autour du handicap rare**

Dans le cadre de ses missions, les différents contacts qui ont été pris par le CRESAM auprès de l'association ont permis la mise en œuvre d'un partenariat basé sur le diagnostic, l'échange des savoirs et des compétences. Au regard de la définition du handicap rare telle que précisée par le décret du 7 Septembre 2005 j'ai fait établir en 2009 un premier diagnostic par le médecin du FAM pour évaluer la légitimité du partenariat avec le centre ressource. Cela a permis à l'équipe du centre ressource d'effectuer par la suite auprès des adultes accueillis de nombreux bilans plus étayés. Les diagnostics posés permettent aujourd'hui de proposer aux salariés des formations adaptées aux problématiques rencontrées ou à venir. Cette reconnaissance est un atout pour valoriser les savoir-faire professionnels. Elle ouvre le champ de la prise en charge des adultes accueillis en proposant un levier nouveau dans l'évolution du projet d'établissement et donc des pratiques professionnelles.

Accompagner un public vieillissant nécessite l'apprentissage de nouvelles compétences. Dans cette seconde partie, je vais m'attacher à montrer en quoi le vieillissement des personnes accueillies au FAM a eu comme conséquence la remise en question de pratiques professionnelles faisant jusqu'alors référence au sein de l'institution.

---

<sup>30</sup> Terme employé par le CRESAM qui signifie : « *cécité s'associant à une surdité acquise du fait de l'avancée en âge du sujet* ».

## **2 LE VIEILLISSEMENT, UNE RÉALITÉ NÉCESSITANT LA MISE EN MOUVEMENT DES ACTEURS DE LA PRISE EN CHARGE**

Le FAM « Combe Laval » est un établissement social et médico-social qui a vocation à accueillir des personnes en situation de handicap mental et sensoriel. Nous avons vu dans la première partie du mémoire que son action s'inscrit dans un contexte politique et social en évolution. Les professionnels doivent ainsi proposer des prises en charges diversifiées en termes d'accueil et de soin et répondre à des problématiques individuelles en garantissant aux personnes accueillies un accompagnement tout au long de leur parcours institutionnel. Depuis quatre ans, le vieillissement progressif de l'ensemble des adultes handicapés au sein de la structure est une réalité supplémentaire à prendre en compte dans la prise en charge médico-sociale déjà complexe.

Je montrerai donc dans ce chapitre en quoi le vieillissement des personnes handicapées accueillies au FAM « Combe Laval » a des conséquences sur les modes de prises en charges proposés actuellement. Au préalable, il est nécessaire d'étayer mes analyses en les situant dans un contexte plus général.

### **2.1 Le vieillissement des personnes handicapées**

Selon la CNSA, « *Une personne handicapée vieillissante est une personne qui a entamé ou connu sa situation de handicap, quelle qu'en soit la nature ou la cause, avant de connaître par surcroît les effets du vieillissement. Ces effets consistent, plus ou moins tardivement en fonction des personnes, en l'apparition simultanée d'une baisse supplémentaire des capacités fonctionnelles déjà altérées du fait du handicap [...] d'une augmentation du taux de survenue des maladies liées à l'âge [...] d'une évolution de leurs attentes dans le cadre d'une nouvelle étape de vie*<sup>31</sup> ».

Le vieillissement a ainsi, outre le fait de favoriser l'apparition de pathologies physiologiques, des effets qui aggravent les pathologies existantes.

#### **2.1.1 Définition générale**

Le vieillissement de toute personne est une réalité incontestable, encore faut-il s'entendre sur une définition en lien avec la problématique traitée dans ce mémoire.

La CNSA définit le vieillissement chez les personnes handicapées comme ayant des effets sur les fonctions déjà altérées par le handicap ainsi que sur d'autres fonctions. De

---

<sup>31</sup> CNSA, octobre 2010, « Aide à l'adaptation et à la planification de l'offre médico-sociale en faveur des personnes handicapées vieillissantes », *Dossier technique*, p.18

manière plus générale, le Petit Robert de la langue française 2012 nous renseigne par la définition de sens commun suivante : « *fait de devenir vieux ou de s'affaiblir par l'effet de l'âge. Processus physiologique que subit tout organisme au cours de la dernière période de sa vie*<sup>32</sup> ». Je retiendrais de cette définition deux éléments utiles à la compréhension du diagnostic à venir :

- Le vieillissement affaiblit l'organisme. Il rend vulnérable l'être humain et demande, à ce titre, qu'une attention médicale particulière accompagne cette évolution,
- Le vieillissement est un processus que le corps humain ne peut indéfiniment combattre. La mort en est l'inévitable issue.

Le maintien d'une personne vieillissante dans son environnement nécessite donc une redéfinition des dispositifs mis à son service. Ces dispositifs répondant à des besoins en termes d'adaptations techniques pour garantir sa sécurité mais également humains pour que son parcours de vie soit accompagné dans la dignité. En parlant dans mon entourage de la question du vieillissement du public accueilli au sein de la structure, je me suis aperçu qu'un grand nombre de personnes associait le « *vieillissement* » à la « *vieillesse* »... « *...à quarante cinq ans, ils ne sont pas vieux !* ». Si étymologiquement parlant, le vieillissement se caractérise par un mouvement « *de vieillir* », alors que la vieillesse signifie l'état « *d'être vieux* », les personnes accueillies au FAM ne sont pas vieilles. Leur vieillissement pose toutefois des problèmes bien réels qu'il faut prendre en compte. La définition tirée du même dictionnaire que précédemment nous dit que la vieillesse est « *la dernière période qui succède à la maturité, caractérisée par un affaiblissement global des fonctions physiologiques et des facultés mentales [...]* ». L'état de vieillesse atteint l'organisme dans sa globalité. Il associe l'accompagnement à la notion de dépendance physique et psychique. Le processus de vieillissement, quant à lui, fait référence au cadre de vie général de la personne. Ces deux notions suggèrent une identification précise des adaptations de l'environnement à mettre en œuvre.

### **2.1.2 L'impact du vieillissement sur la prise en charge médico-sociale**

La longévité croissante de la population est un fait établi, relayé chiffres à l'appui par l'INSEE<sup>33</sup>. En 1950, l'espérance de vie moyenne de la population française était estimée à

---

<sup>32</sup> Le Petit Robert, dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française 2012, version numérique, sous la direction de Josette Rey-Debove et Alain Rey. [www.robert.bibliotheque-nomade.univ-lyon2.fr](http://www.robert.bibliotheque-nomade.univ-lyon2.fr)

<sup>33</sup> Source : Insee, estimations de population et statistiques de l'état civil, champ : France métropolitaine.

66 ans contre 81 ans en 2010 soit une augmentation de l'espérance de vie de 15 années en l'espace de 70 ans. Dans le département de la Drôme, la population âgée de 60 ans et plus était, en 2002, de 100 518 personnes contre 125 342 en 2011, soit une augmentation de 24,5% en neuf ans. L'augmentation de l'espérance de vie de la population se traduit également par une augmentation significative de celle des personnes handicapées. Les progrès de la médecine ainsi que l'amélioration des conditions de vie sont autant de facteurs expliquant ce phénomène récent. Ils ont un impact sur les politiques sociales et sur les dispositifs médico-sociaux.

Le schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale 2012-2016 de la Drôme en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées indique que « *les personnes atteintes justifient de préoccupations particulières du fait de la spécificité de leur situation et de l'importance numérique des personnes concernées*<sup>34</sup> ». Une étude de besoins, conduite en 2007 a abouti, par appel à projet, à la création en 2011 d'un foyer de vie pour adultes handicapés vieillissants de 36 places et d'un FAM de 12 places. Le nouveau schéma départemental prévoit également la création de 12 places supplémentaires en FAM. Enfin, une mention spéciale fait état du contexte financier ne permettant pas d'envisager la création d'équipements médico-sociaux classiques à la hauteur des besoins malgré les perspectives démographiques évaluées. Pour le département de la Drôme, le schéma départemental préconise donc la recherche de solutions innovantes en partenariat avec les acteurs locaux. En 2006, le rapport de Paul BLANC insiste sur l'importance d'assurer des prises en charges de qualité en faveur des personnes handicapées vieillissantes en garantissant la continuité de l'accompagnement : « *pour toute personne vieillissante, l'avancée en âge se caractérise par une diminution progressive des facultés d'adaptation. Ce processus présente des particularités. [...] les réactions d'appréhension ou de refus du changement et les difficultés à les surmonter se trouvent amplifiées par la difficulté à compenser une perte de capacités ou de repères*<sup>35</sup> ». Ce rapport met l'accent sur l'effort à fournir pour maintenir les personnes handicapées vieillissantes dans un environnement stable où leurs repères se sont construits tout au long de leur parcours de vie. Il met en avant le rôle déterminant des ESMS pour adultes dans leur capacité à assurer la mise à disposition de services de qualité afin d'assurer cette transition.

---

<sup>34</sup> CONSEIL GENERAL DE LA DRÔME, mai 2012, Schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées pour les années 2012 à 2016, p.5.

<sup>35</sup> BLANC Paul, juillet 2006, La longévité des personnes handicapées vieillissantes : un nouveau défi pour leur prise en charge, *Rapport au Ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille*, p 14.

### 2.1.3 Quelles conséquences sur le public accueilli au FAM « Combe Laval » ?

Le vieillissement de l'être humain engendre classiquement la mise en œuvre régulière d'un suivi médical adapté aux troubles occasionnés. Ce processus a des conséquences plus importantes chez la personne handicapée puisque l'apparition d'un facteur médical nouveau génère souvent un déséquilibre dans son environnement quotidien. La dimension sanitaire augmente au détriment de la dimension sociale de la personne. Dans une étude publiée en 2006, le CREAI Bretagne note que « *au handicap initial vont s'ajouter progressivement les incapacités et les handicaps provoqués par le processus de vieillissement*<sup>36</sup> ». Les recherches à ce sujet montrent effectivement que des maladies chroniques souvent invalidantes, survenant lors du processus de vieillissement normal, viennent « *ajouter de l'incapacité à l'incapacité*<sup>37</sup> ». Depuis 2004, le FAM ne fait pas exception à ce constat. Par la voie des dossiers médicaux des adultes accueillis, voici la synthèse à effectif constant des différents troubles liés aux effets du vieillissement. Ces données ont été validées par le médecin de l'établissement.

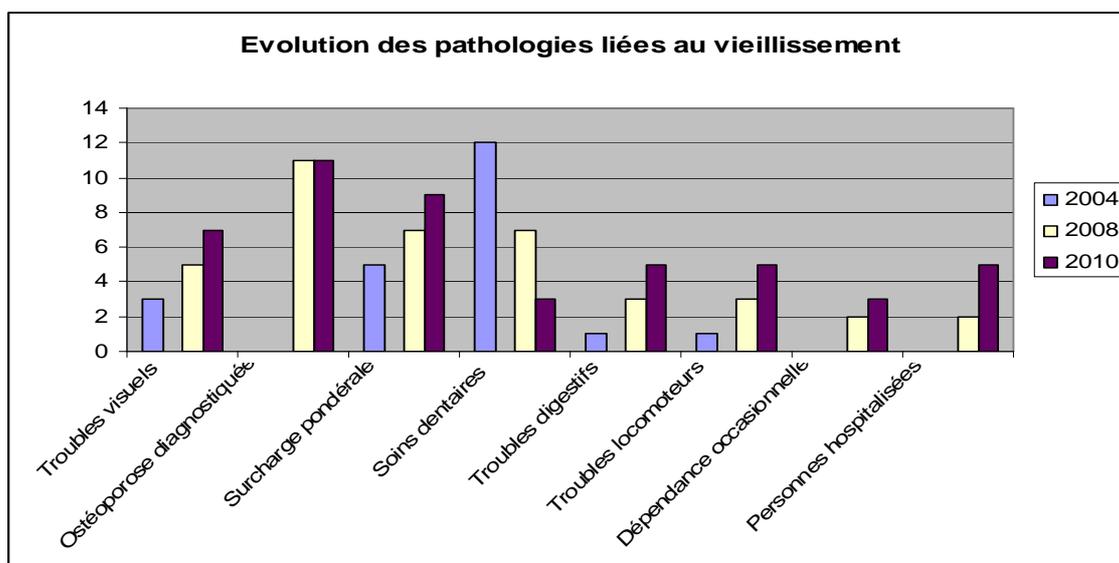


Tableau n°6 « Les pathologies associées au vieillissement en effectif »

Les troubles visuels touchent 31% des personnes accueillies en 2010 contre 15% en 2004. Plus de la moitié des adultes souffrent d'une ostéoporose précoce sévère alors que leur moyenne d'âge est en dessous de 50 ans<sup>38</sup>. La charge pondérale, calculée par

<sup>36</sup> Dossier professionnel n°10, « La personne handicapée vieillissante ou âgée », éditions CTNERHI, 2006, p 46

<sup>37</sup> Ibid, p 46

<sup>38</sup> L'ostéoporose est une maladie des os principalement repérée chez les sujets féminins ménopausés. Les risques de fractures, liés aux conséquences de cette maladie sur la masse osseuse, apparaissent généralement après 60 ans. Ils sont accrus après 80 ans.

l'infirmière, est prise en compte au travers de régimes individualisés. Ces derniers peuvent engendrer des frustrations chez certaines personnes et provoquer des troubles du comportement. La diversité des repas quotidiens préparés demande ainsi une organisation institutionnelle importante et la mobilisation des équipes de la cuisine centrale associative<sup>39</sup>. Les soins dentaires ont été une priorité de l'établissement dans sa démarche de soins auprès des personnes accueillies depuis 2004. Actuellement 3 adultes seulement bénéficient de soins spécifiques par le biais d'un service hospitalier spécialisé situé à 2 heures de route du FAM. Malgré les moyens déployés par l'établissement afin d'assurer ces accompagnements (encadrement en binôme, trajet et temps), le rapport coût-efficacité est élevé mais acceptable puisque ces soins ont des résultats à long terme et évitent la multiplication des interventions en cabinet dentaire classique. Les troubles digestifs et locomoteurs ont une augmentation identique et progressive sur 6 ans. Ils concernent les mêmes personnes, toutes ayant une activité motrice qualifiée de faible. Les dépendances occasionnelles (comme les hospitalisations), inexistantes en 2004, augmentent depuis 2008. Je vais les illustrer par trois situations réelles en montrant, d'une part, l'impact direct du processus de vieillissement sur les personnes concernées, et d'autre part, l'impact indirect sur l'organisation de la structure.

### **Des impacts directs pour les personnes concernées :**

#### **L'exemple de Monsieur C.**

Monsieur C. âgé de 35 ans en 2008 est, comme la majorité des autres résidents du FAM, un ancien élève de l'IME. Sa famille vit dans la banlieue parisienne. Depuis son entrée en secteur adulte, Monsieur C. retourne au domicile de ses parents toutes les six semaines<sup>40</sup> plus une semaine pour les vacances de Noël et de Pâques et deux semaines au mois d'août. Monsieur C. souffre de troubles autistiques sévères qui se traduisent dans son quotidien par une difficulté prononcée à entrer en relation avec le personnel médico-éducatif. Son retard mental est profond, sa surdité également. Il est épileptique. Les crises se déclenchent souvent lorsque des événements extérieurs viennent modifier son rythme quotidien. Monsieur C. ne souffre d'aucune dépendance physique, il a néanmoins quelques difficultés à se déplacer sans aide (en particulier lors de promenades à l'extérieur de l'établissement). Au mois de mars 2008, Monsieur C. a fait une chute suite à

---

<sup>39</sup> La cuisine centrale de l'association est un service à part entière. Près de 350 repas sont préparés quotidiennement.

<sup>40</sup> Les retours en famille pour Paris sont organisés toutes les 6 semaines du vendredi au lundi. Les résidents concernés sont accompagnés par 2 membres du personnel du FAM en TGV. Le financement de ces trajets sont assurés en grande partie par le budget de l'établissement (en accord avec les organismes de tutelle).

une crise comitiale<sup>41</sup>. Aidé par le personnel du FAM, Monsieur C. s'est relevé et s'est dirigé dans sa chambre, comme à son habitude, afin de se reposer. Le personnel ne relevant aucun changement dans l'attitude de ce résident, l'incident s'est soldé par une simple transmission écrite pour l'équipe du groupe et pour l'infirmière. Trois jours plus tard, devant l'inhabituelle lenteur observée lors de ses déplacements, le médecin de la structure ordonne un examen approfondi de sa hanche. Le scanner montrera que Monsieur C. a une fracture de la hanche ancienne de probablement trois semaines avec un début de formation d'un cale osseux<sup>42</sup>. Devant l'évolution de la cicatrisation, aucune chirurgie ne peut être programmée. Une immobilisation de trois mois (douche au lit, déplacements en fauteuil roulant) et une ostéodensitométrie osseuse<sup>43</sup> sont prescrites. Le diagnostic est sans appel puisque l'examen fait apparaître une ostéoporose sévère au niveau lombaire et fémoral que l'on trouve généralement chez les sujets féminins âgés de plus de 80 ans. Cette chute a eu pour effets d'augmenter le niveau de veille des équipes auprès des résidents. Des bilans médicaux, en direction de l'ensemble du public accueilli au sein du FAM, ont été prescrits par le médecin de l'établissement.

### **L'exemple de Monsieur B.**

Monsieur B. est âgé de 38 ans lorsqu'en avril 2010 une fracture « bi malléolaire » de sa cheville gauche va l'immobiliser durant plus de trois mois. Sa famille vit dans le département de la Loire (42). Elle correspond avec lui par une carte postale mensuelle. La dernière visite au foyer date de 2007.

Monsieur B. est une personne qui réside en permanence au sein du FAM. Il souffre de troubles autistiques qui se traduisent, dans son comportement, par de longs moments où il fait des tours sur lui-même en se frottant le visage lorsqu'il se trouve en insécurité ou qu'il ressent une forte frustration. Son retard mental est moyen, sa surdité profonde. Monsieur B. est également atteint d'une monophthalmie<sup>44</sup> droite avec antécédent de glaucome congénital. Son acuité visuelle est très faible puisque son unique œil est atteint d'une amblyopie forte ajoutée à une dégénérescence rétinienne centrale qui, à terme, se soldera par une cécité totale. Malgré ses handicaps, Monsieur B. est une personne indépendante dans la plupart des actes de la vie quotidienne. Une aide partielle lui est

---

<sup>41</sup> Qui signifie : « *Chute relative à une crise d'épilepsie* ».

<sup>42</sup> Qui signifie « *Substance constituée de tissu osseux, permettant la consolidation d'un os fracturé. Il s'agit donc d'une formation osseuse qui soude les deux parties d'un os fracturé* ». [visité le 06.03.2012], définition disponible sur internet : <http://www.vulgaris-medical.com/encyclopedie.html>

<sup>43</sup> Examen médical permettant de « *mesurer la densité minérale osseuse et d'évaluer la solidité des os du corps humain* ».

<sup>44</sup> Qui signifie : « *Fait de n'avoir qu'un œil* ».

donc proposée notamment lors des temps de toilettes. La fracture de sa cheville est due à une chute lors de sa douche quotidienne, à un moment où il était seul et qu'il profitait du bien-être que lui procure l'eau chaude. Elle a nécessité la pose d'un plâtre durant deux mois puis d'une botte en résine le mois suivant. En septembre 2010, un examen ostéodensitométrique a révélé un tableau clinique proche de celui diagnostiqué pour Monsieur C. à savoir, une ostéoporose grave au niveau lombaire et dorsal.

### **L'exemple de Monsieur G.**

Monsieur G. est âgé de 43 ans en mai 2011 lorsque des troubles du comportement spontanés ont mis en évidence une pathologie liée au vieillissement précoce de sa vessie. Monsieur G. souffre de troubles autistiques qui se caractérisent, dans son comportement, par de longs moments passés à se balancer d'avant en arrière assis sur une chaise à l'écart ou dans le groupe. Il boit énormément d'eau (environ 10 à 12 litres par jour) de manière compulsive souvent lorsqu'il est hors du champ visuel du personnel présent.

En dehors de sa potomanie, Monsieur G. est considéré depuis son entrée au FAM comme une personne n'ayant aucun trouble du comportement. Il participe à l'ensemble des activités extérieures proposées au sein de la structure et apprécie particulièrement les randonnées, particulièrement l'une d'elle, organisée chaque année sur plusieurs jours consécutifs, en compagnie de lamas. Le changement brutal du comportement de Monsieur G. au sein du FAM a interrogé l'équipe médico-éducative. Son environnement n'ayant pas subi de modifications particulières, l'hypothèse d'un problème physiologique est apparue comme la plus probable. Monsieur G. a donc été accompagné aux urgences de l'hôpital de Romans-sur-Isère en mai 2011 afin que l'on puisse sonder sa vessie. Le médecin a effectivement constaté que sa vessie était anormalement remplie et qu'il fallait intervenir en urgence. Monsieur G. a été hospitalisé durant sept jours. Il est sorti de l'hôpital sans sonde. Le mois suivant, de nouvelles crises d'agressivité engendrant des comportements violents sont apparues. La difficulté de Monsieur G. à uriner a nécessité la pose d'une sonde pendant six semaines jusqu'à une opération visant à élargir le canal de l'urètre pour faciliter l'évacuation des urines. Cette opération a permis le retour à une vie sociale proche de la normale pour Monsieur G. jusqu'en mai 2012. En effet, l'absorption en quantité trop importante d'eau a accéléré le processus de vieillissement de sa vessie en la rendant acrontactile<sup>45</sup>. Monsieur G. a, à 44 ans, une sonde urinaire fixée à la cheville, en permanence.

---

<sup>45</sup> Qui signifie : « *Qui ne se contracte plus* ».

Ces trois situations individuelles ouvrent un champ jusqu'alors peu pris en compte au sein du FAM « Combe Laval » puisqu'elles conditionnent les modèles institutionnels de prise en charge sous l'angle de la dépendance physique. Ainsi, les équipes éducatives et soignantes, dont les missions ont jusqu'à présent consisté à accompagner des personnes handicapées mentales en s'appuyant sur des projets personnalisés centrés sur le maintien et le développement des acquis se trouvent brusquement face à des problématiques nouvelles. Dans un dossier spécial consacré à « *l'approche du vieillissement dans les structures de travail protégé* », le neuropsychiatre Philippe Gabbai nous explique que « *le vieillissement se manifestant chez des personnes qui bénéficient depuis leur enfance de mesures pédagogiques, éducatives et thérapeutiques spécifiques, qui sont pour la plupart institutionnalisées ou prises dans des procédures d'assistance, pose aux équipes qui les accompagnent des problèmes nouveaux*<sup>46</sup> ». Au sein du FAM, les équipes vivent cette inadéquation entre ce que permet le projet d'établissement actuel et ce qu'il devrait proposer au regard de l'évolution du public accueilli. Elles constatent que les moyens techniques mis à leur disposition sont insuffisants et que leurs formations initiales ne leur permettent pas d'adapter leurs pratiques professionnelles aux besoins des personnes handicapées vieillissantes.

#### **Des risques indirects pour le personnel médico-éducatif :**

Ce que je nomme « *risques* » sont toutes les conséquences qui apparaissent au sein d'un lieu de vie lorsqu'une ou plusieurs situations individuelles deviennent des priorités en termes de prises en charges et qu'elles désorganisent le fonctionnement collectif habituel :

- ***L'organisation hebdomadaire collective remise en question lorsque les temps clés de la journée, ceux qui rythment et donnent du sens à la prise en charge, disparaissent au profit d'un accompagnement individuel chronophage prioritaire.***

Au sein du FAM, la prise en charge est rythmée par des temps quotidiens repérés. Le matin, l'encadrement est assuré sur chaque lieu de vie par deux membres du personnel. Les réveils sont échelonnés. Les binômes gèrent les toilettes ainsi que les petits déjeuners.

Sur le groupe du « *haut* », 4 adultes doivent être prêts à 9h00 car ils participent à l'atelier occupationnel interne, animé par un moniteur. L'atelier est une activité repérée tant par

---

<sup>46</sup> GABBAÏ Philippe, mai/juin 2002, « Les équipes éducatives et soignantes face au vieillissement des personnes handicapées mentales » *Les cahiers de l'actif* n°312/313, p.27.

les résidents y participant que par le personnel médico-éducatif. C'est un espace de travail réel (sous-traitance de certaines activités de l'ESAT). C'est aussi un espace d'évaluation des capacités psychomotrices des personnes.

Sur le groupe du « *bas* », la prise en charge s'effectue selon les mêmes modalités d'encadrement. Un adulte seulement participe à l'atelier à temps plein. L'essentiel du travail s'articule autour des soins du quotidien.

En milieu de matinée, personnel et résidents se retrouvent autour d'un café pour une pause dite « *institutionnelle* ». Jusqu'au repas de midi, les activités proposées sont occupationnelles. L'infirmière organise la plupart des rendez-vous médicaux extérieurs entre 10h30 et 12h00. L'après-midi, une nouvelle équipe succède à celle du matin. Des activités<sup>47</sup> sont proposées. Après le repas du soir, les lieux de vie sont à nouveau investis afin de permettre à chaque résident de se préparer à son rythme à l'approche de la nuit. Par cette photographie institutionnelle, je souhaite mettre en avant le caractère organisé de l'institution. Jusqu'à présent, ce rythme hebdomadaire est globalement maintenu et fait valeur de référence pour l'ensemble des acteurs de la prise en charge au sein du FAM. Pourtant les limites de ce fonctionnement sont apparues lorsque la dépendance ou la dégradation subite de l'état de santé d'une personne a nécessité une attention particulière de la part des équipes. Veiller sur une personne tout au long de la journée pour éviter qu'elle ne se mette en danger nécessite une mise à disposition adaptée du personnel. Cela implique que les priorités du service, mêmes temporaires, doivent changer. Cela interroge la structure dans sa capacité actuelle à penser l'évolution du public qu'elle accueille.

- ***Des équipes dont les formations initiales et les expériences au sein du foyer ne correspondent plus au cadre quotidien initial.***

Depuis son ouverture, le FAM s'est structuré sur un rythme laissant une part importante au développement des potentialités individuelles des personnes accueillies par le biais de la participation à la vie collective et/ou à des activités dont les objectifs éducatifs recherchés étaient l'insertion sociale des personnes handicapées. Ce travail a montré des résultats probants jusqu'à ce jour sans que la question de la spécificité des fonctions professionnelles initiales au sein même des équipes ne soit interrogées. Lors d'une journée régionale organisée en 2010 par l'Union Régionale des Associations de Parents et Amis de Personnes Handicapées Mentales (URAPEI) Rhône-Alpes sur le thème du « *soin dans l'accompagnement de la personne handicapée mentale* », le Docteur

---

<sup>47</sup> Cf. ANNEXE II « Activités hebdomadaires du FAM »

BERNARD, gériatre, notait que « *les personnes handicapées dans une tranche d'âge de 45 à 60 ans sont considérées comme vieillissantes*<sup>48</sup> ». Ce changement requiert donc une adaptation du cadre de vie, accompagnée d'une évolution des compétences techniques de la part du personnel médico-social.

Au sein du FAM, cette technicité du personnel paramédical fait défaut du fait de l'absence de situations de dépendance physique au sein de l'établissement depuis son ouverture. Les équipes étant globalement restées identiques dans leur constitution, les fonctionnements mis en place n'intègrent pas la dimension soin dans ce qu'elle doit apporter de spécifique pour accompagner des personnes vieillissantes. Ainsi, les fiches de postes AMP et AS n'intègrent pas cette dimension. Elles marquent une différence de compétences dans la gestion d'actes spécifiques au regard de leurs formations initiales mais restent malgré tout très généralistes. Je constate au sein des équipes des tensions régulières entre le personnel éducatif et paramédical. Les AMP expliquent aux AS qu'ils n'ont aucune légitimité pour assurer des soins pour lesquels ils n'ont pas reçu de formation initiale (douches au lit, manipulation des personnes dépendantes, vidange de poches urinaires...). Les AS reportent sur l'infirmière et le médecin coordonateur les angoisses de leurs collègues de travail ainsi que la responsabilité de la coordination du soin à l'intérieur de l'établissement.

- ***Des clivages entre les équipes pour répondre aux difficultés nouvelles liées à l'accompagnement d'une personne dépendante au sein de l'établissement.***

Les équipes médico-éducatives ont construit leur identité professionnelle au regard du projet d'établissement initial datant de 1996. Ce dernier faisait apparaître une distinction chez les personnes accueillies en termes d'autonomie et d'indépendance dans les actes de la vie quotidienne. Le personnel soignant et éducatif a ainsi été réparti en fonction des besoins évalués selon ces critères ; le groupe du « *haut* » a une prise en charge plus éducative, le groupe du « *bas* » a une action plus centrée sur les soins quotidiens à apporter.

Le vieillissement de l'ensemble des personnes accueillies au sein du FAM modifie actuellement la représentation du travail des équipes en y intégrant un caractère plus médicalisé. Pour le groupe du « *haut* », les besoins des adultes en termes de soins quotidiens augmentent (aide à la douche, fatigabilité...). Pour le groupe du « *bas* », la

---

<sup>48</sup> BERNARD Philippe, « Le soin dans l'accompagnement de la personne handicapée avançant en âge », in URAPEI, *Journée régionale Rhône-Alpes*, 20 novembre 2010, Seynod, p.6.

prise en charge quotidienne, déjà très individualisée et chronophage, se complexifie encore lorsqu'un accompagnement nécessite une prise en compte différente (immobilisation, plâtre, sonde urinaire...). Ces effets ont un impact pour les équipes lorsqu'une prise en charge (pour l'heure occasionnelle) demande à l'ensemble du personnel une attention particulière tout au long de la journée. Sortir de la logique d'équipe engendre une peur de glissement des moyens humains d'un groupe au profit de l'autre.

- ***Des sentiments ambigus face aux comportements nouveaux de certains adultes.***

Ces comportements peuvent être des actes de violence envers eux-mêmes, les autres résidents ou le personnel. Ils ont des conséquences sur la représentation des professionnels quant au devenir de leur travail. Depuis plusieurs années, les actes de violence ont augmenté de façon significative au sein du FAM. Afin d'évaluer quantitativement ce constat, j'ai mis en place depuis le mois de septembre 2008 des fiches dites d' « incidents ». Ces documents, rédigés par les salariés, rendent compte de faits ayant un rapport avec la notion de violence. L'année 2008 fait état de 3 incidents. Les années 2009 et 2010 font état de 7 incidents. En 2011, 8 incidents ont été recensés. Je repère deux causes principales permettant d'expliquer ce constat.

La première réside dans le fait que le vieillissement du corps humain engendre l'apparition de maux nouveaux qui, associés à l'incapacité d'être exprimés par la plupart des personnes accueillies au FAM, les poussent à avoir un comportement qu'il est très difficile de décoder. Certains résidents adoptent un comportement que l'on peut qualifier de dépressif ou de repli sur soi. D'autres expriment leur souffrance par des passages à l'acte physiques spontanés, souvent imprévisibles.

La seconde réside dans le fait qu'une prise en charge particulière nécessite un besoin plus important de personnel. Cela induit donc que ce qui fait repère au sein de l'institution et sens pour l'ensemble des résidents, à savoir la programmation des activités et la disponibilité du personnel, ne fait plus valeur de référence. Des frustrations répétées sont souvent analysées comme les causes d'un climat d'insécurité. Sans être quotidiens, les accidents de travail augmentent progressivement depuis quatre ans<sup>49</sup>. Les plus fréquents sont occasionnés par des coups reçus par le personnel lorsqu'il intervient pour éviter des altercations entre deux résidents. Nous avons constaté que ces différents éclataient

---

<sup>49</sup> Entre le 1<sup>er</sup> janvier 2004 et le 31 décembre 2007, huit accidents de travail liés à l'accompagnement de résidents ont été enregistrés, contre quinze entre le 1<sup>er</sup> janvier 2008 et le 30 juin 2012 soit une augmentation de 87%.

lorsque l'effectif d'encadrement au sein de la structure était plus faible qu'à son habitude. Le personnel, bien que conscient du handicap des personnes accueillies, exprime régulièrement sa difficulté à devoir gérer des situations de plus en plus complexes dans lesquelles la peur d'être agressé est présente.

- ***Du point de vue des équipes, une responsabilité de la direction dans son « incapacité » à les entendre lorsqu'elles demandent plus de moyens pour assurer une qualité de travail digne pour les personnes accueillies.***

En écho à l'analyse précédente, l'évolution du public accueilli nécessite la mise en œuvre de moyens supplémentaires adaptés, dignes des besoins repérés par les professionnels de la prise en charge. Au mois de juin 2011, lors d'une réunion générale organisée traditionnellement pour faire l'évaluation de l'année passée, préparer l'organisation estivale et présenter les orientations institutionnelles à venir, l'unique thème abordé a été celui de l'impuissance des équipes face à la charge de travail croissante au sein de la structure. Unies, les équipes ont fait part des limites qu'elles pensaient avoir atteintes et des attentes qu'elles avaient envers « la direction » en matière de prise en compte de leurs conditions de travail. Les réclamations portaient sur l'organisation de la structure au travers du manque de personnel, du temps de travail sous-estimé de l'infirmière pour un FAM, de l'augmentation des rendez-vous médicaux extérieurs au détriment de l'intérêt collectif et donc individuel des autres résidents. Elles portaient également sur le manque de soutien de l'institution au vu des difficultés rencontrées et notamment sur le sentiment de banalisation de la violence par la direction au sein du foyer. Enfin, les équipes ont abordé la question de la mise en place de formations mieux adaptées à la problématique du vieillissement des personnes handicapées. L'avenir de la structure a été abordé dans ses grandes lignes. Va-t-elle se transformer en une maison de retraite de type EHPAD pour personnes handicapées ? Comment continuer à penser un accompagnement éducatif pour un public vieillissant ?

- ***Des sentiments personnels forts de la part des professionnels qui connaissent les personnes handicapées depuis longtemps et qui ont aussi du mal à les accompagner dans ce qu'ils considèrent comme de la régression.***

Au sein du FAM, la moitié du personnel encadrant est présent depuis l'ouverture de l'établissement. Ces professionnels sont ainsi des témoins particuliers de l'évolution des personnes accueillies et, de fait, du projet de l'institution. Ils ont contribué à améliorer le service à rendre en développant les outils de communications qui font, actuellement, figure de référence au sein de l'association. Ils accompagnent les adultes en tenant toujours compte de leurs goûts et de leurs intérêts. Cette connaissance, construite au fil

des années, transmise aux autres professionnels ayant moins d'ancienneté a, jusqu'à ce jour, permis d'adapter l'accompagnement quotidien avec une certaine cohérence. Cette cohérence, toujours utile pour mettre du sens dans les projets de vie des personnes handicapées, doit s'adapter aux régressions que vivent ces mêmes personnes au regard de leur fatigabilité ou de leurs dépendances.

Cette transition peut être considérée par le personnel comme une impuissance à pouvoir développer son savoir faire aux nouvelles problématiques rencontrées par la personne accompagnée. L'exemple de Monsieur G<sup>50</sup>.est le reflet de l'impact du vieillissement sur les professionnels. Ce dernier, depuis 6 ans, participe à une randonnée en compagnie de lamas durant une semaine au mois de juillet. Il est l'un des résidents qui tire de cette activité annuelle des bénéfices quantifiables tant en termes de préparation physique que de bien-être psychique. La sonde urinaire étant contre-indiquée avec ce type d'activité, Monsieur G. ne fera pas partie du groupe cette année. Pour l'équipe éducative, cette décision bien que comprise est, pour l'heure, difficilement acceptable.

Depuis 4 ans, j'observe donc que des tensions existent au sein de la structure que je dirige. Ces tensions sont apparues assez brutalement alors que le projet d'établissement venait d'être réévalué. Ce dernier affirmait les valeurs éducatives de l'accompagnement des personnes handicapées accueillies. Un travail important avait par ailleurs été engagé avec les équipes médico-éducatives afin d'affirmer les différences de pratiques utilisées, de les justifier au regard des besoins spécifiques repérés selon les lieux de vie. La présentation du FAM qui va suivre s'appuie sur le projet d'établissement actuel afin d'en étudier les faiblesses en matière de prise en charge de la dépendance des personnes handicapées vieillissantes.

## **2.2 Vivre au FAM aujourd'hui**

*« L'action de l'équipe éducative centre son accompagnement sur la qualité de l'hébergement et la vie quotidienne, le maintien et l'enrichissement des acquis des personnes handicapées accueillies. Au-delà de l'hébergement et de leur rythme de vie propres, des activités dites éducatives sont proposées dans la journée ayant vocation à maintenir, voire développer leur potentialité et à leur assurer un statut d'adulte, acteur de leur projet de vie. Le soutien, l'accompagnement, l'animation, mais aussi les soins de l'équipe pluridisciplinaire demeurent permanents<sup>51</sup> ».*

---

<sup>50</sup> Situation de Monsieur G. décrite page 33

<sup>51</sup> FAM « Combe Laval », Projet d'établissement 2006-2011, « objectif de l'équipe pluridisciplinaire ».

### 2.2.1 Que dit le projet d'établissement actuel ?

La prise en charge des résidents du Foyer d'Accueil Médicalisé s'articule autour de deux fonctions : la fonction **éducative** et la fonction de **soins**. C'est autour de ces deux fonctions premières que gravite l'ensemble des autres fonctions, qu'elles soient d'ordre administratifs, de loisirs ou de services généraux. Ces jeunes hommes et femmes lourdement handicapés doivent trouver un lieu qui devienne leur « *chez eux* ». Il s'agit de développer un cadre institutionnel qui laisse la place à l'individualisation et au sein duquel chacun pourra investir son espace privé à la mesure de ses capacités, de son potentiel et de l'expression de ses désirs. Pour répondre à cet objectif, le projet tend à offrir à chaque personne les conditions lui permettant de trouver sa meilleure qualité de vie en garantissant :

- ♦ Le droit au respect et à sa dignité, par la prise en compte de sa dépendance physique, psychique et affective,
- ♦ Une qualité du cadre individuel, des espaces collectifs et de l'ensemble des prestations hôtelières,
- ♦ Un projet spécifique permettant de maintenir les liens familiaux,
- ♦ Des espaces de vie sécurisés pour éviter au mieux tout traumatisme ou rupture de prise en charge,
- ♦ Des liens avec des personnes lui permettant d'investir une relation d'accompagnement respectueuse.

L'équipe éducative et de soins a donc un rôle de prise en charge globale de la personne handicapée. Aucune allusion n'est faite concernant la prise en compte du processus de vieillissement dans l'adaptation des prises en charges à prévoir. Les adultes demeurent dans la représentation institutionnelle de « *jeunes hommes et femmes* ». L'accompagnement global proposé se construit autour de termes à consonances éducatives fortes : « *capacité, potentiel, expression, désir...* ». Le projet de soin, quant à lui, est rédigé indépendamment du projet d'établissement. En 2006, lors de la réécriture du projet d'établissement, j'ai maintenu cette séparation car le diagnostic réalisé par le médecin indiquait que la santé des adultes accueillis était bonne. De mon point de vue, les priorités institutionnelles portaient donc sur la mise en œuvre des projets individualisés au travers de la dynamique des deux équipes médico-éducatives. Depuis ma prise de fonction à la direction du FAM, j'ai ainsi participé à cette « *mise à l'écart* » de la spécificité de la fonction soignante au sein de l'établissement en la maintenant à une place à la marge et non participant à l'évolution du dispositif institutionnel.

### 2.2.2 La place du soin dans l'accompagnement quotidien

« La prise en charge médicale au Foyer d'Accueil Médicalisé « Combe Laval » se veut la plus proche possible d'un suivi médical classique, à la nuance près que la vie en collectivité demande une organisation et une coordination importante. A ce jour, ce travail de lien avec les familles et entre les différents professionnels, de recueil des informations, de gestion extra-institutionnelle est assumé par l'infirmière sous couvert du médecin généraliste du service<sup>52</sup> ».

Le soin apparaît ici comme une responsabilité reposant principalement sur deux fonctions médicales. L'importance des soins dans la vie des personnes est toutefois entendue puisque le projet de soin garantit à chaque adulte :

- ♦ Une qualité de soin totale pour un confort de vie,
- ♦ La rigueur dans le suivi du projet de soin,
- ♦ Le maintien de la qualité des soins en les encadrant par des procédures et des protocoles validés par le médecin de l'établissement,
- ♦ La meilleure connaissance possible des pathologies et des symptômes spécifiques de chacun,
- ♦ La prise en compte de la douleur.

La dimension médicale ne fait pas l'objet d'une spécificité au sein du projet d'établissement. Ce dernier associe la prise en charge sanitaire à un « *suivi médical classique* ». À sa lecture, la notion de « *vieillesse* » n'apparaît pas. Il est donc essentiel de tenir compte de cette évolution pour que le service médical s'inscrive dans le projet de l'établissement et puisse ainsi participer au développement du projet de vie des personnes qui y sont accueillies. La diversification de l'offre de service doit répondre aux besoins différents des personnes. Ces besoins pouvant être traités en interne comme à l'extérieur de la structure d'accueil.

### 2.2.3 Un encadrement cloisonné

Dans leur ouvrage traitant la question du vieillissement des personnes handicapées, Gérard ZRIBI et Jacques SARFATY insistent sur le fait que l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes doit répondre à plusieurs principes fondamentaux pour assurer un service digne et efficace. Ils préconisent que « *les structures doivent intervenir au fur et à mesure, sans schémas rigides et uniformes [...]; elles doivent*

---

<sup>52</sup> FAM « Combe Laval », Projet de soin 2006-2011, « *la prise en charge médicale* ».

*rechercher des complémentarités en se rapprochant de différentes instances (médicales, sociales, institutionnelles) pour désenclaver les réponses et offrir des prestations suffisantes et évolutives<sup>53</sup> ».*

Selon la définition du Docteur BERNARD<sup>54</sup>, les personnes handicapées sont considérées comme vieillissantes à partir de leur 45<sup>ème</sup> année. Aussi, au regard du public accueilli au FAM « *Combe Laval* », je constate qu'aucun résident n'a, pour l'heure, atteint cet âge. Toutefois, 8 adultes sur 19 soit environ 40% de la population accueillie ont dépassé l'âge de 40 ans. D'autre part, 4 adultes ont des troubles visuels liés au vieillissement qui évoluent. Enfin, près de 50% des adultes souffrent d'ostéoporose sévère, pathologie directement associée au vieillissement du corps humain.

Ce diagnostic est récent. Il n'a pas encore eu d'incidences sur l'organisation du foyer. Par « *organisation* », j'entends l'articulation des fonctions éducatives et médicales au sein du FAM. Je repère :

- Que la prise en charge s'appuie sur des critères d'admission n'ayant pas évolué depuis plus de 16 ans,
- Que les adultes sont répartis sur deux groupes depuis leur arrivée au foyer,
- Qu'ils sont plus identifiés selon le groupe auquel ils appartiennent que selon leur propre identité,
- Que la communication entre les deux équipes n'est pas organisée au sein de l'institution.

L'équipe fait référence sans que les fonctions professionnelles qui la composent soient véritablement valorisées. En terme d'organisation plus globale, ce choix a des conséquences importantes dans l'encadrement à apporter. Jusqu'à la fin de l'année 2007, sur le groupe du « *haut* », seul un membre de l'équipe intervenait le matin. En lien avec la maitresse de maison, il assurait la gestion du groupe. Pour les emplois du temps, cette configuration donnait une souplesse importante. En 2008, les premiers constats liés à « *la charge supplémentaire de travail* » ont eu pour conséquences la mise en place d'un accompagnement matinal en doublure. Sur le groupe du « *bas* », où la doublure a toujours existé, ce renforcement s'est organisé sous la forme d'une triplure le jeudi matin

---

<sup>53</sup> ZRIBI Gérard et SARFATY Jacques, 2003, *Le vieillissement des personnes handicapées mentales*, Editions ENSP, page 10.

<sup>54</sup> BERNARD Philippe, « Le soin dans l'accompagnement de la personne handicapée avançant en âge », in URAPEI, *Journée régionale Rhône-Alpes*, 20 novembre 2010, Seynod, p. 6

afin que l'ensemble des soins soit réalisé dans un temps qui permette à toute l'équipe d'assister à la réunion hebdomadaire. Le sentiment d'appartenance des professionnels à leur équipe s'est renforcé avec l'idée que pour accompagner les résidents de manière plus efficace, les solutions devaient se trouver au travers d'une redéfinition des projets des deux groupes.

Le vieillissement du public pris en charge a un impact sur le travail quotidien du personnel médico-éducatif dans son offre de service. Les rendez-vous médicaux extérieurs ont augmenté de près de 33 % depuis 2008<sup>55</sup>. Les soins effectués en centre hospitalier nécessitent pour la structure un suivi post-opératoire jusqu'alors inexistant et donc non planifié dans la configuration horaire. Le foyer, dans son infrastructure, est ainsi directement interrogé. Sont mis en évidence :

- « *Un impact négatif du temps pris pour les accompagnements médicaux internes et externes sur les autres prises en charge,*
- *Un effectif insuffisant en termes de soins infirmiers internes*<sup>56</sup> ».

La proposition d'un service médical mieux repéré dans l'institution fait consensus pour l'ensemble des salariés. Si le projet de service s'est essentiellement développé ces dernières années sur le versant de l'accompagnement éducatif, le besoin en médicalisation bouscule l'équilibre de celui-ci. Organisé autour d'un pôle éducatif, l'établissement ne répond plus entièrement aux besoins des résidents, notamment dans l'appui technique à apporter face aux risques inhérents à la dépendance.

#### **2.2.4 Une architecture mise en question**

Le FAM « Combe Laval » est un Établissement Recevant du Public (ERP) de 5<sup>ème</sup> catégorie de type « J », puisqu'il accueille moins de 20 personnes handicapées. La catégorie 5 indique qu'un diagnostic « *accessibilité* » n'est pas obligatoire et qu'à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2015, une partie seulement du bâtiment doit pouvoir offrir toutes les prestations nécessaires aux personnes handicapées<sup>57</sup>. Par ailleurs, l'arrêté de 2006 impose aux établissements « *comportant des locaux d'hébergement pour le public,*

---

<sup>55</sup> En 2008, le registre des rendez-vous médicaux extérieurs fait état de 34 déplacements soit une moyenne de 2 rendez-vous par personne et par an. En 2011, ce même registre fait état de 48 déplacements soit une moyenne de près de 2,8 rendez-vous par personne et par an.

<sup>56</sup> Constats repérés par la Commission d'Évaluation Interne du F.A.M, extraits tirés du Domaine n°2 « *Capacité de l'établissement à coordonner une démarche de soin adaptée, en fonction des besoins spécifiques des adultes accueillis* ».

<sup>57</sup> Décret n° 2009-500 du 30 avril 2009 relatif à l'accessibilité des établissements recevant du public et des bâtiments à l'usage d'habitation – JO. du 03.05.2009.

*notamment les établissements d'hébergement hôtelier ainsi que tous les établissements comportant des locaux à sommeil [...]»<sup>58</sup>* » de disposer d'une chambre adaptée aux personnes en fauteuil roulant, dans la mesure où l'établissement ne comporte pas plus de 20 chambres.

Le FAM est un bâtiment<sup>59</sup> qui se décline en 3 pôles différents :

- **Le pôle hébergement**, immeuble disposant de deux étages et abritant deux lieux de vie distincts, physiquement séparés. Ce pôle se compose essentiellement des chambres des résidents accueillis. Ces dernières (10 au rez-de-chaussée et 9 à l'étage) sont toutes individuelles et disposent d'une douche (la salle d'eau est commune à deux chambres).

Chaque lieu de vie dispose également d'un bureau pour l'équipe médico-éducative et d'un espace réservé aux petits déjeuners.

Au rez-de chaussée, le lieu de vie est entièrement accessible aux personnes à mobilité réduite. Deux chambres sont également équipées pour accueillir des personnes dépendantes. La salle d'eau les reliant bénéficie en effet d'un encadrement de porte dont les dimensions répondent aux normes d'accessibilité. Pour exemple, un lit douche peut y être installé. Ces chambres sont actuellement occupées par les deux seules résidentes du groupe. Si la mise à disposition d'une de ces chambres, pour répondre à des besoins ponctuels est envisageable, je ne peux faire l'impasse sur la question de la mixité puisque ces chambres ont un accès de l'intérieur par la salle d'eau commune.

Accéder à l'étage demande aux résidents accueillis une mobilité pleine et entière puisque le lieu de vie est relié au reste de la structure par un escalier double d'une trentaine de marches environ. Aucune des chambres n'a donc été conçue pour accueillir des personnes à mobilité réduite. Lors de la création de l'établissement, en 1996, la dépendance physique n'a donc été prise en compte que très partiellement au travers du bâti. La majorité des salles d'eau n'a pas une surface suffisante pour offrir un service et des moyens adaptés aux problématiques individuelles et collectives liées à la dépendance physique. Pour les personnes accueillies, cela signifie une difficulté d'accès à leur espace de vie tant collectif qu'intime si elles sont en situation de dépendance partielle ou totale.

---

<sup>58</sup> Arrêté du 1<sup>er</sup> Août 2006 fixant les dispositions prises pour l'application des articles du code de la construction et de l'habitation relatives à l'accessibilité des personnes handicapées des établissements recevant du public – Art. 17

<sup>59</sup> Cf. ANNEXE 3, « Plan du bâtiment ».

Pour l'équipe, ce manque d'équipements adaptés est une difficulté supplémentaire non négligeable dans leur travail quotidien.

- **Le pôle collectif**, espace de plain pied, comprenant des salles d'activités, de restauration, de loisirs et d'un espace extérieur abrité.

C'est un lieu particulièrement investi tant par les résidents que par le personnel. C'est aussi un lieu de passage obligé pour aller de l'hébergement au médical. Il est entièrement accessible aux personnes à mobilité réduite.

- **Le pôle médical, paramédical**, relié intérieurement au pôle collectif par un escalier de 5 marches mais accessible grâce à une voie inclinée par l'extérieur. Cet espace comprend une infirmerie, un bureau, une double salle de psychomotricité (activité et baignoire thérapeutique).

Il jouit d'une représentation positive au sein de la structure. Peu de conflits s'y déclarent, les odeurs et l'ambiance y sont différentes que dans les autres lieux de vie.

Pour autant, cet espace permettant bien souvent de prévenir des angoisses, d'apporter de la réassurance et/ou une attention particulière à des adultes soumis quotidiennement à la vie en collectivité, reste actuellement :

- Inaccessible par l'intérieur aux personnes à mobilité réduite,
- Peu accessible par l'extérieur (notamment l'hiver) pour ces mêmes personnes malgré un plan incliné.

Ce constat n'est pas pris en compte dans le projet d'établissement actuel. Il ouvre la question du vieillissement des adultes qui nous sont confiés et de leur perte d'indépendance. Il interroge la structure sur son identité médicale, ses moyens d'actions, ses limites. Les trois pôles forment l'ensemble immobilier de l'établissement.

En termes de sécurité et d'accessibilité, le procès verbal du 20 janvier 2009<sup>60</sup> indique un avis favorable de la Commission Consultative Départementale de Sécurité et d'Accessibilité (CCDSA). L'établissement répond donc bien aux normes de sécurité (dispositif d'alerte incendie, formation du personnel...) et d'accessibilité (deux chambres adaptées à l'accueil de personnes en fauteuil roulant, des pôles de vie accessibles les uns aux autres, une salle d'aisance adaptée au sein du pôle collectif...).

---

<sup>60</sup> Cf. ANNEXE III « Procès verbal de la CCDSA »

### **2.3 Vieillir au FAM : une offre de service à développer**

La loi du 02 janvier 2002 et ses décrets d'application imposent aux ESMS de mettre en lumière, formaliser, évaluer et faire évoluer leurs pratiques institutionnelles et professionnelles afin de mieux organiser leurs dispositifs et tendre vers la qualité de l'offre d'action sociale et médico-sociale. Dans une perspective d'amélioration continue de la qualité de la prise en charge des personnes, le législateur a prévu l'élaboration participative et la mise en œuvre d'outils évolutifs permettant de guider le questionnement des pratiques : le projet individualisé, le projet de service, le projet d'établissement, l'évaluation interne et l'évaluation externe.

La direction générale de l'association «*La Providence*» a engagé ses établissements dans une démarche d'évaluation interne en poursuivant les buts ci-dessous :

- Renforcer la réflexion sur la qualité de la prise en charge dans l'établissement,
- Formuler un diagnostic et proposer des pistes d'actions adaptées,
- Lancer la première étape de la réactualisation des projets d'établissements,
- Préparer au mieux la venue de l'évaluateur externe.

Entre le mois de juin 2010 et le mois de janvier 2012, un comité d'évaluation pluridisciplinaire par établissement s'est réuni environ une fois par mois (hors période de vacances scolaires) pour évaluer en interne plusieurs domaines clés du fonctionnement de son établissement. Chaque commission a été animée par deux personnes nommées par l'association pour accompagner la démarche ainsi que, ponctuellement, par un consultant extérieur.

Au sein du FAM, sous ma direction et avec l'accord de l'association du fait de la spécificité de la structure, les travaux ont abouti à la formalisation d'un document unique spécifique à l'établissement. Répertoriés sous la forme de cinq domaines de réflexion, ces derniers ont mis en valeur des diagnostics institutionnels thématiques faisant apparaître des points forts, faibles et des pistes d'actions à envisager afin d'adapter des pratiques professionnelles à l'évolution du public accueilli. Ces espaces institutionnels ont permis d'enclencher une démarche participative de changement au sein de l'équipe pluridisciplinaire. Étayés par des analyses transversales, des pistes de réflexion en cohérence avec les préoccupations actuelles du FAM sont des éléments de réflexion dont je vais me saisir pour étayer mon diagnostic.

Je les ferai apparaître au fur et à mesure du développement du diagnostic relatif à l'offre de service actuelle de la structure.

### 2.3.1 Au regard des droits des personnes accueillies

Le « *droit des personnes* » est aujourd'hui la notion la plus prégnante dans le secteur social et médico-social. Elle mobilise parents et professionnels autour d'objectifs communs tels que l'équité des traitements et l'égalité des chances pour tous. Le dictionnaire Hachette nous renseigne sur la définition de sens commun du terme de droit : « *Faculté d'accomplir une action, de jouir d'une chose, d'y prétendre, de l'exiger*<sup>61</sup> ». Cette définition associe la notion de droit à la capacité de tout être humain de faire des choses qui lui sont propres et servent son intérêt. Toute action réalisée doit avoir comme objectif la recherche de satisfaction pour la personne en lui apportant un bénéfice. Nous pouvons constater qu'au regard de cette définition, la dimension personnelle de l'individu est essentiellement prise en compte.

Dans son ouvrage consacré à l'organisation territoriale des dispositifs sociaux et médico-sociaux, Alexis BARON nous apporte quelques précisions sur la question du droit des personnes : « *L'objectif de la loi du 2 janvier 2002 est donc de passer à une logique fondée sur la personne et sur l'évolution de ses besoins à travers les divers âges de sa vie. C'est une réalité que recouvre l'expression « mettre l'utilisateur au cœur du dispositif », d'autant que l'utilisateur d'une structure médico-sociale, comme le malade hospitalisé, est avant tout un citoyen*<sup>62</sup> ». Les adultes accueillis au FAM « *Combe Laval* » sont des personnes sourdes de naissance. Toutes ont un parcours institutionnel important puisque ce dernier a débuté au sein de l'IME. La particularité de ce groupe d'adultes réside dans le fait que, jusqu'à présent, cette dépendance constatée par la CDAPH n'est pas liée à une dépendance physique nécessitant la mise à disposition de moyens matériels adaptés. Si je m'en réfère donc à l'analyse d'Alexis BARON, en sa qualité de citoyen, la personne handicapée doit pouvoir prétendre à l'ensemble de ses droits aux différentes étapes de sa vie. Il est donc nécessaire d'entamer une réflexion sur l'évaluation des besoins du public dont j'ai la responsabilité au sein de l'établissement. Pour ce faire, je vais regrouper ces droits en quatre domaines afin de proposer un état des lieux des droits des personnes accueillies au FAM le plus objectif possible.

#### **Domaine n°1 : « le droit de vivre en sécurité »**

Par sécurité, j'entends la sécurité physique et psychique. Nous l'avons vu auparavant, le vieillissement des personnes est un facteur favorisant la dépendance physique qu'elle soit occasionnelle ou à plus long terme.

---

<sup>61</sup> Dictionnaire HACHETTE, 2008, Edition illustrée, Paris, p 496

<sup>62</sup> BARON Alexis, 2010, *Dynamiques territoriales de l'action sociale et médico-sociale*, Grenoble, PUG, p. 233.

Malgré la conformité légale des bâtiments actuels, il s'avère que l'établissement n'offre, à ce jour, pas individuellement toutes les garanties aux personnes accueillies d'évoluer au sein de leur lieu de vie (et plus particulièrement de leur chambre), par défaut d'équipements adaptés. En effet, les salles d'eau n'ont pas d'équipements spécifiques adaptés aux personnes à mobilité réduite. Je vais illustrer ce constat par un exemple concret.

En juin 2009, période particulièrement chaude, un résident est rentré au FAM, après une hospitalisation, avec une jambe dans le plâtre, assortie d'une interdiction de poser le pied par terre pendant deux semaines. Outre le fait de devoir louer en urgence un lit médicalisé, cette immobilisation a rapidement montré les limites de l'établissement en termes d'accessibilité et de garanties de sécurité pour la personne. N'ayant pas accès à sa douche, les toilettes quotidiennes se sont faites au lit jusqu'à ce que l'équipe se mette en lien avec l'EHPAD situé à 300 mètres de la structure. Ce résident a ainsi pu bénéficier de temps de douches plus réguliers. Le personnel du FAM, initié par un personnel formé et habitué à ce type de soin a pu accompagner cette démarche. Cette situation de « *longue* » dépendance ne s'est pas reproduite. Certains épisodes moins aigus sont toutefois réguliers et demandent au personnel médico-éducatif une capacité d'adaptation importante par manque de matériel adapté.

Pour la commission d'évaluation interne, le vieillissement du public a des conséquences sur la sécurité des personnes. Les constats formalisés sont les suivants : « *Impact négatif du temps pris pour les accompagnements médicaux lourds sur les autres prises en charge, difficultés à assurer certaines toilettes par manque d'équipements adaptés en cas d'immobilisation, nécessité de positionner l'infirmerie dans un espace plus accessible aux personnes à mobilité réduite* ».

### **Domaine n°2 : « le droit d'être en lien avec son environnement »**

L'environnement des personnes accueillies au FAM est un axe fort du projet d'établissement. Depuis son ouverture, le foyer a développé des outils de communication adaptés à la compréhension des adultes accueillis. Aussi, jouit-il d'une représentation associative positive en ce domaine. De nombreux professionnels travaillant dans d'autres structures nous sollicitent régulièrement afin d'observer les temps d'animations proposés, découvrir les outils utilisés, s'inspirer du travail réalisé pour le mettre en œuvre au sein de l'établissement auquel ils sont rattachés. Cet intérêt tout particulier à vouloir sans cesse adapter l'environnement des personnes selon le mode de communication au travers duquel l'échange s'instaure me conforte dans l'idée que la communication est un droit qui se situe au « *carrefour* » de nombreux autres thèmes tels, les soins, la violence, l'accompagnement, le rapport à la famille, la citoyenneté. Elle mobilise les professionnels

tant dans leur fonction que dans une dimension plus personnelle par la volonté qui est la leur de communiquer avec la personne handicapée.

Certains effets liés au vieillissement des personnes (malvoyance, cécité, troubles de l'équilibre) ont toutefois un impact de plus en plus important sur les modes de communication actuels.

Des réflexions et des actions concrètes autour de l'appropriation et de l'utilisation d'outils de communication tactiles sont à mettre en œuvre. Le cadre institutionnel doit également être développé par le biais d'installations techniques adaptées pour garantir à tous le droit de maintenir son cadre de vie dans son environnement quotidien.

Pour la commission d'évaluation interne, le vieillissement du public a des conséquences sur son lien à l'environnement : « *Trouver des moyens différents et individuels pour les résidents en difficulté vis-à-vis de la communication, se préparer à l'accompagnement des personnes atteintes de surdicécité, insister sur l'importance d'une bonne communication autour des outils à créer afin de fédérer l'ensemble du personnel de l'établissement, mieux préparer un résident pour un soin médical quel qu'il soit (pictogrammes, entretiens individuels)* ».

**Domaine n°3** : « le droit d'être reconnu au travers d'un projet personnalisé »

Pour Jean Marc LHUILLIER, l'ensemble des droits des personnes accueillies en établissement social et médico-social se traduit par la mise en œuvre d'un Projet d'Accueil et d'Accompagnement (PAA). Il explique que : « *entre l'intérêt d'une prise en charge collective de l'usager dans un établissement [...] et les intérêts de l'individu, le législateur a fait un choix : l'établissement doit répondre au besoin individuel de l'usager*<sup>63</sup> ». Plus qu'une reconnaissance de la personne handicapée en sa qualité d'être humain de droit, le PAA se veut l'outil de référence en matière d'organisation transversale des compétences au sein des ESMS. Au FAM, chaque adulte dispose individuellement d'un PAA tel que le définit l'article L.311-3 du CASF. Ce document a été entièrement revisité en 2004 car il ne répondait que partiellement aux besoins des personnes accueillies. L'avis des personnes, par la voie de leurs représentants légaux, n'apparaissait pas. L'articulation des champs professionnels ne donnait pas une vision projective formalisée des actions médico-éducatives à réaliser. Enfin, les documents officiels n'étaient pas connus de l'ensemble des professionnels ce qui réduisait leur utilité à une fonction administrative.

---

<sup>63</sup> LHUILLIER Jean-Marc, 2009, *Le droit des usagers dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux*, 4<sup>ème</sup> édition, presse de l'EHESP, page 45.

En concertation avec l'ensemble des professionnels de la prise en charge, j'ai formalisé un nouveau document et créé des espaces institutionnels de réflexions pour mettre en œuvre les PAA. En 2006, mes objectifs étaient atteints puisque l'ensemble des résidents bénéficiaient d'un PAA formalisé, à disposition des professionnels, officialisé par un accord écrit des représentants légaux pour leur mise en œuvre. Ce droit a été un outil à double utilité puisqu'il a répondu, dans un premier temps, à un besoin des résidents à être pris en compte d'une manière personnalisée, dans un second temps, à un besoin de mise en coordination des pratiques professionnelles au travers d'objectifs communs. La réévaluation de l'ensemble des PAA, initialement prévue entre 2008 et 2010, n'a toutefois pas pu être organisée dans les temps. Cela s'explique par une réorganisation horaire importante en 2008 afin de renforcer les équipes à moyens constants en termes d'encadrements, au détriment des temps de réunions hebdomadaires. Les changements de comportements de certains adultes, associés à l'apparition de pathologies nouvelles essentiellement liées au phénomène du vieillissement sont également des facteurs ayant favorisé ce déséquilibre institutionnel.

Les premiers effets de la complexification du travail du quotidien se sont portés sur une difficulté pour l'institution de maintenir ses espaces de réflexions et donc de garantir aux résidents le respect d'un droit reconnu. Au mois de juin 2012, seuls quatre PAA sur dix-neuf ont été réévalués. La programmation des quinze autres n'est pas formalisée. Je souhaite toutefois que ce travail soit réalisé dans les douze prochains mois.

Pour la commission d'évaluation interne, le vieillissement du public a des conséquences sur la mise en œuvre des PAA : *« L'évaluation régulière des PAA doit devenir une référence institutionnelle [...], la périodicité de la réévaluation des PAA est trop longue, le rôle des référents n'est pas encore clairement défini dans les équipes...mauvaise connaissance du contenu des projets individualisés par les professionnels »*.

**Domaine n°4 : « le droit d'accéder aux dispositifs de droits communs »**

Ce quatrième domaine interroge l'établissement dans sa capacité à adapter ses services afin de garantir aux personnes qu'il accueille un accès libre aux différents dispositifs de droits communs. La question du soin se pose prioritairement et conditionne la possibilité des personnes à évoluer ailleurs que dans la sphère institutionnelle. Être accueilli au FAM « *Combe Laval* » signifie que l'on souffre d'un déficit majeur de la communication verbale. Or, si vieillir demande une attention particulière en terme de suivi médical, ce dernier doit être envisageable dans toutes les situations. Les rendez-vous médicaux extérieurs ainsi que le droit à bénéficier de loisirs hors de l'institution nécessitent donc la constitution d'un réseau de praticiens libéraux et hospitaliers, la collaboration avec des organismes de vacances sensibilisés à la spécificité du public sous couvert d'une organisation institutionnelle souple et rigoureuse. Le FAM a su s'entourer localement de praticiens

garantissant une prise en charge médicale dite « classique » de qualité. Toutes les personnes accueillies bénéficient de soins administrés par des professionnels de santé habitués aux problématiques liées à la surdité. Cela s'explique en partie par l'implantation ancienne de l'association sur le territoire. En termes d'accès à des loisirs adaptés, j'ai fait le choix de mettre en place une collaboration particulière avec un organisme sensibilisé à l'approche de la surdité et tenant compte des capacités physiques des adultes en vacances.

Concernant l'organisation institutionnelle, une hospitalisation ou la préparation d'un séjour de vacances demandent au personnel médico-éducatif une adaptation plus importante. D'une part, le terme d' « accessibilité » est une notion qui fait appel à notre devoir d'expliquer et faire comprendre ce qui va se passer pour la personne. De l'autre, elle nécessite une coordination entre des professionnels de santé et des professionnels de l'accompagnement éducatif. Si l'objectif affiché reste le bien-être de la personne, sa mise en œuvre est plus complexe car elle ne peut s'articuler de façon automatique sans tenir compte de l'adulte dans toutes les dimensions de sa personnalité.

Pour la commission d'évaluation interne, le vieillissement du public a des conséquences sur l'accès aux dispositifs de droits communs : *« Les camps sont choisis par des professionnels qui tiennent compte des besoins et des compétences des résidents. Ces derniers sont sensibilisés par une préparation individualisée de leur séjour (photos, documents visuels), des documents individualisés sont préparés tout au long de l'année et accompagnent les résidents sur leurs lieux de séjours extérieurs, évolution positive des relations entre les praticiens et l'équipe médico-éducatif, inquiétude du personnel quant au maintien de sorties extérieures pour des résidents dont l'état de santé général se dégrade ».*

### **2.3.2 Pour les salariés, valoriser la coordination des fonctions**

Pour tout nouveau salarié, intégrer l'équipe médico-éducatif du FAM nécessite d'adhérer au fonctionnement d'une équipe. Jusqu'en 2008, cette identité d'équipe était valorisée, formalisée au travers de deux projets de groupes distincts. Dans l'un, le soin était le fil conducteur de la démarche d'accompagnement, dans l'autre, la prise en charge éducative faisait référence. Les fonctions transversales de types logistiques ou paramédicales devaient s'adapter aux différences de fonctionnements des équipes. En ma qualité de directeur, j'ai largement contribué à cette double identité au sein de l'établissement. À mon arrivée, en septembre 2004, le FAM vivait une crise institutionnelle importante (c'est en ces mots que la situation m'a été présentée lors de mon recrutement). Des suspicions de maltraitance pesaient sur l'institution. La confiance des parents vis-à-vis de mon prédécesseur et ainsi, de l'association était en jeu. Une

rencontre à Paris, à la demande des parents avec la direction générale avait, à ce propos, été organisée. La nouvelle direction générale, souhaitait donc, par le recrutement d'un nouveau directeur, redonner du sens à cette structure en redéfinissant son projet d'établissement et son mode de management.

Le fonctionnement global du FAM s'articulant autour de deux organisations différentes, j'ai démarré mon travail en maintenant cette dynamique institutionnelle tout en amenant les équipes à réfléchir et consolider ces identités de groupes. Les recrutements que j'ai eu à effectuer répondaient à la recherche d'une fonction professionnelle précise car soumise à un financement différent selon qu'il s'agissait d'un professionnel de la santé ou du social. Cependant, au-delà du diplôme exigé, le critère principal que je retenais était celui de la capacité des personnes nouvelles à intégrer l'une ou l'autre équipe. Le vieillissement des personnes accueillies au FAM a progressivement eu des conséquences sur les charges de travail des équipes médico-éducatives. Pour le « *groupe du bas* », dont l'identité soignante a évolué depuis la création de la structure, ces charges supplémentaires ont peu d'impacts sur le fonctionnement global du groupe. Bien que contraignantes, elles sont perçues comme une évolution prévisible du travail d'accompagnement. Pour le « *groupe du haut* », lorsque l'accompagnement pour les toilettes s'alourdit en soins, en manipulations et/ou en temps, que la sécurité et la surveillance posent la question des effectifs en terme d'encadrement ou que des résidents considérés comme plus autonomes, mais moins pris en compte, ont tendance à régresser, j'ai observé que ces changements remettent en cause l'ensemble des fonctionnements (et donc des fonctions) propres à l'équipe. J'ai apporté deux réponses pour accompagner ce changement :

- La première en renforçant l'encadrement matinal hebdomadaire et en diminuant des temps dits « *de triplure* » utilisés pour l'animation d'activités,
- La seconde en modifiant mes critères de recrutement du personnel aide-soignant. L'idée étant de mettre en œuvre un accompagnement sanitaire coordonné au travers de savoir-faire professionnels mieux identifiés.

Avec l'augmentation du temps de travail du poste infirmier (0,25 ETP supplémentaires depuis le mois de janvier 2012), cette organisation a permis de maintenir un cadre institutionnel cohérent. Ce cadre se fragilise toutefois du fait de l'augmentation de situations individuelles complexes qui induisent un sentiment d'impuissance de la part du personnel encadrant et l'amène à adopter des comportements peu favorables à maintenir l'environnement sécurisant existant jusqu'à présent. Cela se traduit concrètement par un accompagnement réduit des résidents lors des petits déjeuners par exemple, amenant une gestion du groupe plus difficile. Des demandes de clarification des protocoles médicaux, adressées au médecin de l'institution et à l'infirmière, sont apparues dans les demandes du personnel.

En terme de climat social, je constate également une certaine démotivation que j'analyse comme étant liée à un sentiment d'incompétence particulièrement ressenti par le personnel éducatif et à un besoin de trouver des réponses concrètes pour faire évoluer un fonctionnement qui ne convient plus. Au FAM « *Combe Laval* », les besoins du public évoluent. Ces changements remettent en question les fonctionnements institutionnels passés. La fonction éducative, jusqu'à présent valorisée et inscrite comme référence institutionnelle, est interrogée. Les professionnels sont dans l'attente de réponses immédiates. Ces éléments sont des indicateurs essentiels que je prends en compte pour ouvrir un nouveau champ professionnel. Les fonctions professionnelles doivent être redéfinies et harmonisées autour d'un projet d'établissement garantissant la mise en œuvre d'un accompagnement moins cloisonné et mieux coordonné. Ce diagnostic a par ailleurs été formulé par la commission d'évaluation interne du FAM dans les termes suivants : « *pour accompagner les évolutions actuelles du public accueilli, une coordination mieux formalisée devrait être recherchée entre les différents métiers* ».

### **2.3.3 Pour les familles une préoccupation affichée**

L'éloignement géographique des familles est une difficulté importante que nous devons compenser quotidiennement afin que le lien existant perdure et se développe. À ce jour, sur les dix-neuf adultes accueillis au FAM, sept sont originaires de la région Parisienne (36%) et bénéficient d'un service interne à l'établissement leur permettant de se rendre chez leurs parents une fois toutes les six semaines en train. Cinq sont originaires de la région PACA (26%) et bénéficient du même service une semaine sur deux avec le bus de l'établissement. Seul un adulte est originaire de la région Rhône-Alpes (5%) et bénéficie d'une mutualisation des moyens associatifs avec l'IME lui permettant de se rendre chez ses parents une fois par mois. Six résidents, enfin, sont originaires d'autres régions (33%) et n'ont plus de liens familiaux (décès des parents et/ou rupture du lien). Chaque adulte peut également être accueilli dans sa famille durant les différentes périodes de vacances scolaires. La création du FAM, nous l'avons vu, a répondu à une nécessité de trouver une solution d'accueil adaptée à de jeunes adultes dont les pathologies associées rendaient leur orientation en secteur adulte difficile. Le recrutement étant national, intégrer une nouvelle structure dans le département de la Drôme signifiait une rupture géographique définitive avec le milieu familial. Un budget particulier a ainsi été alloué à l'établissement par les autorités de tarification afin de permettre la mise en place d'un système permettant de répondre à cet éloignement. Ce service est toujours d'actualité même si le rythme d'accueil des adultes par leurs familles n'est plus aussi régulier qu'à l'origine.

Certaines familles expriment leurs difficultés à cet accueil au rythme proposé par leur propre fatigabilité ou des problèmes de comportement de leur enfant. D'autres souhaitent maintenir cet accueil mais disent ne plus être en mesure d'accueillir leur enfant durant les

périodes de vacances. Outre les contacts téléphoniques réguliers avec les familles, ces différents constats ont été formalisés au mois de septembre 2005 par la mise en œuvre d'un des outils de la loi du 02 janvier 2002 : le conseil à la vie sociale. Seize CVS ont eu lieu depuis. Les questions abordées<sup>64</sup> témoignent de l'évolution des préoccupations des familles concernant le vieillissement de leurs enfants. Au regard de l'annexe V, je vais reprendre les questions liées à ces préoccupations affichées afin d'affiner mon diagnostic et de garantir la mise en œuvre d'un plan d'action cohérent qui inclut la participation des familles.

**De 2006 à fin 2007**, les premières préoccupations des parents vis-à-vis de la question du vieillissement concernaient l'accueil de leurs enfants au domicile familial. L'établissement était interrogé sur sa capacité à adapter son fonctionnement. Les parents, ne pouvant plus assurer un relais en terme d'accueil, cherchaient des garanties auprès du FAM. Le thème de l'organisation collective des soins est apparu pour la première fois sous l'angle des soins dentaires. Cette période correspond à une mobilisation très importante du personnel médico-éducatif autour des soins dentaires des résidents. Cette mise en œuvre s'explique par le fait que de nombreux troubles du comportement venaient de douleurs dentaires. Les soins administrés assortis d'un suivi préventif en termes d'hygiène bucco-dentaire ont eu pour effet d'apporter un bien-être à bon nombre d'adultes.

**De 2008 à 2011**, les préoccupations des familles se sont portées sur un ensemble d'événements qui ont eu des impacts importants sur le fonctionnement de l'établissement. La déficience visuelle est apparue. Les premiers contacts avec de nouveaux partenaires engagés dans la prise en charge des handicaps rares se sont formalisés. Pour les familles concernées, la crainte d'une réorientation de leurs enfants était une préoccupation majeure. En accord avec la Direction Générale de l'association, je me suis engagé à tout mettre en œuvre pour maintenir les personnes dans leur environnement. L'accessibilité a également été au cœur des préoccupations affichées par les familles. Dans le cadre de l'évaluation interne, une réflexion importante pour mettre en œuvre une démarche de soins adaptée aux besoins nouveaux repérés des résidents s'est parallèlement engagée.

**En 2012**, les parents souhaitent que la structure accueillant leurs enfants vieillissants évolue architecturalement. Conscients que les pratiques professionnelles doivent changer, ils marquent leur soutien aux équipes et leur confiance en l'association en formulant des propositions concrètes.

---

<sup>64</sup> Cf. ANNEXE V « Les questions du CVS ».

### **2.3.4 Pour l'établissement, des coopérations à développer**

Un des enjeux majeurs pour tout ESMS réside dans le fait qu'il s'inscrit dans une dynamique de territoire dans laquelle les acteurs locaux ont un rôle à jouer au service de la population en coordonnant les compétences et savoir-faire. Les effets de ces coopérations formalisées sont doubles puisque les réponses apportées vont en direction d'une demande publique et permettent à l'ensemble des professionnels engagés de ne pas avoir le sentiment d'être seuls face à des problématiques souvent facteurs d'angoisse. Pour Patrick LEFEVRE, cette mise en mouvement est nécessaire puisqu'elle « *montre qu'une structure sociale et médico-sociale bien intégrée est souvent une institution qui, de l'intérieur, est fortement dynamique et interagit avec son milieu d'implantation*<sup>65</sup> ». Au sein du FAM, des coopérations existent et sont des relais importants pour l'institution en termes de réponses concrètes à apporter aux résidents accueillis. À ce jour, deux types de coopérations sont effectives. Je les différencie par le fait qu'elles soient formalisées ou non.

#### **Les coopérations formalisées :**

Par formalisées, j'entends qu'une rencontre préalable avec le ou les professionnels a eu lieu afin de présenter le public accueilli au sein du FAM et les besoins attendus. À ce titre, une convention est signée afin d'obtenir une prise en charge au plus près des intérêts des personnes handicapées. Pour les praticiens libéraux, une attention particulière nous est accordée pour limiter les temps d'attente (prise de rendez-vous et attente avant les consultations). Au sein du service médical du FAM, différents cahiers en lien avec les spécialités médicales ont été créés afin de préparer les adultes aux soins dont ils vont bénéficier. Ces cahiers sont utilisés avant chaque rendez-vous. Les résidents sont préparés individuellement. Cette procédure participe à la constitution d'un réseau important de praticiens locaux qui permet à l'ensemble des personnes accueillies de bénéficier d'un accès aux dispositifs de soins de droit commun : gynécologie, ophtalmologie, cardiologie, orthopédie, psychiatrie... Les soins dentaires classiques sont assurés par un dentiste situé dans un village proche de l'institution. Dans des situations plus complexes, nécessitant la mise en place de procédures mieux adaptées (recours à l'anesthésie, soins dispensés en plusieurs étapes), un partenariat avec une équipe dépendant du centre hospitalier du Vinatier, dans la région lyonnaise, proposant des consultations à l'hôpital d'Aubenas (Ardèche) est effectif depuis quatre ans. Trois adultes ont pu bénéficier de cette prise en charge. Les résultats sont positifs mais ce soin est

---

<sup>65</sup> LEFEVRE Patrick, 2003, *Guide de la fonction directeur d'établissement dans les organisations sociales et médico-sociales*, Paris, 2<sup>ème</sup> édition, Dunod, p.108.

chronophage et onéreux puisqu'il nécessite la présence de deux membres du personnel et que le trajet aller-retour représente quatre heures de route. À raison de trois rendez-vous minimum pour un soin complet, ces soins dentaires ont mobilisé environ quatre vingt dix heures d'encadrement en deux ans. Une autre coopération est formalisée depuis plusieurs années avec le centre de ressources du CRESAM en lien avec la surdicécité. Cette coopération se traduit par des visites régulières du centre pour évaluer les pertes visuelles des adultes concernés et ainsi accompagner les adaptations à mettre en œuvre en termes d'accessibilité et d'accompagnement. J'ai signé en 2010 une convention qui formalise la formation progressive de l'ensemble du personnel médico-éducatif de la structure en lien avec cette problématique.

### **Les coopérations non formalisées :**

Ces coopérations existent mais ne font pas encore l'objet d'une formalisation. Elles concernent les différents centres hospitaliers du territoire ainsi que le cabinet de soins infirmiers du village. Les centres hospitaliers assurent leur obligation légale de soin. Nous sommes encore en mesure de nous associer à leur action en proposant un accompagnement sans interruption lors de l'hospitalisation d'un résident. Toutefois, comme l'indique le décret du 20 Mars 2009<sup>66</sup>, je dois rapidement formaliser une convention avec les différents établissements de santé afin de définir les conditions et modalités d'accueil des personnes accueillies au sein du FAM.

Pour le cabinet de soins infirmiers, la question devient une priorité puisque certains soins (changement de sonde urinaire, application de pansements...) sont des actes spécifiques à la fonction infirmier et ne peuvent être dispensés lors des absences de l'infirmière du FAM, notamment le week-end.

Dans cette seconde partie du mémoire, j'ai tenté de mettre en lumière l'ensemble des difficultés ayant un lien direct ou indirect avec le vieillissement des personnes accueillies au sein du FAM. Des besoins de transformations, tant dans l'organisation quotidienne du travail, que dans les pratiques professionnelles apparaissent. Pour le directeur, ces indicateurs sont autant de paramètres à prendre en compte afin d'engager une démarche de changement en cohérence avec les besoins évalués.

---

<sup>66</sup> Décret n°2009-322 du 20 Mars 2009 relatif aux obligations des établissements et services accueillant ou accompagnant des personnes handicapées adultes n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie, publié au Journal Officiel n°0072 du 26 Mars 2009

### 3 PRENDRE EN COMPTE LES BESOINS ÉVALUÉS POUR FAIRE ÉVOLUER LE PROJET D'ÉTABLISSEMENT

« Le projet d'établissement est un acte symbolique de direction qui vise à dynamiser l'institution et ses différentes ressources. Il est un moyen d'identification et de renforcement de la culture interne, de rapprochement entre les diverses catégories d'acteurs, il apporte sa contribution à la solidarité institutionnelle<sup>67</sup> ». Pour Patrick Lefèvre, le projet d'établissement est un moyen pour le directeur de fédérer les acteurs de l'institution en leur permettant de participer à l'évolution de leur outil de travail et d'atteindre des objectifs communs malgré la différence des fonctions exercées. Le FAM « *Combe Laval* » est actuellement dans une phase de transition nécessitant une redéfinition de son projet d'établissement. Cette mutation s'explique par une évolution du public accueilli du fait des effets du vieillissement se généralisant pour l'ensemble des résidents. Des besoins nouveaux en termes de médicalisation, d'adaptation du bâtiment et d'organisation du travail ont été évalués depuis ces trois dernières années.

#### 3.1 Au niveau associatif

Pour l'association gestionnaire, cette étape est inscrite sur l'agenda associatif depuis la fin de l'année 2011. Je suis missionné par la direction générale pour planifier et organiser le plan d'action qui servira de base à l'accompagnement des changements attendus.

##### 3.1.1 Un axe prioritaire

La légitimité du projet repose avant tout sur la prise en compte par l'association de l'enjeu majeur que la dépendance représente au regard de son projet initial et des valeurs qu'elle défend. Reconnues par la direction générale de l'association et mises sur l'agenda en termes de chantier prioritaire, les décisions à prendre reposent sur :

- Une analyse précise des besoins matériels et humains en rapport avec l'évolution du public accueilli,
- Une projection à court et moyen termes des changements à opérer par l'établissement dans son projet,
- Une vision objective des ressources financières et humaines dont dispose l'association comme levier interne et externe,
- L'appui et la légitimité du Conseil d'Administration dans l'accompagnement du projet.

---

<sup>67</sup> Ibid., p.210

À ce jour, ces étapes sont actées puisque l'étude des conséquences de la dépendance sur la prise en charge des adultes accueillis au sein de la structure a été mise à l'ordre du jour de la réunion de rentrée des cadres de l'association le mardi 30 Août 2011 en terme de « *chantier prioritaire 2011/2012* ». L'Assemblée Générale (AG) du mois de janvier 2012 a validé le principe d'une réhabilitation de l'ensemble des bâtiments accompagnée de la mise en œuvre d'un nouveau projet d'établissement répondant aux évolutions mises à jour durant la phase de diagnostic.

### **3.1.2 La stratégie employée**

« *L'objectif d'une stratégie est de réaliser une opération qui modifiera substantiellement une situation donnée*<sup>68</sup> ». Pour Jean-Marie MIRAMON, la notion d'objectif à atteindre est identifiée en amont de la mise en œuvre de la stratégie. Ce projet d'établissement, tant immobilier qu'organisationnel, vient soutenir le complément d'offre de service proposé aux résidents accueillis. Il s'inscrit dans un processus de prise en compte des effets du vieillissement sur un public en termes de dépendance physique et fonde les bases d'une transformation de l'établissement dans son fonctionnement. Il vise également à maintenir l'identité de la structure dans la spécificité des prises en charges qu'elle apporte (plus particulièrement au travers du développement de l'ensemble des outils de communication non verbaux) en offrant un service adapté aux résidents dont les capacités fonctionnelles en termes d'autonomie diminuent sans opérer de rupture avec leur environnement. Il vise enfin à répondre aux constats des salariés quant à l'augmentation significative de leur charge quotidienne de travail et à leurs difficultés à maintenir une qualité de services dans la configuration actuelle de l'organisation institutionnelle.

Pour que ces objectifs puissent se réaliser, la question de ma légitimité dans la mise en œuvre du changement est essentielle. Mon travail préalable de diagnostic de la situation actuelle du FAM puis de préconisations opératoires remises au CA par la voie de la Direction Générale de l'association, me permet d'établir un échéancier mettant en perspectives les différentes actions à réaliser.

Les décisions à venir vont rythmer et transformer la vie institutionnelle car comme l'explique Pierre MULLER : « *prendre une décision c'est déjà mettre en œuvre une politique, dans la mesure où les différents acteurs vont probablement modifier leurs conduites en fonction de cette décision*<sup>69</sup> ».

---

<sup>68</sup> MIRAMON Jean-Marie, 2009, *Manager le changement dans les établissements et services sociaux et médicosociaux*, Rennes, Editions Presses de l'EHESP, p. 86

<sup>69</sup> MULLER Pierre, 2009, *Les politiques publiques, Que sais-je*, Paris, 8<sup>ème</sup> édition, PUF, p. 26.

### 3.1.3 Un échéancier mis sur l'agenda associatif

Comme l'indique encore Jean-Marie MIRAMON, « *l'institution doit ouvrir des perspectives, tracer des pistes, affirmer des valeurs*<sup>70</sup> ». Cette citation nous renseigne sur le rôle du directeur dans la vie de l'institution qu'il dirige. Visionnaire dans ce qu'il doit anticiper, point de repère dans les orientations à appliquer, convaincu dans les décisions qu'il doit prendre. Cette posture participe à la légitimité à laquelle je faisais référence dans le paragraphe précédent. Elle oriente également la manière dont je vais organiser la démarche de changement<sup>71</sup>.

La réponse au vieillissement du public accueilli par une diversification de l'offre de service au sein du FAM s'organise sur trois années au travers de six thèmes différents mais complémentaires.

**A) Le « diagnostic des besoins » ainsi que la « planification du travail à réaliser »** sont les deux premiers thèmes de l'échéancier. À eux deux, ils ont mobilisé l'ensemble des acteurs associatifs entre le mois de juin 2011 et le mois de juin 2012. Les résultats de l'évaluation interne ont permis aux salariés d'engager une réflexion importante sur l'état des lieux de l'organisation du soin au sein du FAM. La mise en évidence d'un temps de travail trop faible pour le poste infirmier, en fonction des besoins évalués en termes d'accompagnements médicaux et de présence auprès de résidents nécessitant des soins infirmiers réguliers, m'est apparue comme une priorité à réévaluer. En se rapportant aux journées accordées par l'ARS en 2010, l'augmentation du temps de travail du poste infirmier de 0,25 ETP a augmenté le tarif journalier soin en 2012 de 1,78 €. Après accord de l'ARS, cette première mesure a pu être mise en œuvre dès le début de l'année 2012. En termes de perspectives d'évolution du bâtiment, j'ai travaillé en collaboration avec le directeur financier de l'association durant le dernier trimestre 2011. À la lecture du Plan Pluriannuel d'Investissement (PPI) validé par le Conseil Général de la Drôme, le FAM est en capacité de dégager une enveloppe de 110 000 € amortissable sur 10 ans dans le cadre de l'adaptation des locaux au vieillissement des résidents (aménagement et agencement, salle d'activité et accessibilité des locaux pour personnes vieillissantes). Associée aux excédents affectés à l'investissement inscrits au bilan financier 2011<sup>72</sup> dans le cadre des financements stables (187 000 €) et après accord de l'ARS et du Conseil Général, le FAM dispose d'une enveloppe globale de près de

---

<sup>70</sup> MIRAMON Jean-Marie, 1996, *Manager le changement dans l'action sociale*, Rennes, Editions ENSP, p.41.

<sup>71</sup> Cf. ANNEXE VI « Echéancier du plan d'action ».

<sup>72</sup> Cf. ANNEXE VII « Bilan financier du FAM ».

300 000€ pour effectuer des travaux. Au regard de l'assise financière de l'association (fonds propres associatifs), un emprunt est possible mais pas nécessaire pour un projet de cet ordre. Le fond de roulement permet à l'association de faire l'avance de trésorerie pour le financement intégral du projet. Lors de l'AG du mois de janvier 2012, le budget proposé pour le projet architectural à venir a été voté par le CA. Les préconisations visant à permettre une accessibilité entière de l'établissement aux personnes à mobilité réduite ont été adoptées en priorité. Les préconisations visant à créer une extension de l'existant dans le cadre du développement des prestations dites « *hôtelières* » pourront également être mises en œuvre.

**B) La « *communication* »** est un thème particulièrement important dans la phase actuelle du projet. Le 08 février 2012, le Président du CA a sollicité par courrier la direction territoriale de l'ARS Rhône-Alpes pour obtenir un rendez-vous et ainsi présenter la problématique de l'institution et les propositions concrètes nécessitant des investissements financiers. Reçus le 05 avril 2012, la directrice générale et moi-même avons présentés le pré-projet d'extension du FAM. Nous avons obtenu l'accord de notre tutelle qui s'est engagée à transmettre le dossier au Conseil Général dans les meilleurs délais. Ce travail de communication, étayé par un diagnostic de l'offre de service actuelle au FAM, ouvre officiellement de nouvelles perspectives pour l'établissement.

En interne, l'échéancier présente les modalités de l'organisation de la communication au sein de l'association. Par la consultation des membres élus au comité d'entreprise, la formalisation de la démarche d'évolution du projet d'établissement auprès des salariés débutant par une réunion générale organisée au mois de juillet et l'information aux familles par la voie du CVS du mois de juin, je souhaite mobiliser l'ensemble des acteurs de la vie institutionnelle autour du choix associatif et rendre compte des résultats au fur et à mesure de l'avancée du projet

**C) L' « *organisation du changement* » et la « *direction du projet* »** sont des thèmes qui vont structurer l'élaboration collective des différents modes d'intervention en lien avec les fonctions professionnelles présentes au sein de l'institution. Michel CROZIER et Erhard FRIEDBERG formulent à ce sujet l'hypothèse suivante : « *la transformation de nos modes d'actions collectives pour permettre plus d'initiatives et plus d'autonomie des individus ne passe pas par moins d'organisation, mais par plus d'organisation au sens de structuration consciente des champs d'actions*<sup>73</sup> ». J'identifie ces champs d'actions par le biais des fonctions professionnelles. Ces dernières vont se

---

<sup>73</sup> CROZIER Michel, FRIEDBERG Erhard, 1977, *L'acteur et le système : les contraintes de l'action collective*, Paris, Editions du Seuil, p.35.

formaliser par la constitution volontaire mais orientée d'un comité de pilotage qui sera en charge de tracer les grandes directions du nouveau projet d'établissement. Par le terme « *orienté* », j'entends le fait que je veux rendre légitime le comité de pilotage par sa représentativité effective :

- Deux membres de chaque équipe médico-éducative,
- La monitrice éducatrice, coordinatrice des actions éducatives,
- L'infirmière, coordinatrice des soins,
- Un membre du pôle paramédical (psychologue ou psychomotricienne),
- Deux membres des services généraux (agent logistique et maîtresse de maison),
- Le directeur et le représentant du CA présent lors des CVS.

Du mois de septembre au mois de décembre 2012, ce comité se réunira quatre demi-journées. Son rôle consistera à élaborer des propositions en termes d'architecture (temps 1), d'organisation du travail (temps 2), de formations collectives (temps 3), d'équipements médicaux spécifiques (temps 4). Les productions du comité de pilotage serviront de supports à la direction générale de l'association pour planifier l'adaptation immobilière. Les productions liées à l'organisation collective du travail serviront de références pour l'élaboration du projet d'établissement et la construction du plan de formation.

L'année 2013 sera consacrée à l'élaboration du projet d'établissement, la mise en place des outils de Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences (GPEC), en lien avec la technicienne des ressources humaines, ainsi que la formation des professionnels. Les travaux sont prévus au printemps 2013 pour une durée de un an. La réhabilitation des lieux de vie demandera une mutualisation des moyens en termes d'hébergement avec l'IME<sup>74</sup>.

**D) Le « *contrôle et l'évaluation* »** est le thème qui finalisera mon plan d'action. Pour garantir la cohérence du projet d'établissement dans sa globalité, le comité de pilotage doit se munir d'outils guidant la démarche de transformation. Je souhaite utiliser le rapport d'évaluation externe, remis par le cabinet missionné par l'association à la fin du mois de septembre 2012, pour répondre à ce besoin. Le suivi des préconisations liées à cette évaluation, dans le cadre de l'élaboration du projet d'établissement, est un indicateur de la pertinence des orientations à mettre en œuvre.

---

<sup>74</sup> « Un lieu de vie dépendant de l'IME est mitoyen avec le FAM. D'après le directeur, un regroupement des enfants, durant les travaux, sur l'ensemble des autres unités de vie de l'IME est possible. Cela permettrait d'opérer une réhabilitation par étage et de maintenir les adultes dans leur environnement ».

En lien avec le service des ressources humaines de l'association, le temps que j'accorderai à l'ensemble du personnel de l'établissement par le biais d'entretiens individuels devrait me donner une lisibilité des ressources à mobiliser pour l'accompagnement des salariés. Au mois de mai 2014, les formations collectives et/ou individuelles devront être dispensées ou en cours afin que l'évolution du bâtiment soit en cohérence avec les adaptations des pratiques professionnelles.

### **3.2 Le projet architectural au service des personnes accueillies**

« Pour l'adaptation des structures existantes : les locaux sont-ils adaptables ? Quelle est la limite posée à l'adaptabilité du projet ?<sup>75</sup> ». Ces questions, formulées par la CNSA, nous indiquent que l'architecture des établissements médico-sociaux doit s'adapter à l'évolution des personnes vieillissantes accueillies. Au sein du FAM, ces deux questions se posent. L'« adaptabilité des locaux » fait référence aux modifications à envisager en interne. La « limite posée » fait référence à l'espace extérieur disponible permettant des extensions. Associées, ces deux questions rendent visible le projet architectural<sup>76</sup>.

Une architecture au service des personnes accueillies signifie d'identifier les besoins en bâtiments liés aux prestations proposées au sein de l'institution. La double tarification nous renseigne sur les missions générales du FAM (l'hébergement et le soin) et sur l'articulation nécessaire de l'accompagnement quotidien. Selon le diagnostic, une réorganisation des espaces de vie me paraît nécessaire.

#### **3.2.1 Les prestations liées à l'hébergement**

Être hébergé au FAM signifie, pour une personne accueillie, d'être prise en charge par une équipe médico-éducative au sein d'un lieu de vie précis. Elle dispose d'une chambre individuelle et d'une salle d'eau qu'elle partage avec une autre. Les prestations hôtelières liées aux petits déjeuners sont proposées au sein du lieu de vie sur lequel elle réside. Les autres repas sont servis dans un espace de restauration propre à chaque unité (deux espaces différenciés au sein du pôle collectif). Dans la mesure où la prise en charge d'une personne handicapée vieillissante nécessite la mise en place d'un cadre institutionnel lui permettant de vivre en ayant accès à l'ensemble des services dont elle a besoin, j'envisage d'apporter cette réponse en redéfinissant les espaces privatifs.

---

<sup>75</sup> CNSA, octobre 2010, « Aide à l'adaptation et à la planification de l'offre médico-sociale en faveur des personnes handicapées vieillissantes », *Dossier technique*, p.35.

<sup>76</sup> Cf. ANNEXE VIII « Le projet architectural ».

Le pôle « *hébergement* » comprend actuellement deux unités de vie. Sur chacune, l'équipe médico-éducative dispose d'un bureau. Le projet d'aménagement des locaux prévoit d'utiliser la totalité de la surface habitable des deux unités au profit de chambres individuelles disposant d'une douche et de toilettes adaptées aux personnes à mobilité réduite. Cette adaptation des espaces privatifs transformera l'actuel pôle en une résidence au service de la personne accueillie. La dimension collective de la prise en charge s'organisera physiquement au centre de l'institution grâce à l'espace collectif actuel qui permettra l'accès à l'ensemble des services de l'institution :

- Un salon créé à la place de l'espace restauration « *groupe du haut* »,
- Transfert de l'atelier dans l'espace restauration « *groupe du bas* »,
- Adaptation de la mezzanine en une salle d'activités de plain pied,
- Mise en accessibilité du pôle « *paramédical* » (psychologue et psychomotricité) par le biais d'un plan incliné.

Le projet architectural prévoit la mise à disposition d'un vaste bureau vitré pour le personnel qui se situera à l'entrée de l'établissement et qui permettra d'avoir un regard sur l'ensemble de l'espace collectif. Enfin, la construction prévue sera une extension du bâtiment réservée aux prestations liées à la restauration. Accessible de l'intérieur comme de l'extérieur, elle pourra être utilisée lors des temps festifs ou de réunions.

### **3.2.2 Le soin, un service inclus, accessible à tous**

Comme les autres services proposés aux personnes accueillies au FAM, le soin s'inscrit dans le projet architectural par la voie de son accessibilité. Pour Laëtitia DELHON, « *l'entrée dans la dépendance pose une question cruciale et complexe : à partir de quand l'établissement atteint-il ses limites ?*<sup>77</sup> ». Dès les premières situations de dépendance physique, je me suis rendu compte que le FAM atteignait des limites dans sa double mission d'accueil et de soin. L'infirmerie, dans sa fonction soignante, est appréciée des résidents. Cet espace rassure et apporte à la prise en charge quotidienne une dimension individuelle, décalée de la vie en collectivité. C'est pourquoi, tant dans le projet d'établissement que dans son positionnement, je souhaite que le soin soit au cœur du fonctionnement institutionnel. Le projet architectural permettra de proposer une infirmerie :

- Accessible aux personnes à mobilité réduite et/ou non-voyantes,
- Permettant de proposer des douches en position allongée,

---

<sup>77</sup> DELHON Laëtitia, mai 2012, « Vieillir avec un handicap mental », *Lien social*, n° 1062, p.10.

- Propice au repos en cas d'agitation ou d'un besoin de surveillance plus important.

En terme de surface habitable, j'ai été attentif à l'équité entre les espaces dédiés aux relations sociales et ceux dédiés aux soins. Cela participera, de mon point de vue, à la bonne coordination du personnel dans les fonctions qu'il assure.

### **3.2.3 Mobiliser les professionnels autour des grands axes du projet**

Pour Patrick LEFEVRE, « *le changement est avant tout une position éthique qui entend rompre avec l'idée de permanence et de reproduction*<sup>78</sup> ». J'inscris cette citation dans la continuité de celle de Jean-Marie MIRAMON qui voit dans l'institution le lieu où les pistes se tracent, où les valeurs s'affirment. Par le biais de l'adaptation architecturale du FAM, se joue la question de la mise en mouvement des acteurs de la prise en charge.

Pour engager un changement dans l'organisation institutionnelle et rompre avec le sentiment d'impuissance, proche parfois du fatalisme, que je ressens dans les paroles des professionnels, je compte sur la participation de ces derniers au comité de pilotage. L'opportunité que représente le projet immobilier prépare à la redéfinition du projet d'établissement.

Inscrite à l'ordre du jour de la réunion générale du mois de juillet 2012, la mise en œuvre de la démarche de changement suscite des interrogations que je dois prendre en compte afin de pouvoir relayer la communication de la direction générale. En introduction, je vais remettre à chaque salarié un dossier présentant le cadre architectural prévu, les échéances inscrites dans le cadre du plan d'action, les rôles et missions du comité de pilotage ainsi qu'un coupon réponse de candidature à rendre avant la fin de l'été 2012. En accord avec la direction générale, je compte également présenter à l'équipe l'ensemble des éléments analysés dans mon diagnostic concernant « *l'impact du vieillissement sur la prise en charge médico-sociale* ». Ces impacts abordaient les questions d'organisation hebdomadaire collective du travail, de redéfinition des fonctions professionnelles, des difficultés dans l'accompagnement de personnes selon son appartenance à l'un ou l'autre lieu de vie, de clivages entre les équipes, de responsabilité de la direction. En reprenant ces éléments entendus lors de réunions d'équipe ou mis à jour dans le cadre de l'évaluation interne, je souhaite créer un espace de parole et de réflexion transversal dans lequel chaque professionnel pourra se reconnaître. Le changement de l'organisation que je dirige ne pourra s'amorcer que si le personnel perçoit qu'il a un intérêt à s'investir dans

---

<sup>78</sup> LEFEVRE Patrick, 2003, *Guide de la fonction directeur d'établissement dans les organisations sociales et médico-sociales*, Paris, 2<sup>ème</sup> édition, Dunod, p.186.

le projet. Cet intérêt doit être mis en lien avec une amélioration de la qualité du service à rendre aux personnes accueillies. Il doit également représenter une amélioration des conditions de travail pour les salariés.

### **3.3 Le projet d'établissement, fil conducteur de la démarche de changement**

Aborder la question du changement laisse entendre la nécessité de rompre avec l'idée de permanence. Cette position nous renvoie à un idéal difficilement atteignable seul. Elle demande que les acteurs de la vie institutionnelle soient associés car si les pratiques professionnelles doivent évoluer, il faut dans un premier temps accepter de déconstruire des modèles ayant atteints leurs limites.

En ma qualité de directeur, je suis donc conscient que je ne peux pas être seul à changer. Mon rôle consiste à accompagner les équipes pour que ce changement qui, au regard de l'évolution du public accueilli, s'impose, soit perçu comme une opportunité et reconnu comme une réforme moderne et nécessaire. Pour ce faire, ma démarche doit être organisée méthodiquement afin que le personnel s'implique dans le projet et se reconnaisse dans la vision que je lui propose. Au regard du diagnostic, les axes à privilégier se situent autour de la redéfinition du travail d'équipe et des fonctions professionnelles, de l'inscription de l'établissement dans son environnement et de la participation des familles au projet dans le but d'apporter des réponses au vieillissement de leurs enfants.

En termes de stratégie, je vais mettre en œuvre cette dynamique par le biais d'une écriture participative et pluridisciplinaire du projet d'établissement. Ce choix me semble d'autant plus pertinent qu'il s'accompagne d'un projet immobilier décidé qui devrait donner un caractère plus concret au travail de réflexion et de création à réaliser.

#### **3.3.1 Décloisonner les équipes en valorisant les fonctions professionnelles**

Comme je l'indique dans cette troisième partie (3.1.3), le rôle du comité de pilotage, en cette fin d'année 2012, sera « *d'élaborer des propositions en termes d'organisation du travail* ». Pour adapter l'établissement aux besoins des résidents et assurer la phase de transition dans laquelle se trouve le FAM, de nouvelles perspectives en termes de modalités de prises en charges doivent être trouvées. C'est pourquoi il est de mon rôle d'indiquer que le changement des pratiques professionnelles doit se situer dans une logique d'ouverture de l'équipe au vieillissement du public.

Cette nouvelle posture professionnelle marque une rupture avec l'histoire de l'institution construite autour d'un référentiel qui privilégiait le maintien et le développement des acquis des personnes accueillies. En réunissant les deux équipes médico-éducatives, je

compte mettre au service des résidents l'ensemble des compétences du personnel et ouvrir l'établissement à une culture plus transversale. En validant cette première étape dite « *de déconstruction* », je vais établir, avec le comité de pilotage, une feuille de route pour faire évoluer le projet d'établissement.

**A) Organiser la prise en charge quotidienne**

Ce thème abordera la question de la réorganisation des plannings hebdomadaires en lien avec les besoins du service. Le matin, le travail s'organiserait en favorisant l'intervention des fonctions médicales et paramédicales auprès des personnes. Je veillerai à ce que les compétences initiales des salariés soient respectées : la pluridisciplinarité sera préservée par la collaboration du personnel éducatif. Pour répondre aux problèmes liés à la gestion des petits déjeuners, je souhaite opérer une réorganisation du service hôtelier en augmentant le temps de travail du personnel logistique de 0,50 ETP<sup>79</sup>. Par la redéfinition de la fonction de maîtresse de maison dans une prise en charge plus directe auprès des résidents, je pense libérer du temps pour que les soins liés aux toilettes journalières soient administrés dans de meilleures conditions. Cela permettrait également d'ouvrir un espace de restauration plus intime, mieux adapté aux rythmes de chacun.

**B) Organiser la prise en charge médicale**

Le rôle de l'infirmière est central au sein de cette réorganisation. L'augmentation de son temps de travail a un impact sur les modalités pratiques de ses interventions. Si jusqu'à présent, le soin était organisé selon des procédures propres à chaque lieu de vie, la fusion des équipes s'assortira d'une planification identique du soin en interne (protocoles, fiches individuelles, coordination avec l'infirmière) comme en externe (consultation extérieures). Une présence plus effective de l'infirmière lors des temps de la vie quotidienne rassure dans le relais qu'elle doit assurer auprès du personnel. Cette vision plus globale du soin est ainsi une opportunité à saisir pour que le projet de soin s'intègre de façon pleine et entière au projet d'établissement.

**C) Organiser la vie collective, prendre en compte les besoins individuels**

Les activités, tant éducatives que paramédicales, proposées au sein du FAM ne sont pas remises en question par le vieillissement du public accueilli. Elles demandent toutefois à être adaptées en termes de fréquences et d'objectifs. Ce travail fera l'objet d'une évaluation inscrite dans le projet d'établissement. Pour ce faire, l'ensemble des objectifs formalisés dans les projets d'activités et dans les prises en charges psychomotrices

---

<sup>79</sup> Poste existant au budget du FAM mais actuellement vacant.

seront redéfinis afin que les bénéfices attendus soient en cohérence avec les projets individualisés.

Concernant la restauration, la mise en place d'un service échelonné est une action à explorer. En diversifiant ce service, une prestation plus individualisée serait proposée.

#### **D) Redéfinir les fiches de postes**

Ces dernières ne marquent actuellement pas une différence précise entre les fonctions sanitaires et sociales. En les redéfinissant, je souhaite amener de la clarté dans les rôles de chacun et inscrire la notion de transversalité comme un principe institutionnel commun à l'ensemble des acteurs.

#### **E) Garantir la communication entre les professionnels**

La communication entre les professionnels est un enjeu majeur pour la vie de l'institution. Elle suppose d'être prévue et organisée afin qu'elle puisse permettre la circulation des informations et l'élaboration de la pensée. À cette fin, je mettrai en place :

- Une réunion hebdomadaire pour les soignants animée par l'infirmière en veillant à ce que les informations et les décisions prises soient inscrites dans un cahier à disposition du personnel,
- Une réunion hebdomadaire propre à l'organisation de la vie institutionnelle que j'animerai avec la psychologue du service.

Le temps d'analyse de la pratique, en place depuis six ans, sera maintenu mensuellement.

### **3.3.2 Former le personnel aux évolutions du public accueilli**

« *Les équipes éducatives ont été formées à trouver le sens de leur travail dans la dynamique de la progression, de l'autonomisation et de l'acquisition de compétence. [...]. C'est ce modèle que viennent attaquer l'avancée en âge, la maladie et parfois la démence<sup>80</sup>* ». Le constat formulé par Philippe GABBAÏ donne une image fidèle du sentiment partagé par le personnel lorsqu'est évoquée la question de l'évolution vers la dépendance des personnes handicapées au sein du FAM. Près de 60 % des salariés (hors service logistique et paramédical) sont présents depuis l'ouverture de la structure. Le projet d'établissement a évolué en maintenant l'objectif du « *maintien et du développement des acquis* » à une place de référence en termes d'accompagnement. Ce

---

<sup>80</sup> GABBAÏ Philippe, mai/juin 2002, « Les équipes éducatives et soignantes face au vieillissement des personnes handicapées mentales » *Les cahiers de l'actif* n°312/313, p.29.

modèle institutionnalisé a atteint une limite puisque le diagnostic actuel fait apparaître des besoins nouveaux pour les résidents, un accompagnement à redéfinir pour les professionnels de la prise en charge. Sortir de cette logique nécessite la mise en œuvre de nouveaux outils au service du projet d'établissement. À ce titre, la formation professionnelle représente un atout au service du projet d'établissement à venir. Il s'agit, pour l'institution, de proposer une politique de formation cohérente répondant aux besoins des professionnels pour que l'évolution attendue de leurs pratiques soit associée à l'acquisition de technicités nouvelles. C'est en valorisant le développement des compétences professionnelles que je souhaite accompagner le vieillissement des personnes accueillies et inscrire ce champ d'intervention dans la continuité de l'histoire du FAM. Comme l'indique l'échéancier du plan d'action, cette inscription demande à être planifiée pour que les moyens à mettre en œuvre par l'institution s'articulent avec les besoins repérés des personnes.

#### **A) Prioriser les formations**

La mise en place d'un plan de formation suggère une réflexion particulière quant aux objectifs à rechercher. Dans la mesure où je souhaite mobiliser l'ensemble des professionnels du FAM, le thème de la formation professionnelle sera abordé avec le comité de pilotage lors de la 3<sup>ème</sup> réunion prévue au mois de novembre 2012. Je présenterai les axes principaux du plan de formation au comité d'entreprise le mois précédent :

- Prioriser la formation collective en lien avec la thématique du vieillissement des personnes handicapées en institution,
- Favoriser les formations inter-établissements (EHPAD/FAM) pour valoriser les échanges autour des problématiques communes,
- Proposer des formations permettant l'acquisition de compétences techniques nouvelles (manutention des personnes, mises en situations).

La présentation aux IRP de ces orientations institutionnelles relève de la communication associative à développer pour que le projet soit partagé. Elle devrait également permettre au comité de pilotage de formaliser des propositions concrètes en termes de contenus des formations.

#### **B) Mettre en œuvre la formation**

Au regard du plan de formation 2011/2012, le FAM bénéficie d'un budget formation de 16 334 €. D'autre part, la mise en commun d'une partie des fonds dédiés à la formation pour l'EHPAD et le FAM dans le cadre du plan de formation associatif est une proposition soutenue par la direction générale de l'association. Cette opportunité va permettre de renforcer la coopération entre les deux établissements et de favoriser la complémentarité des pratiques professionnelles. Les entretiens individuels, prévus dans le cadre de la

mise en place des outils de la GPEC (1<sup>er</sup> trimestre 2013), ainsi que les réunions mensuelles, organisées pour faire évoluer le projet d'établissement, seront des temps de travail grâce auxquels je vais planifier la formation. Le plan de formation 2013/2014 accompagnera le nouveau projet d'établissement en favorisant :

- Le travail en équipe pluridisciplinaire (organisation et communication des équipes pour assurer la cohérence et la qualité des soins),
- La prise en compte du vieillissement par la personnalisation de l'accompagnement (connaissance du sujet âgé, de son environnement, évaluation des besoins et des attentes de la personne, apports théoriques permettant de parler de la mort, d'appivoiser le concept),
- Les modalités de prises en charge liées à l'accompagnement des personnes atteintes de surdité (formations transversales inscrites chaque année depuis deux ans au plan de formation associatif dans le cadre du partenariat avec le CRESAM),
- La prise en charge médicale de la personne handicapée vieillissante en institution (formation prévue en novembre 2012, inscrite sur le plan de formation actuel, à destination de l'infirmière du FAM),
- La qualification d'un membre de l'équipe logistique à la fonction de maîtresse de maison (formation prévue dans le cadre du projet d'établissement pour valoriser les prestations liées à la restauration).

Aucune autre formation qualifiante n'est, pour l'heure, prévue puisque l'ensemble du personnel de l'établissement a une qualification qui correspond à la fonction qu'il occupe. La phase de transition dans laquelle se trouve le FAM est propice aux « *changements culturels et à l'évolution des comportements*<sup>81</sup> ». Pour Patrick LEFEVRE, les formations de type intra ou inter-établissements « *permettent l'enrichissement collectif et la capacité de produire des référentiels nouveaux en matière de professionnalité et de compétences*<sup>82</sup> ». Privilégier les formations collectives aux formations individuelles est un choix institutionnel permettant de décloisonner l'environnement professionnel des équipes et d'inscrire la coordination des fonctions comme une référence professionnelle à développer. J'associe donc la mise en mouvement des acteurs de la prise en charge à la capacité de l'établissement à organiser les compétences en les rendant complémentaires. Les formations individuelles dites de « *perfectionnement et technicité* » feront l'objet d'une

---

<sup>81</sup> LEFEVRE Patrick, 2003, *Guide de la fonction directeur d'établissement dans les organisations sociales et médico-sociales*, Paris, 2<sup>ème</sup> édition, Dunod, p.318.

<sup>82</sup> Ibid., p.318.

orientation institutionnelle nouvelle lorsque la recherche d'une dynamique collective ne sera plus l'objectif recherché.

### **3.3.3 Inscrire l'établissement dans une logique de coopération**

Une meilleure coopération et une meilleure coordination entre les différents intervenants du secteur médico-social et du secteur sanitaire sont un atout majeur pour les associations afin de faire évoluer les pratiques professionnelles et ainsi garantir la qualité de prise en charge des personnes accueillies. La nécessité de travailler en coopération est affirmée par la loi du 2 janvier 2002 de rénovation de l'action sociale et médico-sociale, la loi HPST l'évoque également. Ces changements modifient l'avenir du secteur et demandent aux établissements sociaux et médico-sociaux de mettre en place des actions et orientations pertinentes afin d'accompagner les publics accueillis. Inscrire le FAM dans une logique de coopération, outre une nécessité, signifie, à mon sens, de tenir compte de l'environnement interne et externe dans lequel il se trouve.

#### **La logique de coopération interne :**

En interne, le FAM appartient à une association gestionnaire qui a su développer des services différents. Historiquement, l'association s'est construite autour de l'accueil d'enfants sourds ayant des handicaps associés. La prise en charge médicale y est importante la semaine puisque deux infirmières à temps plein assurent une présence effective du matin au soir du lundi midi au vendredi après-midi. Ces permanences sont importantes pour les équipes du FAM car elles compensent l'absence de l'infirmière lorsque cette dernière ne travaille pas. Depuis le mois de janvier 2012, une réunion avec la direction de l'IME, a officialisé cette mutualisation des moyens associatifs. Les temps de week-end n'étant pas encore prévus dans l'organisation hebdomadaire des infirmières du secteur adulte (FAM et EHPAD), une convention de partenariat vient d'être signée avec un cabinet associatif de soins infirmiers situé sur une commune voisine<sup>83</sup>. Cette convention formalise les besoins actuels en termes de soins infirmiers au sein du FAM. Un protocole explique les modalités de mise en œuvre, pour l'équipe médico-éducative, de ladite convention.

Parallèlement, le travail en partenariat avec le centre de ressources du CRESAM a inscrit l'association sur le champ de la prise en compte de la surdicécité. En effet, douze enfants accueillis au sein de l'IME souffrent du syndrome d'USHER, maladie provoquant une déficience visuelle pouvant aboutir à la cécité. Cette double déficience nécessite la mise en place de moyens humains et matériels spécifiques pour accompagner les enfants au

---

<sup>83</sup> Aucune convention n'a pu être signée avec le cabinet de soins infirmiers du village.

quotidien. Elle associe l'IME au FAM dans l'évolution de leur offre de services puisque cette problématique est commune. Par l'intermédiaire du plan de formation associatif, le directeur de l'IME et moi-même avons décidé de proposer à la direction générale qu'un éducateur de l'IME prépare le diplôme d'Intervenant Conseil en Accessibilité et Compensation Sensorielle (ICACS). Cette formation qualifiante, mise en place par la FISAF, permet à des professionnels de la prise en charge d'avoir un rôle de conseil auprès des établissements ou des collectivités locales dans la mise en accessibilité de leurs infrastructures. En accord avec la direction générale, le professionnel retenu par l'association débutera sa formation au mois de septembre 2012. Dès l'obtention de son diplôme, son temps de travail sera partagé entre sa fonction d'éducateur (0,50 ETP) et sa fonction associative de conseiller (0,50 ETP).

Le secteur adulte de l'association compte parmi ses établissements un EHPAD. La première coopération avec cet établissement décrite dans le chapitre 2 (2.1.3) m'a fait prendre conscience que la problématique liée à la dépendance était commune aux deux structures. Ce rapprochement a également mis en lumière le fait que le personnel de l'EHPAD avait quelques difficultés à utiliser des outils d'aide à la communication non verbale pour accompagner certains résidents n'ayant plus accès à la parole ou souffrant de déficience visuelle. En mutualisant une partie des moyens financiers consacrée au plan de formation, la directrice de l'EHPAD et moi-même avons fait se rencontrer le personnel des deux établissements dans le cadre de formations transversales (manutention, journées de formations sur le thème de la prise en charge des personnes vieillissantes). L'équipe référente « *communication* » du FAM a également participé à la création d'un tableau de « *repérage* » dont l'objectif principal est de donner une vision journalière du personnel présent et des activités proposées au sein de l'EHPAD.

### **La logique de coopération externe :**

Comme je l'ai évoqué précédemment, le FAM « *Combe Laval* » est un établissement bien implanté localement qui a su développer de nombreuses coopérations, notamment avec les praticiens libéraux présents sur son secteur. Ce travail reste toutefois non formalisé et soumis à la bonne relation entre l'établissement et ses partenaires.

Redéfinir le projet d'établissement suppose, de mon point de vue, que les moyens pressentis pour accompagner le changement soient en adéquation avec les besoins évalués et qu'ils s'inscrivent dans la continuité de la prise en charge proposée. C'est à ce titre que je vais associer le médecin coordonateur du FAM à la réalisation de conventions de partenariat.

La convention de partenariat est un outil fonctionnel qui ne nécessite pas de création d'entité juridique.

Les parties prenantes à ce type de contractualisation pouvant être des établissements

publics ou privés, cette convention s'inscrit donc bien dans une logique de coopération territoriale.

Elle a l'avantage, pour une structure telle que le FAM :

- De formaliser la mise en lien d'acteurs déjà identifiés,
- D'éviter l'isolement de l'institution,
- D'assurer la continuité de la prise en charge.

Jusqu'en 2008, la continuité de la prise en charge médicale était assurée par le médecin de l'établissement dont le rôle s'apparentait à celui d'un médecin de village. Sa particularité résidait dans le fait qu'il assurait ses consultations au sein de la structure. Les familles avaient un contact avec le service médical uniquement par l'intermédiaire de l'infirmière.

L'apparition de nouvelles pathologies (digestives, sensorielles, psychiatriques, urologiques) ainsi que les situations de dépendances physiques liées à des immobilisations ponctuelles et nécessitant parfois de la rééducation, ont complexifié la prise en charge médicale dans la gestion interne et externe de l'établissement. J'ai proposé une réunion au mois de septembre 2012 avec le médecin du FAM, les infirmières et les directeurs des hébergements adultes afin d'établir la listes des praticiens et/ou services travaillant en partenariat avec l'association. Par cette mise en commun, je souhaite, dans un premier temps, qu'une évaluation des besoins internes soit effectuée au regard des problématiques rencontrées au sein du secteur adulte de l'association. Dans un second temps, je recherche à avoir une représentation plus précise des professionnels extérieurs ayant une approche médicale compatible avec le public accueilli au sein de l'association, notamment en terme de prise en compte de la surdité.   terme (fin du premier semestre 2014), cette démarche vise à formaliser des conventions de partenariat auprès de professionnels et/ou de services hospitaliers tel que le précise le décret de 2009, afin de garantir aux résidents accueillis au sein du FAM un accès aux soins mieux adaptés.

Pour donner une image plus précise des bénéfices que le FAM tirerait de son inscription dans une logique de coopération, j'évoquerai la question des soins dentaires dispensés au centre hospitalier d'Aubenas qui, malgré de bons résultats pour les résidents, mobilisent trop de temps pour l'établissement.   moins de quinze minutes du FAM se trouve un établissement médico-social public disposant à son sein d'un dentiste spécialisé dans le traitement des soins dentaires pour les personnes lourdement handicapées. Cette information m'a été transmise par le directeur de cet établissement lors d'une rencontre organisée par le Conseil Général de la Drôme dans le cadre de la mise en œuvre du plan canicule 2012. Par courrier, ce directeur m'a confirmé qu'une coopération pouvait s'envisager d s 2013, d'autant qu'il était également intéressé à ce que le personnel de son établissement soit sensibilisé à l'approche de la communication non verbale.

### **3.3.4 Associer les familles aux objectifs recherchés**

La création du FAM a diversifié le dispositif adulte de l'association en inscrivant le champ sanitaire dans la continuité de la prise en charge déjà proposée. Pour les résidents, cette ouverture a été une étape importante dans leur parcours puisqu'elle a marqué leur entrée dans le secteur adulte et rompu avec un fonctionnement institutionnel organisé autour de la prise en charge d'enfants. Les parents ont soutenu ce projet durant toutes les étapes préalables à la décision des autorités de tutelles. Pour eux, l'association garantissait le maintien d'un accompagnement médico-éducatif tenant compte de la surdité de leurs enfants. Cette recherche de cohérence dans le parcours de leurs enfants était plus importante que l'éloignement géographique à plus long terme occasionné par le maintien des jeunes adultes dans le département de la Drôme.

Lorsque j'ai pris mes fonctions, conformément aux orientations de la loi du 02 janvier 2002, j'ai organisé les élections des représentants des parents pour le CVS. Cette instance formelle n'a, dès lors, jamais cessé d'accompagner la structure et se révèle être un indicateur important dans la mise en œuvre des orientations politiques de l'établissement. Les représentants du CVS ont leur avis à donner quant aux services proposés aux personnes accueillies au sein de l'établissement. Chaque compte rendu de CVS fait l'objet d'une communication institutionnelle que je souhaite la plus large possible. Pour le personnel, les questions des parents ainsi que les réponses apportées sont importantes. Elles alimentent les réunions d'équipes et démontrent que la place des familles au sein de l'organisation institutionnelle est effective.

Depuis 2006, les questions liées au vieillissement des personnes accueillies au FAM apparaissent régulièrement au travers des CVS. Ces questions concernent l'organisation des soins en interne comme en externe, la fatigabilité des parents quant à l'accueil de leurs enfants lors des différentes périodes prévues dans l'année, l'effectif de l'établissement en termes de professionnels, la continuité de la prise en charge à la disparition des parents, l'accessibilité du bâtiment au regard de l'évolution du public vers la dépendance physique. Elles participent donc à l'évolution du projet d'établissement et se concrétisent par des décisions visant à adapter l'offre de service proposée par le FAM.

**La réorganisation des soins** s'est faite en tenant compte des remarques formulées par les parents pour une meilleure visibilité de la prise en charge médicale et donc du service ayant cette responsabilité. Depuis le début de l'année 2012, un organigramme du service médical a été envoyé aux familles. De manière individuelle, cette fiche renseigne les parents sur l'évaluation de l'état de santé générale de leurs enfants ainsi que sur la prévision annuelle des soins. Les temps de présences du médecin et de l'infirmière dans l'institution ainsi que des plages horaires propres aux contacts téléphoniques complètent

le document. Un cahier de liaison, spécifique aux retours en famille, a également été mis en place.

**La fatigabilité des parents** est prise en compte dans l'organisation des retours en famille. Ces derniers ne sont plus systématiques et font l'objet d'une souplesse dans leur mise en œuvre. Sauf cas de force majeure, les parents se sont engagés à m'informer à l'avance s'ils ne peuvent accueillir leur enfant. Parallèlement, je vais mettre à l'ordre du jour du CVS du mois de novembre 2013 la possible réorganisation des transports à destination de Paris et Avignon. L'idée étant de proposer une action institutionnelle en cohérence avec les constats exprimés par les familles et les besoins des résidents (notamment en termes de fatigabilité et de permanence de prise en charge).

**Le thème de l'effectif du personnel** fait toujours l'objet d'une information auprès du CVS. Les départs et arrivées des professionnels ainsi que les axes de formations prévues institutionnellement sont également inscrits dans une rubrique conçue à cet effet au sein d'un journal édité bi annuellement et distribué aux familles et tuteurs par voie postale.

**Suite au CVS du 17 Novembre 2006**, j'ai répondu à l'inquiétude des parents quant au respect de leurs volontés concernant les obsèques de leurs enfants par la création d'un formulaire à remplir formalisant leurs souhaits s'ils venaient à disparaître. Tous ont été remplis et sont classés dans le dossier administratif des résidents.

**La mise en accessibilité ainsi que la réévaluation du projet d'établissement**, prévues dans le plan d'action, ont fait l'objet d'une communication au CVS du mois de juin 2012. Le prochain conseil sera l'occasion d'une présentation formelle du plan d'action. Discuté avec les représentants élus, le projet architectural donnera lieu à des remarques de la part des parents pour lesquelles j'aurai une attention particulière.

### **3.4 L'évaluation du projet**

*« L'évaluation s'inscrit obligatoirement dans une démarche de projet. Évaluer c'est aussi donner de la valeur à son travail par la visibilité des pratiques et des interventions qu'elle permet<sup>84</sup> ».* Ali BOUKELAL associe l'évaluation à une démarche dans le sens où elle vient mesurer l'écart entre le but atteint et celui initialement recherché. L'évaluation du projet, engagé au sein du FAM, nécessite donc la mise en place d'indicateurs en direction des personnes accueillies et du personnel de la prise en charge. Avant de les définir, je vais m'appuyer sur les résultats de l'évaluation externe de l'établissement.

---

<sup>84</sup> BOUKELAL Ali, novembre/décembre 2006, « Evaluation interne et qualité dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux » *Les cahiers de l'actif* n°366/367, dossier spécial, p.18.

### 3.4.1 Quelles priorités au regard des résultats de l'évaluation externe ?

Lors du dernier comité de pilotage en date du 05 mai 2012, relatif à la mise en œuvre de l'évaluation externe des établissements et services de l'association, le consultant en charge de l'évaluation externe du FAM a rendu un pré-rapport. Rédigé en trois parties, ce dernier fait apparaître des points forts, des points de vigilances et des pistes d'améliorations. Je n'aborderai pas ici l'ensemble des points forts observés par le consultant. Je m'attacherai simplement à relever que le pré-rapport fait état d'une institution « *très organisée en matière de communication non verbale, tant dans la mise en place des activités de loisirs ou pédagogiques, que dans l'individualisation des prises en charges visant à accompagner la personne handicapée vers une meilleure compréhension de son environnement* ».

Je vais m'appuyer sur ce constat pour que la réécriture du projet d'établissement s'inscrive dans la continuité d'une pratique professionnelle faisant référence au sein du FAM. L'axe de la communication, au travers des outils développés depuis l'ouverture de la structure, sera maintenu dans le nouveau projet car il mobilise l'ensemble des acteurs de la prise en charge. Les points de vigilances et les pistes d'améliorations reprennent les différents constats exprimés par les membres de la commission d'évaluation interne. Le pré-rapport fait état de « *besoins nouveaux à prendre en compte institutionnellement du fait d'une augmentation des soins médicaux à réaliser auprès des personnes handicapées* ». L'adaptation du bâtiment et la mise en accessibilité des espaces individuels et collectifs, la prise en compte du vieillissement des personnes au travers de formations transversales ainsi que la réévaluation des PAA font l'objet de préconisations spécifiques.

Diversifier l'offre de service du FAM est le fil conducteur de la démarche de changement mise en œuvre pour répondre au vieillissement du public accueilli. Pour atteindre cet objectif je vais, d'une part mobiliser les ressources institutionnelles ayant montré leur efficacité, notamment en termes de communication, de l'autre mettre en place une dynamique associative impliquant les dirigeants associatifs et l'équipe pluridisciplinaire de l'établissement. Les indicateurs utilisés tout au long du plan d'action s'avèrent essentiels pour accompagner le projet.

### 3.4.2 Évaluer les services rendus

#### A) Des indicateurs opératoires au service du projet :

L'inscription du personnel pour participer au comité de pilotage débutant au mois de septembre 2012 est le premier indicateur qui va me permettre d'évaluer l'intérêt des professionnels à engager la démarche de changement envisagée.

Jusqu'à la fin de l'année 2012, ce comité de pilotage travaillera à l'élaboration du cahier des charges fixant les bases du projet. La formalisation de ce document (architecture, organisation du travail par fonction, formation du personnel et investissements propres aux achats de matériel), à l'échéance prévue, finalisera la phase préparatoire du projet. S'en suivra la planification de l'adaptation immobilière en collaboration avec l'architecte.

A partir des éléments recueillis auprès du comité de pilotage, les propositions architecturales feront l'objet d'une réunion avec la direction générale et le CA. Je prévois de communiquer le projet retenu à l'ensemble des salariés du FAM lors d'une réunion générale au mois de mars 2013.

En présence de l'architecte et de la direction générale, cette rencontre permettra de répondre aux questions du personnel, de présenter le projet sous sa forme organisationnelle, d'évaluer l'investissement des professionnels par leur participation aux échanges.

#### **B) Des indicateurs méthodologiques au service du public :**

Développer les services d'une institution nécessite, pour le personnel de la prise en charge, d'acquérir de nouvelles compétences en rapport avec les besoins repérés du public accueilli.

La formation professionnelle est un levier que je vais utiliser afin d'apporter au FAM des ressources lui permettant d'élargir ses compétences internes. Le plan de formation, tel que je l'ai défini dans cette troisième partie (3.3.2), est l'outil qui va me permettre de définir et planifier les axes prioritaires à mettre en œuvre au sein de l'établissement pour développer les savoirs faire des professionnels.

En m'appuyant sur les préconisations du comité de pilotage (étape 3 du cahier des charges), je communiquerai aux IRP les formations retenues ainsi que les modalités d'inscription des professionnels. Les entretiens individuels, programmés en lien avec la technicienne des ressources humaines de l'association durant le premier semestre 2013, seront des indicateurs :

- **Quantitatifs**, dans la mesure où ils me permettront d'avoir une représentation précise du nombre de formations à organiser en interne et d'en estimer le coût,
- **Qualitatifs** car je souhaite que les formations proposées puissent répondre collectivement à des besoins individuels des professionnels au regard des fonctions qu'ils exercent au sein de l'établissement.

La démarche de projet nécessite la mise en place d'une méthodologie intégrant des étapes différentes.

Ces dernières (communication, élaboration du plan de formation, validation associative, évaluation des bénéficiaires), rythment le processus de changement et sont des indicateurs au service du directeur lui permettant d'animer le projet qu'il dirige.

La mise en mouvement de l'institution aura des incidences sur les personnes accueillies au sein du FAM.

Si, à terme, l'objectif recherché, demeure l'amélioration de l'ensemble des prestations de l'établissement au profit des résidents, leurs comportements, au fur et à mesure de l'évolution de leur lieu de vie, sont des indicateurs qui vont m'informer sur :

- La cohérence de la méthode employée,
- La pertinence des actions engagées,
- L'adhésion du personnel au projet (développement de nouvelles compétences).

### **C) Des indicateurs en direction des familles :**

Les CVS sont les instances au travers desquelles les préoccupations des familles face au vieillissement de leurs enfants se sont affichées ces six dernières années. Les extraits tirés des compte rendus<sup>85</sup> sont des indicateurs qui m'ont permis d'étayer le plan d'action et de prendre la mesure que l'environnement familial des personnes handicapées était, lui aussi, sujet à des évolutions ayant un impact sur l'organisation de l'établissement. Lors du prochain CVS, prévu au mois de décembre 2012, je vais présenter aux membres du conseil une synthèse du travail réalisé par le comité de pilotage. Cette présentation officielle, suivie des échanges qu'elle suscitera, me permettront d'évaluer si les principes qui vont accompagner la réalisation du nouveau projet d'établissement correspondent aux attentes des familles.

La fin du plan d'action se soldera au mois de juin 2014 par une inauguration des nouveaux locaux et la présentation du nouveau projet d'établissement formalisé au travers d'un livret d'accueil réactualisé. Jusqu'à ce jour, les quatre CVS programmés entre le mois de décembre 2012 et le mois de mars 2014 seront des instances de communication autour de la construction du projet et de l'implication des familles. L'avis des parents face aux décisions à prendre en termes, par exemple, de réévaluation du rythme des retours en familles, seront des indicateurs qui participeront à la mise en œuvre d'un projet d'établissement plus cohérent.

### **3.4.3 Évaluer les conditions de travail des professionnels**

L'évaluation des conditions de travail des professionnels, lorsque les dispositifs ayant accompagnés la démarche de changement auront été utilisés, nécessite la mise en place

---

<sup>85</sup> Cf. ANNEXE V « Les questions du CVS »

d'indicateurs précis. Au sein du FAM, le diagnostic réalisé faisait apparaître, pour les salariés, des conditions de travail qui se dégradent au vu :

- Du manque d'équipement médical au sein de la structure,
- Du manque d'effectif au regard du temps de plus en plus important à consacrer individuellement aux personnes handicapées vieillissantes,
- Du service médical à réorganiser en tenant compte des fonctions spécifiques de chaque professionnel,
- Du clivage occasionné par la cohabitation de deux équipes au sein d'un même établissement,
- Du manque de réponses face à des comportements nouveaux, parfois violents, des résidents,
- Du sentiment d'isolement au sein de la structure, associé à un manque de perspectives en termes d'accompagnement éducatif.

En créant un comité de pilotage, je développe l'axe du projet d'établissement par la voie d'un management participatif. Le travail de diagnostic de l'établissement donne une légitimité aux propositions de ce groupe de réflexion car il a été validé dans sa forme par le CA de l'association gestionnaire.

Le projet immobilier rompt avec la configuration actuelle de l'établissement. Il donne une dimension nouvelle à la notion d'accessibilité en offrant des services mieux identifiables en interne pour un public sujet à la dépendance précoce, souffrant de surdité ou développant de nouvelles incapacités liées au vieillissement. Pour le personnel, ces deux premières actions sont des réponses concrètes visant à améliorer leurs conditions de travail. Les réunions prévues tout au long de l'année 2013 me permettront d'évaluer si mon hypothèse se vérifie.

Le mois septembre 2014 marquera la fin du plan d'action mis en place pour répondre à une problématique institutionnelle qui s'est formalisée pour la première fois dans le cadre de l'évaluation interne du FAM.

Ce travail évaluatif n'est toutefois pas terminé puisque l'ensemble du dispositif fera l'objet d'une nouvelle évaluation pluridisciplinaire dès le début de l'année 2015 pour que la qualité des services proposés s'inscrive dans la continuité.

## CONCLUSION

La réalisation de ce mémoire m'a permis de mesurer le degré d'exigences que demande la fonction de direction. Au fur et à mesure de sa rédaction, j'ai ainsi pris conscience que les constats seuls ne suffisent pas pour conduire une démarche de changement impliquant l'ensemble des acteurs institutionnels. Ma responsabilité professionnelle est engagée puisqu'elle témoigne de ma capacité à mettre en œuvre un plan d'action répondant :

- Aux besoins des personnes handicapées accueillies au sein du FAM,
- À la demande légitime des familles et/ou représentants légaux que les accompagnements effectués soient dignes, respectueux et adaptés à chaque situation,
- À la reconnaissance et à l'évolution des compétences professionnelles pour les salariés engagés au quotidien,
- Aux orientations de l'association, en cohérence avec les valeurs qu'elle défend au regard de l'évolution du secteur médico-social,
- À l'évolution des politiques publiques mises en œuvre par les autorités de tarification.

Je me suis attaché à élaborer un diagnostic montrant en quoi le vieillissement global des personnes accueillies au sein de la structure que je dirige avait un impact sur l'accompagnement quotidien et, par conséquent, sur le projet d'établissement. Ces descriptions font apparaître que l'ensemble des prestations proposées par l'établissement doivent être réévaluées en intégrant, d'une part, une dimension médicale mieux structurée, de l'autre, une vision de la structure à plus long terme afin que ce qui est, à ce jour, reconnu comme une compétence institutionnelle acquise, reste une valeur professionnelle forte et partagée.

Pour atteindre ce double objectif, la réécriture du projet d'établissement est le point d'entrée formalisant la démarche de changement à envisager. Les décisions prises par l'association concernant les investissements financiers nécessaires à l'adaptation des bâtiments ainsi que la communication faite autour de l'évolution des pratiques professionnelles à opérer sont autant d'éléments qui me paraissent aujourd'hui des indicateurs favorisant la mise en mouvement des acteurs de la prise en charge.

Ce projet ne peut toutefois se réaliser qu'à partir des compétences des personnels et la nécessité d'un travail pluridisciplinaire car « *la gestion des compétences est un levier essentiel de mobilisation des ressources humaines. Elle permet une meilleure adéquation*

*des hommes aux besoins de l'organisation*<sup>86</sup> » Le changement qui s'opère par le projet est ainsi l'occasion de réfléchir sur le sens et la cohérence du travail pour l'ensemble du personnel, sur l'autonomie accordée, sur le degré de responsabilité de chacun, sur le développement des relations professionnelles.

Mon rôle ne s'arrête pas à la seule redéfinition des pratiques institutionnelles. Il est aussi de prévoir l'évolution de l'établissement à plus long terme, notamment dans la réponse associative que ce dernier peut apporter aux jeunes adultes accueillis au sein de l'IME dont les pathologies laissent à penser qu'une orientation de type FAM va leur être proposée. L'IME est concerné par le schéma national pour les handicaps rares dans la mesure où 57 enfants accueillis au sein de l'établissement relèvent de ces dispositions. D'autre part, 5 jeunes adultes, dont les parents résident dans la région Rhône-Alpes, sont actuellement en situation d'amendement CRETON et n'ont, pour l'heure, aucune perspective d'orientation. Par la voie du Président du CA, la Direction Générale de l'association s'est donc saisie, au mois de juin 2012, de cet état de fait pour solliciter auprès de l'ARS l'octroi de 5 places supplémentaires dédiées aux personnes relevant du schéma national handicaps rares dans le cadre d'une extension du FAM. Cette demande a reçu une écoute favorable de la part de l'ARS mais reste encore soumise à l'accord de la CNSA.

Si le financement de ces 5 places supplémentaires était accordé, cette décision permettrait de maintenir le niveau de compétence acquis par les équipes en terme d'accompagnement éducatif et de développer les apports techniques liés à la prise en charge médicale au regard des outils prévus par le plan d'action. Cette vision projective, alors même que la démarche de changement engagée au sein du FAM n'en est qu'à ses débuts, me paraît être une part importante du travail du directeur. Pour Jean-Marie MIRAMON, « *Diriger, c'est se mettre au service d'un projet, d'une organisation, d'un secteur. C'est occuper une place d'autant plus belle qu'on en est pas propriétaire, qu'elle fait l'objet d'une transmission*<sup>87</sup> ».

Au sein de l'association les différents leviers d'actions permettant au FAM de diversifier ses services sont connus de l'ensemble des cadres de direction. Cette méthode facilite l'échange des savoirs et participe, de mon point de vue, à la mise en œuvre d'une démarche de changement réfléchi au profit de l'ensemble des personnes accueillies.

---

<sup>86</sup> BENAZET Jean-Pierre et al., 1999, *Gestion des entreprises sociales, associations et établissements sociaux*, Editions Voiron, p 194.

<sup>87</sup> MIRAMON Jean-Marie, COUET Denis, PATURET Jean-Bernard, 2005, *Le métier de directeur, techniques et fictions*, Rennes, 3<sup>ème</sup> édition, Edition de l'ENSP, p.246.

---

## Bibliographie

---

### COMMUNICATIONS :

BERNARD P., « Le soin dans l'accompagnement de la personne handicapée avançant en âge », in URAPEI, *Journée régionale Rhône-Alpes*, 20 novembre 2010, Seynod, 18 pages.

### OUVRAGES :

BARON A., 2010, *Dynamiques territoriales de l'action sociale et médico-sociale*, Grenoble, PUG, 287 pages.

BENAZET J-P., et al., 1999, *Gestion des entreprises sociales, associations et établissements sociaux*, Voiron, La lettre du cadre territorial, 194 pages.

CROZIER M., FRIEDBERG E., 1977, *L'acteur et le système : les contraintes de l'action collective*, Paris, Editions du Seuil, 436 pages.

CTNERHI, 2007, *Guide Néret : Droit des personnes handicapées*, Rueil Malmaison, Groupe Liaisons, 479 pages.

Dictionnaire HACHETTE, 2008, Edition illustrée, Paris, 1811 pages.

LEFEVRE P., 2003, *Guide de la fonction directeur d'établissement dans les organisations sociales et médico-sociales*, 2<sup>ème</sup> édition, Paris, Dunod, 405 pages.

LHUILIER J-M., 2009, *Le droit des usagers dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux*, Rennes, Presses de l'EHESP, 272 pages.

MIRAMON J-M, 1996, *Manager le changement dans l'action sociale*, Rennes, Editions ENSP, 105 pages.

MIRAMON J-M, 2009, *Manager le changement dans les établissements et services sociaux et médicosociaux*, Rennes, Editions Presses de l'EHESP, 149 pages.

MIRAMON Jean-Marie, COUET Denis, PATURET Jean-Bernard, 2005, *Le métier de directeur, techniques et fictions*, Rennes, 3<sup>ème</sup> édition, Edition ENSP, 269 pages.

MULLER Pierre, 2009, *Les politiques publiques, Que sais-je*, Paris, 8<sup>ème</sup> édition, PUF, 127 pages.

ZRIBI G., SARFATY J., 2003, *Le vieillissement des personnes handicapées mentales*, Rennes, Presses de l'EHESP, 198 pages.

## **RAPPORTS :**

BLANC P., juillet 2006, La longévité des personnes handicapées vieillissantes : un nouveau défi pour leur prise en charge, *Rapport au Ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille*, 99 pages.

CONSEIL GENERAL DE LA DRÔME, mai 2012, Schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées pour les années 2012 à 2016, 17 pages.

GILLOT D., juin 1998, Le droit des sourds : 115 propositions, *Rapport au Premier Ministre*, 133 pages.

MINISTERE DU TRAVAIL ET DES AFFAIRES SOCIALES, décembre 1996, Rapport sur les handicaps rares, 59 pages.

## **REVUES :**

AZEMA B., janvier 2008, « Handicaps rares : émergence d'une problématique complexe de prise en charge », *Bulletin d'informations du CREA Bourgogne*, n°277, pp.1-15.

BOUKELAL A., novembre/décembre 2006, « Evaluation interne et qualité dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux », *Les cahiers de l'actif*, n°366/367, dossier spécial, pp. 06-20.

CNSA, octobre 2010, « Aide à l'adaptation et à la planification de l'offre médico-sociale en faveur des personnes handicapées vieillissantes », *Dossier technique*, pp.15-35.

CTNERHI, 2006, « La personne handicapée vieillissante ou âgée », *Dossier professionnel* n°10, pp.45-47.

CHAPIREAU F., décembre 2001, « La classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé », *Gérontologie et société*, n°99, pp. 37-56.

DELHON L, mai 2012, « Vieillir avec un handicap mental », *Lien social*, n° 1062, pp. 10-14.

GABBAÏ P., mai/juin 2002, « Les équipes éducatives et soignantes face au vieillissement des personnes handicapées mentales », *Les cahiers de l'actif* n°312/313, pp. 27-33.

HEYRIES F., janvier 2010, « Notre regard va changer de dimension », *Actualités sociales hebdomadaires* n°2642, pp. 28-31.

## **SITOGRAPHIE :**

ANNUAIRE DES ETABLISSEMENTS DE L'ACTION SOCIALE. Foyer d'accueil médicalisé pour adultes handicapés (FAM), [en ligne], consulté le 31 janvier 2012, [www.annuaire.action-sociale.org](http://www.annuaire.action-sociale.org)

REY-DEBOVE J. et REY A., 2012, Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française, Le petit Robert, [en ligne], consulté le 22 mars 2012, [www.robert.bibliotheque-nomade.univ-lyon2.fr](http://www.robert.bibliotheque-nomade.univ-lyon2.fr)

## **TEXTES JURIDIQUES :**

LOI n° 57-1223 du 23 novembre 1957 sur le reclassement professionnel des travailleurs handicapés [en ligne]. Journal officiel du 24 novembre 1957. [visité le 18.03.2012], disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr>

LOI n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées [en ligne]. Journal officiel du 01 juillet 1975. [visité le 20.03.2012], disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr>

LOI n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales [en ligne]. Journal officiel du 01 juillet 1975. [visité le 20.03.2012], disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr>

MINISTERES DE L'EDUCATION NATIONALE, DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SOLIDARITE NATIONALE. Circulaire n° 82-2 et n° 82-048 du 29 janvier 1982 sur la mise en œuvre d'une politique d'intégration en faveur des enfants et des adolescents handicapés [en ligne]. Bulletin officiel n° 5 du 04 février 1982. [visité le 20.03.2012], disponible sur internet : <http://www.scolaritepartenariat.chez-alice.fr>

LOI n° 82-213 du 2 mars 1982 relative aux droits et libertés des communes, des départements et des régions [en ligne]. Journal officiel n°52 du 3 mars 1982 [visité le 20.03.2012], disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr>

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SOLIDARITE NATIONALE. Circulaire n° 86-6 du 14 février 1986 relative à la mise en place d'un programme expérimental d'établissements d'hébergement pour adultes gravement handicapés [en ligne]. Non parue au Journal officiel. [visité le 28.03.2012], disponible sur internet : <http://www.admi.net/jo/circ86-6cotorep.htm>

LOI n° 89-18 du 13 janvier 1989. Article 22 modifiant l'article 6 de la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées du 30 juin 1975 [en ligne]. Journal officiel du 14 janvier 1989. [visité le 26.02.2012], disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr>

LOI n° 2002-2 du 02 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale [en ligne]. Journal officiel du 03 janvier 2002 [visité le 30.01.2012], disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr>

Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 relative à l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées [en ligne]. Journal officiel n° 36 du 12 février 2005 [visité le 02.04.2012], disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr>

MINISTERE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES, DE LA FAMILLE, DE LA SOLIDARITE ET DE LA VILLE. Décret n° 2009-322 du 20 Mars 2009 relatif aux obligations des établissements et services accueillant ou accompagnant des personnes handicapées adultes n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie. Journal Officiel n°72 du 26 mars 2009, page 5375

LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires [en ligne]. Journal officiel n°0167 du 22 juillet 2009 [visité le 02.04.2012], disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr>

---

## Liste des annexes

---

<b>ANNEXE I : FICHE D'IDENTITE DU FAM</b>	<b>I</b>
<b>ANNEXE II : ACTIVITES HEBDOMADAIRES DU FAM</b>	<b>II</b>
<b>ANNEXE III : PROCES VERBAL DE LA CCDSA</b>	<b>III</b>
<b>ANNEXE IV : PLAN ACTUEL DU FAM « COMBE LAVAL »</b>	<b>IV</b>
<b>ANNEXE V : LES QUESTIONS DU CVS</b>	<b>V</b>
<b>ANNEXE VI : ÉCHEANCIER DU PLAN D'ACTION</b>	<b>VII</b>
<b>ANNEXE VII : BILAN FINANCIER DU FAM</b>	<b>VIII</b>
<b>ANNEXE VIII : LE PROJET ARCHITECTURAL</b>	<b>IX</b>

## ANNEXE I : Fiche d'identité du FAM

<input type="checkbox"/> <b><u>NOM DE L'ENTITE GESTIONNAIRE</u></b> Association « LA PROVIDENCE » <input type="checkbox"/> <b>N° DE DECLARATION D'EXISTENCE :</b> N° D 5427 <input type="checkbox"/> <b>DATE DE DECLARATION :</b> 31 DECEMBRE 1976 <input type="checkbox"/> <b>ADRESSE:</b> B.P2 26190 SAINT LAURENT EN ROYANS ☎: 04/75/48/... FAX : 04/75/48/... <input type="checkbox"/> <b>E.MAIL :</b> ACCUEIL@ASSOC-LAPROVIDENCE.COM <input type="checkbox"/> <b>STATUT DE L'ENTITE</b> ASSOCIATION <input type="checkbox"/> <b>REPRESENTANT LEGAL :</b> MME D..... <input type="checkbox"/> <b>QUALITE :</b> DIRECTRICE GENERALE DE L'ASSOCIATION..... <input type="checkbox"/> <b>N° DE SIRET:</b> 77944903200100 (FAM)	<input type="checkbox"/> <b><u>NOM DE L'ETABLISSEMENT</u></b> FOYER D'ACCUEIL MEDICALISE « COMBE LAVAL » ..... ☎: 04/75/48/... <input type="checkbox"/> <b>E.MAIL :</b> M.....@ASSOC-LAPROVIDENCE.COM <input type="checkbox"/> <b>N° FINESS :</b> 26001680 <input type="checkbox"/> <b>DATE DE L'ARRETE D'AUTORISATION :</b> ► 21/09/1995. <input type="checkbox"/> <b>CAPACITE TOTALE AUTORISEE AU 1 JANVIER 2006 :</b> ► 19 PLACES. <input type="checkbox"/> <b>CAPACITE EN FONCTIONNEMENT AU 1 JANVIER 2006 :</b> ► 19 PLACES 1,00 ETP     Directeur 0,25 ETP     Psychologue 0,15 ETP     Médecin généraliste 0,10 ETP     Assistante sociale 0,75 ETP     Infirmière 0,25 ETP     Psychomotricien 0,70 ETP     Secrétariat comptable 1,00 ETP     Moniteur éducateur 5,45 ETP     Aides médico-psychologiques 5,80 ETP     Aides soignants 2,50 ETP     Aides soignants de nuit 1,00 ETP     Moniteur d'atelier 2,25 ETP     Services généraux <b>TOTAL : <u>21,20 Equivalences Temps Plein.</u></b>
--	---

## ANNEXE II : Activités hebdomadaires du FAM

JOUR	MATIN	APRES-MIDI
LUNDI	SOIN, ATELIER, RDV MEDICAUX	RANDONNEES PAR GROUPE DE NIVEAU
MARDI	SOIN, ATELIER, RDV MEDICAUX	PISCINE / ACTIVITES MANUELLES
MERCREDI	SOIN, ATELIER, RDV MEDICAUX	ACTIVITE BAR ET CUISINE
JEUDI	SOIN, ATELIER, RDV MEDICAUX	CAFE REUNION (ACTIVITE COLLECTIVE) / MEDIATHEQUE
VENREDI	SOIN, ATELIER, RDV MEDICAUX	DEPARTS EN FAMILLE / ACTIVITES LIBRES
WEEK-END	SOIN, GESTION QUOTIDIENNE	ACTIVITES PROGRAMMEES

Cette liste n'est pas exhaustive. Les activités proposées peuvent changer selon le temps ou les saisons.

# ANNEXE III : Procès verbal de la CCDSA



**PROCES-VERBAL**  
de la Commission Consultative Départementale de Sécurité et d'Accessibilité

**Commission de sécurité de l'Arrondissement de Valence**  
contre les risques d'incendie et panique dans les établissements recevant du public

Décret n° 95-260 du 8 mars 1995 modifié

**REUNION DU MARDI 20 JANVIER 2009**

Objet de l'étude	Référence	Date de la demande	Objet de la visite	Référence	Date de la visite
Permis de construire	L111-8		Visite de réception	R.123-45	
Autorisation de travaux	L111-8		Visite inopinée	R.123-48	
Demande de dérogation	R.123-13		Visite sur demande du Préfet	R.123-35	
Utilisation exceptionnelle des locaux	Art. GN 6		Visite périodique	R.123-48	14/01/09
			Visite d'homologation	CTS 3	
			Visite suite avis défavorable	R.123-48	

N° de dossier : 2342  
 Etablissement : IME La Providence bât F.A.M  
 Adresse : Le village  
 Code postal / COMMUNE : 26190 Saint-Laurent en Royans  
 Type : J  
 Catégorie : 5<sup>ème</sup>

### COMPOSITION DU GROUPE DE VISITE ET/OU DE LA COMMISSION

MEMBRES*	Groupe de visite		Commission	
	Nom	Qualité	Nom	Qualité
Président				SIDPC
Mairie		Adjointe au Maire		Maire
SDIS		Préventionniste		Préventionniste
DDSP ou Gendarmerie				Adjudant
DDE				
Exploitant				
Autres				

<b>AVIS DE LA COMMISSION</b> <b>FAVORABLE*</b> <b>DEFAVORABLE*</b>	<b>absence de délibération*</b>
---	---------------------------------

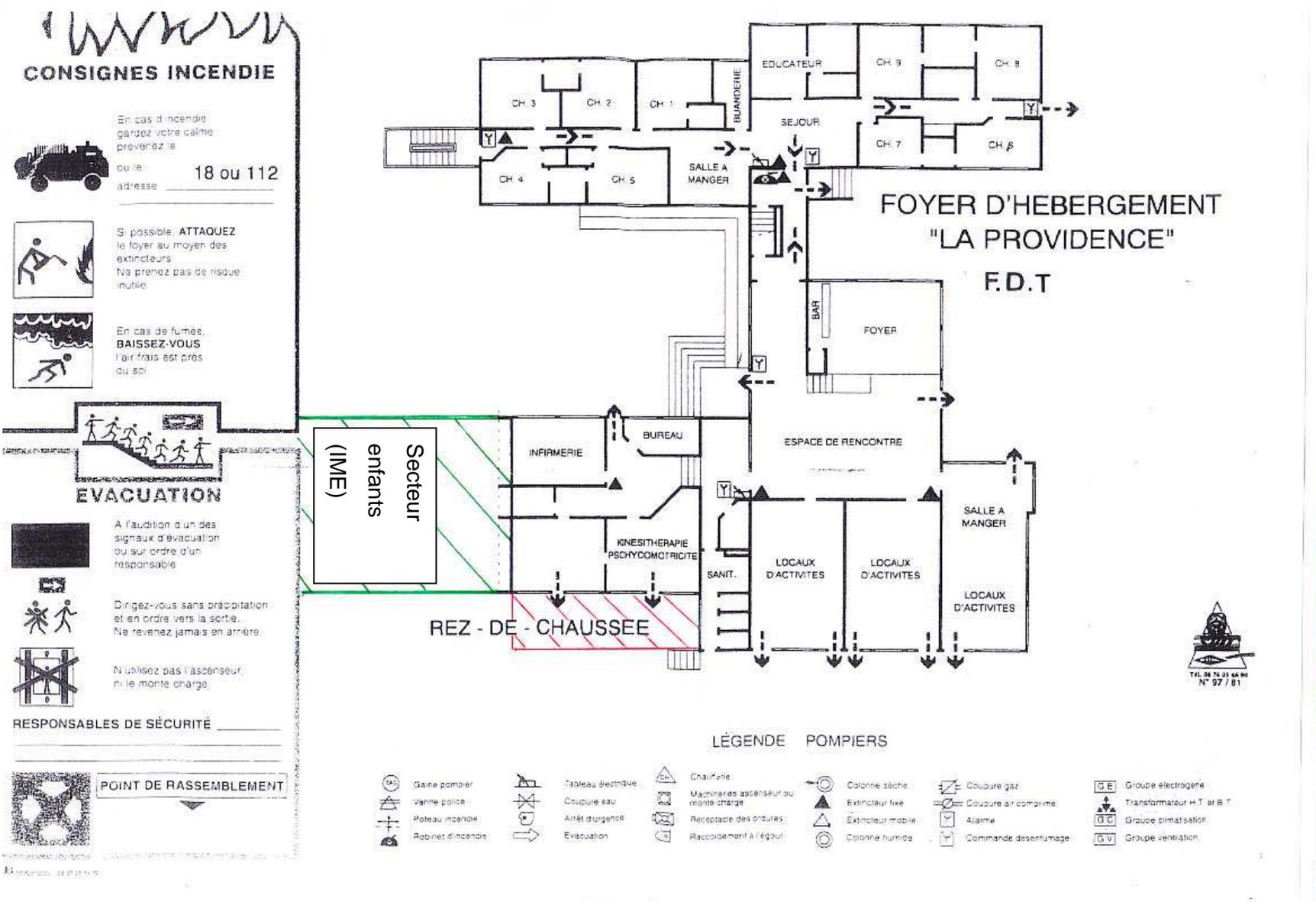
à la réalisation du projet\*      à l'ouverture de l'établissement\*      au fonctionnement de l'établissement\*  
 et formule les prescriptions mentionnées dans le rapport joint en annexe.

L'Adjoint au Maire et par Délégation,  
 Le Président de la commission de sécurité

J.M. C. [Signature]

\* Rayer les mentions inutiles  
 Conformément aux dispositions des articles R 123-1 à R 123-55 du Code de la Construction et de l'Habitation,  
 le maire doit notifier au pétitionnaire ce présent avis, accompagné du rapport joint en annexe.

Secrétariat de la commission de sécurité de l'arrondissement de Valence  
 Cabinet du Préfet - Service interministériel de Défense et de Protection Civiles - 3 bd Vauban - 26030 VALENCE Cedex 9  
 téléphone : 04.75.79.29.65 - Fax : 04.75.79.29.70 - [defense.protection-civile@drome.pref.gouv.fr](mailto:defense.protection-civile@drome.pref.gouv.fr)  
 P:\SIDPC\Commissions de sécurité et accessibilité\ERP\PROCES VERBAUX\ST-LAURENT EN ROYANS\ime la providence bât F.A.M.edt



**CONSIGNES INCENDIE**

- 

En cas d'incendie, gardez votre calme, prévenez le ou le: **18 ou 112** adresse \_\_\_\_\_
- 

Si possible, **ATTAQUEZ** le foyer au moyen des extincteurs. Ne prenez pas de risque inutile.
- 

En cas de fumées, **BAISSEZ-VOUS** l'air frais est près du sol.

**EVACUATION**

- 

À l'audition d'un des signaux d'évacuation ou sur ordre d'un responsable
- 

Dirigez-vous sans précipitation et en ordre vers la sortie. Ne revenez jamais en arrière.
- 

N'utilisez pas l'ascenseur, n'ile monte charge.

**RESPONSABLES DE SECURITE**

- 

**POINT DE RASSEMBLEMENT**

**LÉGENDE POMPIERS**

- |  |  |  |   |  |   |
|--|--|--|---|--|---|
|  Gaine pompiers   |  Tableau électrique |  Chauffage                          |  Colonne sèche     |  Coupure gaz          |  Groupe électrogène          |
|  Vanne police     |  Coupure eau        |  Machines ascenseur ou monte charge |  Extincteur fixe   |  Coupure air comprimé |  Transformateur H.T. et B.T. |
|  Poteau incendie  |  Arrêt d'urgence    |  Réceptacle des câbles              |  Extincteur mobile |  Alarme               |  Groupe climatisation        |
|  Robinet incendie |  Evacuation         |  Raccordement à l'égoût             |  Colonne humide    |  Commande déserfutage |  Groupe ventilation          |



## **ANNEXE V : Les questions du CVS**

**CVS du 14 avril 2006 :** « *La majorité des parents s'inquiètent de savoir si les responsables du foyer ont prévu la possibilité d'une prise en charge totale des adultes le jour où malheureusement les parents ne pourront plus s'en occuper pendant les congés (provisoirement ou définitivement). Sachant que plusieurs résidents ne partent jamais dans leur famille, quelle est l'organisation prévue pendant la fermeture de l'établissement ?* ».

**CVS du 17 novembre 2006 :** « *En raison de l'ennui manifesté par leurs enfants pendant les vacances d'été et les difficultés rencontrées par les familles, des parents demandent que la durée des vacances d'été soit ramenée à 15 jours* ». « *Comment procéder pour que les volontés des parents soient connues et respectées en ce qui concerne les obsèques de leur enfant ?* ».

**CVS du 05 avril 2007 :** « *En ce qui concerne les soins dentaires, serait-il possible de changer d'établissement de soins pour que l'anesthésie générale ne soit pas la voie du dernier recours ?* ».

**CVS du 21 décembre 2007 :** « *La psychiatrie de l'IME a-t-elle pu vous apporter son aide quant à certaines situations avec les équipes du foyer ?* ».

« *Où en est la visite de contrôle dentaire qui devait être mise en place (radiographie dentaire) ?* ». « *Pourrait-on envisager de vérifier la vue de nos jeunes par un ophtalmologiste ?* ».

« *Information concernant la fiche de renseignement en cas de décès* ».

**CVS du 03 octobre 2008 :** « *Lorsque l'hospitalisation de l'un de nos jeunes s'avère nécessaire et ce, en l'absence de la famille, comment lui assurer confiance, réconfort et transmettre quelques conseils utiles au personnel hospitalier ?* ».

**CVS du 30 octobre 2009 :** « *Etant donné l'importance des relations entre les représentants médicaux du centre et les familles, celles-ci apprécieraient un bilan de santé annuel de leur jeune* ».

**CVS du 23 avril 2010 :** « Lors de la dernière réunion, il était convenu que vous étudieriez un moyen d'améliorer le lien entre le personnel médical et les familles. Serait-il possible de communiquer aux parents les bilans de santé établis chaque année ? ». « Pourriez-vous nous communiquer un organigramme précisant la composition de chaque groupe ainsi que le nom des éducateurs ? ».

**CVS du 26 novembre 2010 :** « Lors du conseil du 04 juin 2010, vous avez évoqué la mise en place d'une commission d'évaluation interne, notamment au sujet de la capacité de l'établissement à coordonner une démarche de soins adaptée, en fonction des besoins spécifiques des adultes accueillis. A votre demande, les familles présentes ont émis quelques attentes dans ce domaine. Quelles sont vos conclusions de ce jour ? ».

**CVS du 01 avril 2011 :** « Comme à chaque réunion, nous nous permettons de vous rappeler la regrettable absence d'un médecin psychiatre, si nécessaire à nos jeunes mais aussi, au soutien des équipes du FAM ».

**CVS du 02 décembre 2011 :** « Un autiste en état de grande anxiété peut avoir un comportement très agité. Ses réactions nécessitent une intervention rapide, suivie d'une surveillance accrue et constante de la part des éducateurs qui doivent également, dans le même temps, veiller à ne pas léser la prise en charge des autres pensionnaires. En l'état actuel, pouvez-vous nous assurer que les conditions sont assurées pour garantir à nos enfants, la sécurité, la sérénité et l'équilibre dont-ils ont tant besoin ? ». « Concernant les éducateurs et compte tenu de récentes difficultés, comptez-vous prendre de nouvelles dispositions en augmentant leur effectif, de façon à améliorer leurs conditions de travail ? ».

**CVS du 27 avril 2012 :** « La moyenne d'âge des pensionnaires, associée à leur handicap nécessite une stimulation physique conséquente, de manière à retarder le plus possible leurs difficultés à se mouvoir. La création d'une salle d'activité faciliterait ce maintien. Votre organisme financier serait-il, en mesure d'accorder cet aménagement ? ».

**CVS du 08 juin 2012 :** « Pouvez-vous nous préciser comment, et dans quels délais, vous comptez adapter les locaux de l'établissement (plus particulièrement les douches) afin de garantir la sécurité des pensionnaires qui ont de plus en plus de mal à effectuer leur toilette debout ? ».



# ANNEXE VII : Bilan financier du FAM

FOYER D'ACCUEIL MEDICALISE				Compte administratif 2011			
BILAN FINANCIER (Annexe 8)							
BIENS	2009	2010	2011	FINANCEMENTS	2009	2010	2011
<b>Biens stables</b>				<b>Financements stables</b>			
Immobilisations incorporelles nettes				Apports ou fonds associatifs	88 207,00	88 207,00	88 207,00
Immobilisations corporelles brutes				Réserves des plus values nettes (1)			
- Terrains				Excédents affectés à l'investissement	186 633,25	186 633,25	186 633,25
- Constructions	509 378,38	1 025 508,87	1 026 669,37	Subventions d'investissements			
				Réserve de compensation des charges d'amortissement			
- Installations techniques, matériels et outillages	58 027,32	59 609,42	63 848,58	Provisions pour renouvellement des immobilisations	352 222,78	332 497,24	392 102,03
- Autres immobilisations corporelles	169 171,30	203 782,58	219 781,34	Provisions réglementées sur plus-values nettes d'actif	1 615,00	1 615,00	1 630,00
Immobilisations en cours				Emprunts et dettes financières	274 220,84	259 645,19	244 305,56
Immobilisations financières				Dépôts et cautionnements reçus			
Amortissements comptables excédentaires différés (2)				Amortissements des immobilisations			
Charges à répartir				- Constructions	442 876,60	478 061,35	524 025,65
Autres				- Installations, matériels et outillages techniques	31 509,94	35 891,03	40 542,57
				- Autres immobilisations corporelles	138 535,05	149 062,58	162 540,74
Comptes de liaison investissement				Autres (3)			
TOTAL II	736 577,00	1 288 900,87	1 310 299,29	Comptes de liaison investissement			
<b>FONDS DE ROULEMENT D'INVESTISSEMENT NEGATIF (I-II)</b>				TOTAL I	1 515 820,46	1 531 612,64	1 639 986,80
<b>Actifs stables d'exploitation</b>				<b>FONDS DE ROULEMENT D'INVESTISSEMENT POSITIF (I-II)</b>	779 243,46	242 711,77	329 687,51
Report à nouveau déficitaire (4)	39 218,00	39 218,00	39 218,00	<b>Financements stables d'exploitation</b>			
Résultat déficitaire (4)				Excédent et provisions affectés à la couverture du BFR	36 563,76	36 563,76	36 563,76
				Réserves de compensation des déficits	53 298,88	74 978,99	73 270,35
Droits acquis par les salariés non provisionnés (5)				Résultat excédentaire (4)	50 433,01	47 074,11	19 208,24
				Report à nouveau excédentaire affecté à : (4)	43 238,30	71 991,20	70 340,99
Autres				- réduction des charges d'exploitation			
Comptes de liaison trésorerie (stable)				- financement de mesures d'exploitation			
TOTAL IV	39 218,00	39 218,00	39 218,00	Provisions pour risques et charges	65 308,01	85 500,81	80 062,81
<b>FONDS DE ROULEMENT D'EXPLOITATION NEGATIF (III-IV)</b>				Fonds dédiés			
<b>FONDS DE ROULEMENT NET GLOBAL NEGATIF</b>				Autres			50 432,96
<b>Valeurs d'exploitation</b>				Comptes de liaison trésorerie (stable)			
Stocks				TOTAL III	248 841,96	316 108,87	329 879,11
Avances et acomptes versés				<b>FONDS DE ROULEMENT D'EXPLOITATION POSITIF (III-IV)</b>	209 623,96	276 890,87	290 661,11
Organismes payeurs, usagers	129 578,13	205 123,10	188 667,83	<b>FONDS DE ROULEMENT NET GLOBAL POSITIF</b>	988 867,42	519 602,64	620 348,62
Créances diverses d'exploitation				<b>Dettes d'exploitation</b>			
Créances irrécouvrables en non-valeur (6)				Avances reçues			
Charges constatées d'avance	1 380,00			Fournisseurs d'exploitation	15 697,62	28 408,07	25 176,28
Dépenses pour congés à payer (7)				Dettes sociales	119 778,25	129 497,02	161 526,83
Autres				Dettes fiscales			
Comptes de liaison exploitation	157 561,89	2 168,81	716 515,92	Dettes diverses d'exploitation			
TOTAL VI	288 520,02	207 291,91	905 183,75	Dépréciation des stocks et créances			
<b>BESOIN EN FONDS DE ROULEMENT (VI-V)</b>	35 949,82		395 881,01	Produits constatés d'avance			
<b>Liquidités</b>				Ressources à reverser à l'aide sociale			
Valeurs mobilières de placement				Fonds déposés par les résidents			
Disponibilités	964 794,60	1 495 649,21	235 048,61	Autres	19 282,96	15 044,79	
Autres				Comptes de liaison exploitation	97 811,37	999 140,60	322 599,63
Comptes de liaison trésorerie				TOTAL V	252 570,20	1 172 090,48	509 302,74
TOTAL VIII	964 794,60	1 495 649,21	235 048,61	<b>EXCEDENT DE FINANCEMENT D'EXPLOITATION (VI-V)</b>		964 798,57	
<b>TRESORERIE POSITIVE (VIII-VII)</b>	952 917,60	1 484 401,21	224 467,61	<b>Financements à court terme</b>			
<b>TOTAL DES BIENS (II+IV+VI+VIII)</b>	2 029 109,62	3 031 059,99	2 489 749,65	Fournisseurs d'immobilisations			
				Fonds des majeurs protégés			
				Concours bancaires courants	11 877,00	11 248,00	10 581,00
				Ligne de trésorerie			
				Intérêts courus non échus			
				Autres			
				Comptes de liaison trésorerie			
				TOTAL VII	11 877,00	11 248,00	10 581,00
				<b>TRESORERIE NEGATIVE (VIII-VII)</b>			
				<b>TOTAL DES FINANCEMENTS (I+III+V+VII)</b>	2 029 109,62	3 031 059,99	2 489 749,65

(1) Concerne les établissements publics: compte 1064.

(2) Compte 1161

(3) Exemple: résultats non contrôlés ou non affectés par des tiers financeurs.

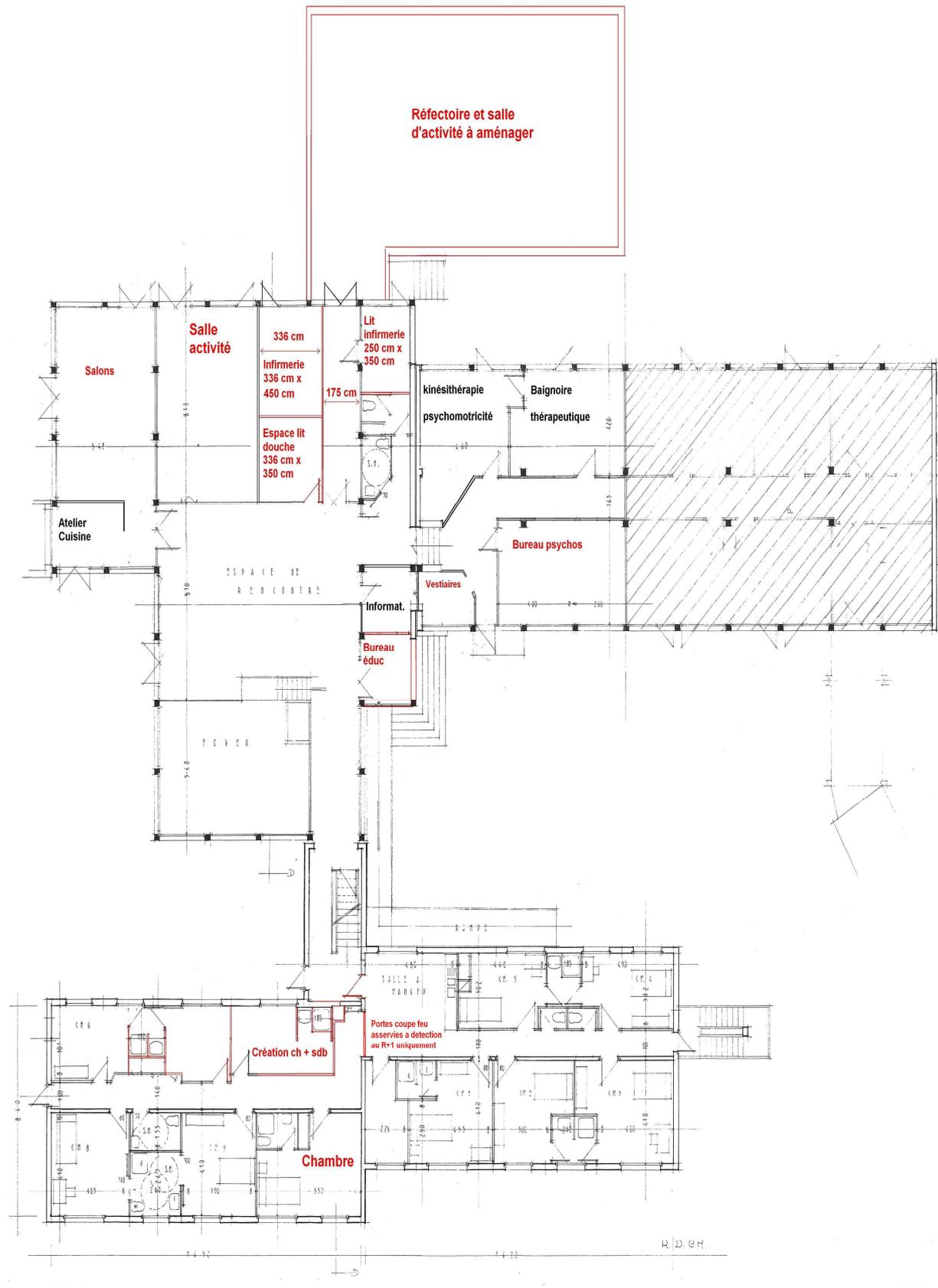
(4) Sous contrôle de tiers financeurs.

(5) Compte 1163: compte épargne-temps (CET), provisions pour départ à la retraite non provisionnés en application du 3° de l'article R.314-45 du CASF

(6) Concerne les établissements publics.

(7) Compte 1162, concerne les établissements privés

# ANNEXE VIII : Le projet architectural



<b>BOURGEON</b>	<b>David</b>	<b>Novembre 2012</b>
<p align="center"><b>Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale</b></p> <p><b>ETABLISSEMENT DE FORMATION : I.F.T.S ECHIROLLES</b></p>		
<p align="center"><b>DIVERSIFIER L'OFFRE DE SERVICE D'UN FOYER D'ACCUEIL MÉDICALISÉ POUR RÉPONDRE AU VIEILLISSEMENT DU PUBLIC ACCUEILLI</b></p>		
<p><b>Résumé :</b></p> <p>Situé en milieu rural, au pied d'un massif alpin dans le département de la Drôme, le FAM « <i>Combe Laval</i> » accueille depuis 1996 des adultes déficients auditifs avec handicaps associés.</p> <p>Créé pour accueillir de jeunes adultes maintenus à l'I.M.E, son projet d'établissement a été principalement construit sur la base d'un référentiel éducatif mettant l'accent sur le maintien et le développement des acquis.</p> <p>Le vieillissement de ce public fragilise actuellement l'équilibre institutionnel. Il remet en question la structure, de son architecture à ses missions d'accueil et de soin.</p> <p>Les professionnels appellent à une redéfinition de leurs fonctions et à des moyens sanitaires supplémentaires. Les résidents, par leur comportement et la parole des familles, rappellent leurs droits à bénéficier d'un environnement et d'une prise en charge mieux adaptés.</p> <p>Pour le directeur, plus qu'une organisation du travail à réinventer, il s'agit d'adapter les pratiques professionnelles existantes aux besoins évalués du public accueilli.</p>		
<p><b>Mots clés :</b></p> <p>Vieillesse, public, surdité, soin, droits, accessibilité, besoins spécifiques, projet, pluridisciplinarité, territoire, planification, management, changement, évaluation.</p>		
<p align="center"><i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		