



# Foyer d'Accueil Médicalisé les Iris

---

## Projet d'établissement 2010/2015

Mai 2010

## Préambule

Le mot projet vient du latin « projicere » qui signifie : se projeter, se lancer en avant ou encore de « prospicere » : regarder devant soi. Il contient donc une dimension existentielle qui indique une volonté de s'arracher à son destin, de prendre en main son avenir et de donner à l'histoire une certaine voie. Il ouvre sur le monde et contraint ou autorise à dépasser l'intériorité des situations, des hommes et des institutions.

Élaborer un projet résulte de la volonté de donner une réalité à une intention. Paul Ricoeur présentait l'histoire, aussi bien individuelle que collective (en particulier celle d'une institution comme la nôtre) comme une conjonction d'intentions, de mécanismes et de hasards. Le projet traduit une espérance en l'avenir et en identifie les contours. Il situe un idéal et d'une certaine manière relève de l'utopie. Et c'est la confrontation de cette utopie et de la réalité qui écrira l'histoire, celle des Iris en particulier.

Le projet d'établissement est devenu une obligation légale depuis la Loi du 2 Janvier 2002. Il revêt un caractère de mise en conformité tant du point de vue des missions conduites que des publics accueillis ou encore de l'infrastructure physique, administrative et gestionnaire. Le projet d'établissement s'inscrit donc dans une démarche qualité qui peut se traduire en trois points :

- Contrôle de conformité : l'établissement obéit-il aux cadres définis par son habilitation ?
- Contrôle d'efficience : l'établissement développe t'il des projets et des actions bénéfiques aux usagers ?
- Contrôle d'utilité : l'établissement a t'il une réelle utilité sociale dans son environnement et auprès de ses partenaires ?

Au-delà de cet aspect légal, le projet d'établissement a plusieurs finalités :

- Identitaire : il définit l'institution
- Culturel : il entretient des valeurs communes, un sentiment d'appartenance
- Symbolique : il donne un sens à la mission et à l'action
- Technique : il identifie les compétences et les savoir-faire
- Humain : il renforce la motivation, la dynamique, la vie
- Environnemental : il inscrit l'établissement dans la cité, dans la réalité sociale

À travers ce travail d'élaboration du projet, il s'agit de construire une référence interne pour l'ensemble des acteurs. Il s'agit de définir le sens de notre intervention et de la place de chacun.

On mesure bien l'importance de tous ces objectifs, toutes ces finalités pour un établissement aussi récent que le nôtre où tout était à construire.

Pour mener à bien ce travail d'élaboration et d'écriture, nous avons fait appel à un intervenant extérieur pour guider et piloter la démarche. Pendant sept mois, de septembre 2009 à mars 2010, un comité de pilotage s'est réuni à raison d'une journée par mois pour échanger, élaborer un texte selon le sommaire défini. Ce comité de pilotage était constitué de représentants si ce n'est de tous les métiers présents dans l'établissement, de tous les services et équipes.

Le travail réalisé par ce comité de pilotage était ensuite diffusé à l'ensemble des équipes pour avis, corrections, améliorations. Nous pouvons donc dire que l'ensemble des salariés a été impliqué dans ce travail d'écriture.

Un projet d'établissement ne peut être un document clos, uniquement rédigé pour répondre à une obligation légale. Il s'agit bien d'un outil de travail. À cet égard, un comité de suivi du projet se mettra en place d'ici à la fin de l'année 2010 pour évaluer la mise en place des préconisations décrites dans la dernière partie et ce comité se réunira une à deux fois chaque année jusqu'à la mise en place du travail d'écriture du projet d'établissement.

Un projet représente une volonté et une ambition, un mouvement d'anticipation et d'adaptation. C'est dans ce sens que le projet d'établissement nous permettra d'envisager l'avenir et de nous y préparer avec sérénité.

Max Buchner  
Directeur

# Sommaire

<b>Préambule</b> .....	<b>2</b>
<b>Sommaire</b> .....	<b>4</b>
<b>I. L'association gestionnaire : l'AAPEI L'Epanou</b> .....	<b>6</b>
<b>II. Le Foyer d'Accueil Médicalisé « les Iris »</b> .....	<b>7</b>
2.1. Son histoire .....	7
2.2. Le cadre législatif .....	7
2.3. Sa mission.....	8
2.4. Le public accueilli.....	8
2.5. Ses valeurs.....	9
2.6. L'implantation géographique.....	10
<b>III. Un travail d'équipe : Pourquoi ?</b> .....	<b>10</b>
<b>IV. Un travail d'équipe : Comment ?</b> .....	<b>11</b>
4.1. Le cadre de vie .....	11
4.2. Hébergement et Prestations hôtelières.....	12
4.3. Les prestations médicales et paramédicales .....	14
4.4. L'accompagnement à la vie quotidienne .....	15
4.5. L'équipe de nuit .....	16
4.8. L'accueil de jour.....	17
4.9. L'accueil temporaire.....	18
<b>V. Les outils</b> .....	<b>18</b>
5.1. Les moyens garantissant le droit des usagers .....	18
5.2. Les procédures.....	19
5.3. Les instances de réflexion et la circulation de l'information.....	21
<b>6. Les ressources, les partenaires, le réseau</b> .....	<b>23</b>
<b>7. Notre démarche d'amélioration de la qualité</b> .....	<b>24</b>
7.1. L'évaluation Interne .....	24
7.2. L'évaluation Externe .....	24
7.3. La promotion de la bientraitance institutionnelle .....	25
<b>8. Les Iris dans 5 ans</b> .....	<b>25</b>
8.1. Les caractéristiques du public des Iris.....	25
8.2. Les compétences nécessaires.....	27
8.3. Les moyens matériels et techniques.....	29
8.4. Les moyens humains .....	29
8.5. La recherche-action .....	31
<b>Table des annexes</b> .....	<b>32</b>
<b>Annexe 1</b> .....	<b>33</b>
Éléments statistiques du public accueilli .....	33
<b>Annexe 2</b> .....	<b>34</b>

Charte des droits et libertés de la personne accueillie.....	34
<i>Annexe 3 : Ressources humaines.....</i>	<i>38</i>
<i>Annexe 4 : L'accompagnement à la vie quotidienne .....</i>	<i>39</i>
<i>Annexe 5 : Procédure Projet Individualisé .....</i>	<i>40</i>
<i>Lexique .....</i>	<i>42</i>

## I. L'association gestionnaire : l'AAPEI L'Epanou

L'AAPEI d'Annecy et ses environs est une association de parents et d'amis des personnes handicapées mentales.

Créée en 1969, elle est reconnue d'utilité publique et affiliée UNAPEI.

Pour l'essentiel, les objectifs sont :

- Apporter aux personnes handicapées mentales et à leurs familles, l'appui moral et matériel dont elles ont besoin.
- Mettre en œuvre tous les moyens nécessaires au meilleur développement moral, physique et intellectuel des personnes handicapées mentales.
- Promouvoir et gérer :
  - tout établissement et service indispensable pour favoriser leur plein épanouissement par l'éducation, la formation, l'exercice d'une activité professionnelle pouvant générer une activité commerciale.
  - l'hébergement, l'insertion sociale et professionnelle, l'organisation de leurs loisirs.
- Défendre les intérêts moraux, matériels et financiers de ces personnes auprès des élus, des pouvoirs publics, des commissions spécialisées, des autorités de tutelle, etc.
- Établir, sur un plan local, des liaisons,
  - avec les autres organismes, associations et établissements d'enseignement œuvrant en faveur des personnes handicapées.
  - avec les municipalités et autres collectivités territoriales chargées de la mise en œuvre des lois et règlements favorisant l'intégration et l'accessibilité des personnes handicapées.

Pour cela, le conseil d'administration s'appuie sur 350 professionnels qui accompagnent près de 500 personnes handicapées. L'AAPEI d'Annecy gère 14 établissements repartis sur 4 complexes et dans 4 secteurs : enfance, travail protégé et hébergement à Seynod et à Chosal, foyer de vie et foyer d'accueil médicalisé à La Balme de Sillingy.

## II. Le Foyer d'Accueil Médicalisé « les Iris »

### 2.1. Son histoire

Depuis 1955, date de la création de la première structure de l'association, les parents ont imaginé et créé des établissements afin de permettre à leurs enfants différents de pouvoir évoluer de façon parallèle aux autres enfants. Tout d'abord un IME pour les plus jeunes et les adolescents, ensuite des ESAT pour permettre à ceux qui le pouvaient de s'épanouir dans le travail, et dans le même temps un Foyer de vie pour permettre à ceux qui ne pouvaient accéder au travail de trouver un mode d'accompagnement adapté.

Les parents de ces adultes ont vieilli et ont vu s'approcher l'âge de la retraite pour eux-mêmes mais également pour leurs enfants et ils ont dû imaginer une nouvelle solution. En 1992, ce sujet a fait l'objet d'une réflexion de la commission hébergement, repris en 1995 dans le Projet Associatif Global. C'est en 2000 que s'est tenue une première réunion des familles pour formuler des idées et des souhaits pour cette future structure. Cette réflexion a abouti à l'ouverture du FAM les Iris le 25 Août 2008. C'est ainsi que commence l'histoire des Iris.

### 2.2. Le cadre législatif

Les débuts opérationnels de la prise en charge des personnes handicapées mentales se situent au début des années 60. Ses fondements et les modalités d'accompagnement se trouvent dans les lois de 1975, reprises aujourd'hui à travers :

- La loi du 2 Janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.
- La loi de mars 2002 sur le droit des malades et la qualité du système de santé.
- La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.
- La loi du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs.
- Le 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.

Conformément à l'arrêté préfectoral N° 04-570 et l'arrêté départemental n° 04-3712 du 22 novembre 2001, le FAM les Iris, est autorisé à recevoir des personnes vieillissantes ou en perte d'autonomie présentant une déficience mentale qui peut être associée à des difficultés de santé d'ordre somatique

et/ou psychiatrique. Il bénéficie d'une double tarification Assurance Maladie et Aide Sociale Départementale.

### 2.3. Sa mission

La mission première du foyer "Les Iris " est de permettre à ses résidents de trouver la meilleure qualité de vie possible et ce jusqu'à la fin de leur vie.

Compte tenu de cette finalité, les missions de l'équipe pluridisciplinaire sont les suivantes :

- Accueillir les personnes et garantir l'exercice effectif de leurs droits.
- Respecter le projet élaboré par et pour chacun.
- Proposer un accompagnement médico-social qui prend en compte pour chaque personne la globalité de ses efficiences et incapacités. Celui-ci repose sur un accompagnement dans les actes de la vie quotidienne, des activités adaptées, un soutien psychologique, des soins médicaux et paramédicaux.
- Favoriser la participation des familles.

Le foyer assure sa mission 365 jours par an.

### 2.4. Le public accueilli<sup>1</sup>

Le foyer « Les Iris » accueille en hébergement 40 personnes hommes et femmes au-delà de 45 ans, célibataires ou en couple, présentant une déficience intellectuelle. Le FAM dispose de 5 places en accueil de jour et 2 places en accueil temporaire.

Hormis une personne de 39 ans présente sur dérogation de la CDAPH<sup>2</sup>, les résidents ont actuellement entre 48 et 65 ans avec une moyenne d'âge autour de 58 ans. Tous bénéficient d'une mesure de protection juridique exercée soit par la famille soit par une association mandatée.

Ils sont originaires pour la majorité du département, issus du milieu rural ou citadin. Ils sont orientés par la CDAPH.

Ils peuvent être des retraitées des ESAT<sup>3</sup> ou des personnes plus jeunes qui présentent des signes de dépendance liés au handicap et au vieillissement.

---

<sup>1</sup> Cf. organigramme en annexe 1

<sup>2</sup> CDAPH : Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées

<sup>3</sup> ESAT : Etablissement et Service d'Aide par le Travail

Ils présentent une déficience intellectuelle d'origine génétique, psychiatrique, neurologique... pouvant se caractériser par une baisse des capacités, des performances gestuelles, de la communication verbale, du lien social, et plus largement de tout ce qui relève de la dimension cognitive.

Des troubles associés peuvent se greffer à la déficience, de types somatiques (diabète, épileptique, problèmes cardiaques, respiratoires, sensoriels...) et/ou psychopathologiques (troubles du comportement, troubles démentiels liés au vieillissement, dépression, psychose...). Les troubles associés peuvent alors aggraver le handicap initial.

La spécificité des personnes accueillies est caractérisée par l'évolution conjointe de la déficience intellectuelle et de ses troubles associés et celle du vieillissement. Toutes nécessitent une surveillance et/ou un suivi médical constant.

Bien qu'ayant l'appellation de « médicalisé », l'établissement n'est pas doté des moyens matériels et humains permettant une prise en charge de type hospitalière.

## 2.5. Ses valeurs

L'enjeu d'un établissement comme le FAM « les Iris » est de permettre à ses résidents d'y trouver les moyens de réaliser leur « projet individualisé ». Pour cela, l'action des professionnels s'appuie sur la charte des droits et liberté de la personne handicapée<sup>4</sup> et le projet associatif et les valeurs qu'il défend.

L'association défend les valeurs suivantes :

- La reconnaissance de l'autre pour ce qu'il est et non pour ce que nous voulons qu'il soit.
- La personne handicapée mentale bénéficie, en référence à la Charte pour la dignité des personnes handicapées, des droits reconnus à la personne humaine :
  - Droit à la vie,
  - Droit à l'éducation et à la formation,
  - Droit au travail et à l'emploi,
  - Droit au logement,
  - Droit aux loisirs,

---

<sup>4</sup> Cf Annexe 2

- Droit à la culture,
- Droit à l'information,
- Droit à la santé,
- Droit à des ressources décentes,
- Droit de se déplacer librement.
- La reconnaissance du handicap mental, en tant que phénomène structurel, le droit à la différence, le droit à la dignité et à la citoyenneté.
- La nécessité de confronter la personne handicapée à ses devoirs, ce qui implique sa responsabilité.
- L'ouverture vers l'extérieur, afin de favoriser autant que possible l'autonomie et l'intégration de la personne handicapée tout en garantissant les protections indispensables.
- La famille comme premier lieu des repères et des premières solidarités.
- L'Association et la vie associative comme acteur dans sa capacité à prendre en charge, faire partager les soucis, favoriser la participation des familles à la vie de l'association.
- La laïcité dans ce qu'elle fonde la séparation entre l'espace privé et l'espace public, entre l'espace spirituel et l'espace temporel.
- La solidarité et le lien social.

## 2.6. L'implantation géographique

L'établissement est situé sur la commune de Sillingy, au pied de la Mandallaz. Il allie les commodités d'un village agréable et le calme de la campagne. Les résidents bénéficient d'un accès facile (pouvant se faire à pied) à toutes les commodités, commerces de proximité, activités culturelles et sportives, services médicaux et paramédicaux.

Une liaison de transport en commun permet d'accéder à l'agglomération annécienne plusieurs fois par jour.

## III. Un travail d'équipe : Pourquoi ?

Les objectifs poursuivis du FAM pour les personnes accueillies se réfèrent au paragraphe 2 du décret 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 :

- Favoriser leur relation aux autres et l'expression de leur choix et leur consentement.

- Développer leur potentialité, maintenir leurs acquis et favoriser leur apprentissage et leur autonomie.
- Favoriser leur participation à une vie sociale, culturelle et sportive par des activités adaptées.
- Porter une attention permanente à toute expression d'une souffrance physique ou psychique.
- Garantir l'intimité.
- Veiller au développement de leur vie affective et maintenir du lien avec leur famille ou leurs proches.
- Assurer un accompagnement médical coordonné.
- Privilégier l'accueil des personnes par petits groupes.

## IV. Un travail d'équipe : Comment ?

Pour constituer le cadre de référence des actions de soutien médicosocial et éducatif, l'établissement s'assure le concours d'une équipe pluridisciplinaire disposant de compétences dans les domaines du médical, paramédical, psychologique, éducatif et social, de la rééducation et de la réadaptation.

L'équipe dresse, dès l'admission, un bilan pluridisciplinaire de l'état général de la situation de la personne et veille à l'actualisation de ce bilan.

L'équipe assure une fonction générale de prévention et de surveillance de la santé physique et psychique.

### 4.1. Le cadre de vie

- Une architecture adaptée

Le FAM est un bâtiment neuf, d'environ 3200 mètres carrés, construit en 2008. Il est conçu sur trois niveaux : un sous-sol, un rez-de-chaussée et un étage. L'ensemble du bâtiment est prévu pour recevoir des personnes à mobilité réduite ou en fauteuil. Il est divisé en espaces fonctionnels.

- Des aménagements extérieurs

Le bâtiment est entouré d'un espace paysager, gazonné et sécurisé. Une zone de repos ombragée l'été par une tonnelle permet les repas extérieurs et les soirées animées.

## ■ L'accueil et les services administratifs

Une partie des locaux administratifs se trouve près du hall d'accueil : le secrétariat d'accueil, les bureaux du directeur adjoint et du chef de service. Une pièce destinée aux visiteurs est située à l'entrée du hall d'accueil.

Les bureaux du directeur, de la secrétaire de direction sont situés à l'étage ainsi que la salle de réunion.

## ■ Le pôle médical

Le pôle médical et paramédical se situe à l'étage. Il est composé de bureaux pour le médecin, les infirmières et le psychologue ainsi que d'une salle de kinésithérapie.

Les médecins et l'équipe infirmière ont à leur disposition une salle de soin et d'examens ainsi qu'un espace de préparation des soins.

Un bureau au rez-de-chaussée permet les consultations du médecin psychiatre et les entretiens des intervenants extérieurs (délégués à la tutelle par exemple)

## 4.2. Hébergement et Prestations hôtelières

### ■ Espaces collectifs

Le FAM dispose de quatre unités de vie et d'un lieu d'accueil pour les externes (salle d'activités et salle de repos), de deux salles d'animations et d'un espace de bien être et détente regroupant deux bassins balnéothérapeutiques et une salle Snoezelen<sup>5</sup>.

Chaque unité de vie comprend 10 à 12 chambres qui entourent une pièce de vie commune où sont servis les repas, et où est assuré l'ensemble des activités du groupe. Une cuisinette permet de servir de relais entre la cuisine centrale et la distribution des repas. L'unité de vie dispose d'une salle de bain commune équipée pour pourvoir assurer des soins d'esthétique et de détente.

---

<sup>5</sup> Le concept Snoezelen® est né aux Pays-Bas dans les années 1970 à l'initiative de deux psychologues. Il consiste en la mise en éveil des sensations physiques. Cette approche initialement destinée à l'accompagnement de personnes atteintes de problèmes d'apprentissage et de communication se développe de plus en plus dans les établissements pour personnes âgées en perte d'autonomie où leur bénéfice est visible tant pour les résidents que pour les soignants. « Snoezelen » résulte de la contraction de deux mots néerlandais qui signifient : renifler pour « snuffelen », somnoler pour « doezelen ».

## ■ Espaces privatifs

Chaque résident occupe une chambre meublée, dont il a le choix de la décoration. Elle est équipée d'un cabinet de toilette adapté aux normes et d'un moyen d'appel permettant d'alerter le personnel.

Les chambres individuelles ou doubles sont considérées comme des espaces privatifs. À ce titre, le résident en possède une clé et peut recevoir des visites.

## ■ La restauration

Les repas sont confectionnés sur place et sous traités par un prestataire extérieur. Les régimes médicaux sont suivis. Dans la mesure du possible et sur demande, des menus spécifiques sont préparés afin de respecter la pratique religieuse.

La cuisine est au rez-de-chaussée. Elle répond aux normes de l'arrêté ministériel du 29/9/97 fixant les normes d'hygiène de restauration collective applicables dans les établissements à caractère social. Elle est conçue pour réaliser les repas du FAM et du foyer de vie Les Roseaux ainsi que les repas livrés aux services des CCAS de La Balme de Sillingy et de Sillingy.

## ■ Le linge

L'établissement fournit couettes, couvertures, draps, oreillers, linge plat. Toutefois le résident peut utiliser du linge personnel.

L'entretien de l'ensemble du linge est assuré sur site (locaux en sous-sol) par un prestataire extérieur selon les normes RABC<sup>6</sup>.

## ■ Le ménage

L'entretien de l'ensemble des locaux est assuré par le même prestataire extérieur.

---

<sup>6</sup> RABC : La norme RABC, conçue et rédigée par des professionnels de la santé pour des professionnels de la santé, décrit un système d'analyse du risque et de la maîtrise de la bi contamination permettant d'assurer continuellement la qualité microbiologique des textiles traités en blanchisserie, en fonction de l'usage prévu pour ces articles.

### 4.3. Les prestations médicales<sup>7</sup> et paramédicales

Tous nos résidents sont sous mesure de protection juridique. De ce fait, certains actes médicaux sont soumis à l'autorisation du représentant légal.

Le représentant légal a accès au dossier médical selon le cadre réglementaire et une procédure interne clairement identifiée.

#### ■ Le médecin coordonnateur

Le médecin coordonnateur organise les soins en interne, et en partenariat avec le tissu médical, pour l'ensemble des usagers. À ce titre, il est garant de la continuité des soins. Il a un rôle de prévention en direction des personnels et des usagers et de formation. Il participe à la procédure d'admission et il est responsable de la gestion du dossier médical.

#### ■ Le médecin généraliste

Chaque résident a le choix de son médecin traitant référent conformément à la loi.

#### ■ Le médecin psychiatre

Le médecin psychiatre gère et soulage la situation de crise. Il assure un soutien régulier à caractère psychothérapeutique et médicamenteux.

Il facilite le travail en réseau interne (soutien aux équipes éducatives et médicales, transfert des savoirs...) et externe en organisant les hospitalisations éventuelles et le lien avec les spécialistes et le secteur hospitalier.

Le maintien du lien entre l'utilisateur et le médecin psychiatre antérieur est privilégié.

#### ■ L'équipe infirmière

L'équipe infirmière garantit, sous la responsabilité de l'infirmière coordonnatrice et avec la collaboration du personnel des unités, la surveillance médicale des résidents et les soins infirmiers. Elle recueille les constantes<sup>8</sup>, les observations et prépare les traitements. Elle accompagne les résidents aux consultations médicales extérieures.

---

<sup>7</sup> Cf Organigramme en annexe 3

<sup>8</sup> Température, tension artérielle, etc.

L'équipe infirmière alimente les dossiers médicaux.

#### ■ Le kinésithérapeute

Le kinésithérapeute est chargé d'entretenir la motricité des résidents, de prévenir leur dégradation, et d'accompagner les effets du vieillissement. Il assure un rôle de conseil auprès des équipes (posture, manutention, matériel adapté) au bénéfice du résident.

#### ■ Le psychologue

Le psychologue est chargé du suivi des résidents : bilans d'évaluations, action thérapeutique individuelle, entretiens... Il participe aux réunions de synthèse. Un psychologue libéral anime des réunions d'analyse de la pratique destinées aux professionnels.

### 4.4. L'accompagnement à la vie quotidienne

#### ■ Un quotidien partagé<sup>9</sup>

Les besoins d'aide, de soutien et de soins justifient un accompagnement médico-social soutenu. La pluridisciplinarité garantit une notion de ressource et une vision partagée. Elle s'appuie sur une intersection des compétences bio-psycho-sociales.

- L'entretien personnel et la mobilité : hygiène, nursing, confort, capacité physique.
- La communication et expression : écoute, observation, décryptage, animation.
- La vie en collectivité : relation à autrui, prise en compte du rythme du résident, prise en compte des pathologies et de leurs évolutions, transversalité des animations et appartenance des résidents à plusieurs groupes.
- Les soins et la santé : relever des indicateurs biologiques, prévention et soins d'escarres etc...
- L'étayage social : activités, animations, sorties.
- La référence de projet individualisé.

---

<sup>9</sup> Cf. Annexe 4

#### ■ Les éducateurs spécialisés

Ils assurent la continuité des prises en charge par une présence du lundi au vendredi, la coordination des interventions et de l'accompagnement. Ils sont ressource dans les préparations de synthèses, l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi des projets personnalisés. Ils sont chargés de l'organisation du programme d'activités et en animent certaines. Ils organisent les plannings du groupe en lien avec la chef de service. Ils animent certaines réunions d'équipe. Ils gèrent le budget des résidents et du groupe. Ils sont ressource pour l'équipe sur les troubles du comportement.

#### ■ Les aides médico-psychologiques

Ils accompagnent les résidents dans leurs besoins de bien-être et de confort. Ils assurent la promotion de l'animation de la vie quotidienne. Les AMP sont les sentinelles, les guetteurs de l'inconfort, de la souffrance, du mal-être, qu'ils soient physiques, psychiques ou sociaux. Ils sont ressource sur l'aspect psychopathologique auprès des aides-soignants.

#### ■ Les aides-soignants

Ils assurent l'accompagnement des personnes dans la vie quotidienne avec la spécificité de leur formation tournée vers les soins d'hygiène et de confort et la prévention des problèmes de santé. Ils sont ressource pour ces questions auprès du personnel éducatif et travaillent en lien avec le personnel infirmier, en assurant des actes de soins et la distribution de médicaments. Ils élaborent et renseignent les protocoles de soins. Ils accompagnent les résidents à des rendez-vous médicaux généraux.

### 4.5. L'équipe de nuit

L'équipe de nuit veille à la tranquillité et à la sécurité des personnes accueillies. Le rythme de vie des résidents est respecté. À ce titre, les professionnels sont amenés à assurer les couchers et les levers. L'équipe de nuit est composée d'aides médico-psychologiques et d'aides-soignants.

Ils assurent des actes de prévention, de nursing, des actes de surveillance des constantes. Ils gèrent les angoisses et s'inscrivent dans la continuité des axes de la journée pour les résidents qui ont une vie nocturne avec les spécificités liées à leur métier.

#### 4.6. Le service administratif / Les services généraux

Une secrétaire est chargée de l'accueil physique des visiteurs et de l'accueil téléphonique. Elle gère également l'organisation des transports des usagers de l'accueil de jour ainsi que les feuilles de présence des résidents et les commandes de repas auprès de la société prestataire.

Une secrétaire de direction chargée en particulier de la facturation de la participation des résidents aux frais de séjour et de la gestion administrative du complexe.

Un chauffeur assure les transports matin et soir des usagers de l'accueil de jour. Il participe aux livraisons des repas et du linge pour le foyer de vie Les Roseaux.

Un homme d'entretien est chargé de la maintenance du bâtiment et des petites réparations.

#### 4.7. L'encadrement

Le directeur de complexe a la responsabilité des foyers Les Roseaux et Les Iris. Il est garant de la mise en œuvre des projets d'établissement, assure la gestion administrative et financière, anime la communication interne et externe.

Le directeur, adjoint en collaboration avec le directeur de complexe, met en œuvre le projet d'établissement, anime et encadre les équipes pluridisciplinaires, anime la communication interne et externe, gère le budget de fonctionnement.

Le chef de service travaille dans les deux établissements. Il est chargé de l'organisation du travail des équipes, des plannings et de la gestion des absences. Il anime et encadre le travail des équipes.

#### 4.8. L'accueil de jour

Le but recherché du service d'accueil de jour des Iris est de sortir les personnes handicapées vieillissantes de leur isolement en leur proposant un endroit convivial et attrayant. C'est aussi un temps de préparation à la vie en institution. L'accueil se fait dans un cadre horaire défini : Le service de l'accueil de jour est ouvert du lundi au vendredi de 9h30 à 16h30, 220 jours par an. Les matinées sont encadrées par un AMP et les après-midi se déroulent sur les unités de vie.

## 4.9. L'accueil temporaire

La Loi du 2 janvier 2002 (article 15) a reconnu l'accueil temporaire comme un élément de soutien aux personnes handicapées et à leurs familles. L'accueil temporaire est ainsi défini comme visant à :

- Développer ou maintenir les acquis et l'autonomie de la personne handicapée et faciliter ou développer son intégration.
- Organiser pour l'entourage des périodes de répit ou de relais avec des professionnels.

## V. Les outils

### 5.1. Les moyens garantissant le droit des usagers

Conformément à la Loi 2002-2, l'exercice des droits et des libertés de chacun est garanti.

Pour cela, le FAM met à disposition de chaque personne accueillie les outils nécessaires à l'exercice de ces droits. Ces outils sont formalisés par :

- Le livret d'accueil.
- Le contrat de séjour.
- Le règlement de fonctionnement.
- La charte des droits et des libertés de la personne accueillie.

Ces documents sont remis lors de l'admission dans l'établissement.

Par ailleurs, sont mises en œuvre les instances ou procédures permettant l'expression des résidents.

- Le conseil à la vie sociale.
- Les groupes de parole.
- La participation à des commissions (repas par exemple).
- La participation aux réunions de synthèse.
- Toutes formes de participation adaptées aux capacités de chacun.

## 5.2. Les procédures

### 5.2.1. L'admission

Elle se déroule en trois temps :

#### ■ Un dossier administratif

Le dossier de demande d'admission comprend notamment la dernière notification CDAPH, des pièces d'identité, le jugement de tutelle ou de curatelle, la couverture sécurité sociale, etc.

Un dossier médical est également demandé.

Après admission, il est demandé différents justificatifs permettant de calculer la participation de chaque résident (justificatifs de l'ensemble des ressources et des sommes déductibles comme les frais de mutuelle, de tutelle, etc.) et la notification d'Aide Sociale.

L'admission est subordonnée à la constitution de ce dossier. Les informations qui y sont contenues sont actualisées. L'établissement garantit la confidentialité (Loi du 4 mars 2002 sur le droit des malades).

#### ■ Une mise en situation

Avant l'admission, il est proposé au futur résident et à sa famille et/ou son représentant légal et le cas échéant un représentant de l'établissement d'origine de visiter les locaux et de rencontrer la direction et un représentant de l'équipe d'accueil.

Lors de cette rencontre, une période d'essai est proposée. La durée de cet essai est de deux semaines (avec le week-end intermédiaire dans l'établissement). Il peut être renouvelé si nécessaire.

À l'issue de chaque période d'essai, un bilan rédigé par l'équipe d'accueil est adressé à la personne, à sa famille et/ou son représentant légal. L'avis du médecin coordinateur est requis.

L'objectif de cet(s) essai(s) est de permettre d'une part à la personne de confirmer ou non le projet d'admission au foyer et d'autre part, à l'établissement de vérifier le bien fondé de cet accueil.

## ■ Une décision

À la fin de cette procédure, une rencontre est organisée entre la personne, sa famille et/ou son représentant légal et le directeur qui prononce la décision d'admission ou non. Tout refus est justifié. À cette occasion, le livret d'accueil et ses annexes sont remis.

Dans le mois qui suit l'admission, un contrat de séjour définit les objectifs et la nature de l'accompagnement.

### 5.2.2. Le projet individualisé<sup>10</sup>

L'accompagnement de la personne handicapée vieillissante accueillie aux « Iris » se fonde sur un engagement volontaire et réciproque entre l'accompagnant et l'accompagné. Cet engagement implique l'élaboration d'une relation de confiance indispensable à la construction du projet individualisé. Cet engagement s'appuie sur le projet individualisé conduit par un référent du projet.

## ■ La notion de projet personnalisé aux Iris

Le contenu du projet individualisé est bien défini par la loi 2002-2 : il s'agit de définir avec la personne (sa famille ou ses représentants légaux) la manière dont doivent être déclinées, pour cette personne en particulier, les différentes prestations proposées par l'établissement. Il est réactualisé chaque année. À ce titre, le résident et sa famille sont vus en amont de la rédaction du projet.

Un projet individualisé est la traduction de l'engagement de tous par une contractualisation. C'est pour cela que le projet individualisé aux Iris est signé par la personne, sa famille, l'équipe et l'établissement.

Parce que l'accompagnement d'un résident dans son projet est l'affaire de toute l'équipe cela signifie que chacun a connaissance de ce projet et que chacun se sent responsable de sa mise en oeuvre.

## ■ La notion de référent de projet

Le référent de projet attribué à chaque résident a un rôle de fil conducteur de l'élaboration à la réalisation du projet.

Son rôle est donc de :

- Recueillir les informations permettant d'évaluer la situation de l'utilisateur et de faire le bilan avant chaque réunion de projet.

---

<sup>10</sup> Cf procédure en annexe 5

- Présenter ce bilan à la réunion de projet.
- Enregistrer les décisions prises et de rédiger le projet proprement dit.
- Veiller à ce que le projet soit connu de tous, il est le lien entre les différents praticiens autour du projet.
- Suivre l'évolution et la mise en oeuvre du projet.
- Noter les éventuelles difficultés tant dans la mise en oeuvre que dans l'évaluation du projet.
- Pouvoir, sous certaines conditions, être l'interlocuteur des familles.

Il n'est donc pas responsable ni du projet ni de la personne.

### 5.2.3. Les sorties et la fin de l'accompagnement

#### ■ Les sorties temporaires

Dans le cas de sorties temporaires liées aux vacances ou pour des raisons de santé, l'établissement rédige et met à disposition un dossier contenant les renseignements d'ordre médicaux et paramédicaux et les habitudes de vie du résident.

#### ■ Les sorties définitives

À tout moment, le résident peut demander la fin de sa prise en charge. Le directeur assure les démarches pour une réorientation et prononce la sortie. L'établissement peut demander une réorientation motivée par un rapport de situation adressé à la CDAPH. Dans tous les cas l'établissement a l'obligation d'assurer la continuité de la prise en charge. Conformément au décret du 26 mars 2009, le dossier du résident doit être adressé au nouveau lieu d'accueil. L'accompagnement de fin de vie est assuré dans les limites des moyens techniques et humains.

## 5.3. Les instances de réflexion et la circulation de l'information

### 5.3.1. Les instances de réflexion

- Les réunions d'équipe sont hebdomadaires sur chaque unité, et durent deux heures. Elles sont animées par l'éducateur spécialisé ou un cadre. Elles ont pour vocation :
  - Des échanges d'informations sur la vie quotidienne, institutionnelle et des aspects organisationnels.

- Des échanges sur la vie quotidienne et la préparation des projets individuels.
  - Des temps de coordinations soins avec l'infirmière coordinatrice.
- L'équipe de nuit se réunit une fois par mois avec la réunion élargie et une fois par trimestre avec la directrice adjointe.
  - Les réunions institutionnelles ont lieu 1 à 2 fois par an avec l'ensemble du personnel animées par le Directeur du Complexe.
  - Les réunions de synthèse et de suivis de projet en présence du résident s'il le souhaite et l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire : éducateur, référent, médecin, infirmière, psychologue, cadre... Il y a une synthèse par an et par résident avec une évaluation intermédiaire à 6 mois.
  - Les cadres de direction se réunissent une fois par semaine.
  - L'équipe des infirmières se réunit mensuellement pour faire le point sur le suivi médical en interne et en externe et assurer le suivi du dossier médical des résidents.
  - La réunion élargie permet à l'équipe médicale de faire le point avec les représentants de chaque unité de vie sur le suivi des résidents. Elle est mensuelle.
  - Les réunions de coordination hebdomadaire soit avec la chef de service soit avec la directrice adjointe. Elles permettent aux coordinateurs et aux cadres d'organiser le travail et la réflexion générale.
  - L'analyse de la pratique est mensuelle. Elle est assurée par une psychologue libérale. C'est un moment essentiel pour prendre du recul et mettre en pensée la pratique.
  - Les réunions thématiques annuelles regroupent différents professionnels chargés de suivre et évaluer différents projets et actions tels que :
    - Le Document Unique
    - Le projet d'établissement
    - L'évaluation Interne
    - Formations intra-muros

### 5.3.2. La circulation de l'information

Toute l'année, les activités et les projets sont soumis à des bilans écrits et transmis aux équipes.

Les transmissions quotidiennes sont assurées par un cahier de liaison, des comptes-rendus de réunions, des avenants aux projets.

Courant 2010, la mise en place d'un logiciel remplacera les outils traditionnels de transmission après la formation du personnel.

## 6. Les ressources, les partenaires, le réseau

La mission majeure du foyer étant la recherche de la meilleure qualité de vie possible pour ses usagers, il est donc primordial que l'établissement s'inscrive dans une démarche de développement de réseaux et de partenariats. Cette volonté d'ouverture vise au maintien des liens sociaux et de la citoyenneté des usagers et elle participe pleinement à la prévention de la maltraitance.

Social	SAVS, Organismes tutélaires, autres établissements pour personnes handicapées (en particulier de l'association EPANOU) et/ou vieillissantes, mairies, familles, familles d'accueil, JALMALV, Alma formation professionnelle.
Administration	Conseil général, Ddass, MDPH, Etat, Mairies, Juges des Tutelles, Caisse d'Allocations Familiales, Assurance Maladie, Pompes Funèbres (Convention avec le Funérarium de la Balme de Sillingy)
Hôtellerie	Halpades, Sodexo
Loisirs et vie culturelle	Vacances et sports adaptés, Mairies, Auditorium (C2A), Musique et Handicap, Ecole du Cirque, artistes locaux, Médiathèque, commerces locaux
Santé	Médecins généralistes et spécialistes, infirmières libérales, kinésithérapeutes, pharmacies, laboratoires, hôpitaux et cliniques, fournisseurs de matériel médicaux, pédicures et podologues, Hospitalisation A Domicile, Soins palliatifs, Dentdicap 74, Handiconsult

Institutionnel	Schéma départemental, Association de Directeurs de Haute-Savoie, UDAPEI, UNAPEI, URIOPSS, ...
----------------	---

## 7. Notre démarche d'amélioration de la qualité

La loi de rénovation de l'action social et médico-sociale du 2 janvier 2002 pose l'obligation pour tout établissement social et médico-social de procéder à « l'évaluation de la qualité de ses prestations ». Cette obligation législative revêt deux modalités distinctes :

- Une évaluation interne ou autoévaluation pilotée par l'établissement sur la base d'un référentiel,
- Une évaluation externe pratiquée tous les sept ans par un organisme habilité et dont les résultats conditionnent le maintien de l'autorisation de poursuite de l'activité.

Au-delà de la question évaluative, l'association relayée par le FAM, est engagée dans une démarche de promotion de la bientraitance institutionnelle

### 7.1. L'évaluation Interne

Il existe un référentiel commun aux établissements et services de l'association. En 2009, Les Iris se sont inscrits dans une démarche d'autoévaluation sur la base de ce référentiel, en intégrant des représentants de l'ensemble des corps de métier dans la démarche et l'élaboration. En 2011, le référentiel associatif sera renforcé sur le plan sanitaire pour les Iris.

Le comité de pilotage de l'évaluation interne est en place et le comité de suivi du projet d'établissement sera opérationnel dès fin 2010 et en assurera l'évaluation.

### 7.2. L'évaluation Externe

Le projet d'établissement et l'évaluation interne vont alimenter l'évaluation externe.

### 7.3. La promotion de la bien traitance institutionnelle

En 2007, l'association a mis en place un protocole de circuit de signalement déposé aux autorités de contrôle.

En 2009, l'ensemble du personnel de l'association a participé à une action de formation pour acquérir une culture commune sur le sujet.

Parallèlement, la notion de bien traitance est totalement intégrée au projet individualisé sous la forme d'un axe d'attention particulière à chaque résident. Elle s'inscrit comme une préoccupation du quotidien aussi bien sur le plan de l'accompagnement individuel que sur le volet de l'organisation du travail et la formation.

En 2010/2011, une réflexion générale sera engagée sur la notion d'intimité.

## 8. Les Iris dans 5 ans

Les objectifs dans les 5 années à venir sont de répondre :

- Aux évolutions des demandes d'accompagnement
- Aux besoins liés aux problématiques du vieillissement des personnes porteuses de handicap.

### 8.1. Les caractéristiques du public des Iris

#### 8.1.1. À ce jour

Ce qui est observé depuis l'ouverture du service en août 2008 s'articule autour de trois grandes tendances <sup>11</sup>:

- Un mécanisme de « 2<sup>e</sup> jeunesse » pour certaines personnes accueillies
- Un constat d'apaisement pour d'autres. Cette dynamique peut s'expliquer par une stimulation quotidienne adaptée et une prise en charge médicale coordonnée et ajustée aux besoins des résidents.
- Pour certains autres, un phénomène de dégradation rapide pouvant faire penser à un syndrome de glissement mais qui n'a pas abouti à la mort, ce qui habituellement le caractérise. On peut donc penser qu'il s'est passé autre chose pour ceux chez lesquels une forme de régression physique et/ou psychique a été observée. On constate majoritairement ce syndrome sur un public trisomique.

Ces constats correspondent aux études qui font référence en la matière<sup>12</sup>.

---

<sup>11</sup> Une partie des réflexions et des pistes de travail ci-après s'appuie sur une collaboration avec Florence Imbert – formatrice consultante à Palafis.

<sup>12</sup> Longévité et avance en âge. Des personnes handicapées mentales et physiques par le Dr PHILIPPE GABBAI - **Fondation Nationale de Gérontologie | Gérontologie et société** 2004/3 - n° 110 ISSN 0151-0193 | pages 47 à 73

La population déficiente intellectuelle vieillit suivant une courbe qui peut s'apparenter à celle de la population ordinaire, exceptées pour certaines pathologies où les risques ont été constatés par le docteur Gaibbari<sup>13</sup> lors de ses recherches dans le cadre de la Fondation John Bost.

Cela concerne les personnes trisomiques qui peuvent présenter une forme de « vieillissement précoce », les personnes épileptiques et les personnes ayant eu tout au long de leur vie des traitements conséquents et dont l'organisme a été éprouvé par des interventions chirurgicales répétées.

Mais nombre de troubles comportementaux ou de phénomènes régressifs observés dès le milieu de la vie relèvent en fait, non d'un vieillissement précoce, mais de « crises » de désadaptation liées à de multiples facteurs où domine l'inadéquation des prises en charges. La « curabilité » de ces situations est évidente. La nouvelle longévité des personnes handicapées est une réalité maintenant établie par de nombreuses études.

### 8.1.2. À venir

Au fur et à mesure de son avancée dans le temps, cette population sera confrontée aux pathologies liées à l'âge et ne sera pas épargnée par des éléments connus de la gériatrie (versant médical) : AVC<sup>14</sup>, arthrose, escarres, démences, maladie d'Alzheimer ... et de la gérontologie (versant psychologique) : bilan, de vie, crise de la sénescence ... Tous ces éléments concernant le vieillissement.

La question de la mort appartiendra au quotidien dans des aspects très individuels. Il y a ceux qui décèdent vite. Et ceux pour lesquels les aspects médicaux seront plus prégnants, nécessitant alors des assistances médicales plus ou moins lourdes et spécialisées.

Cette question de la mort viendra aussi interroger à nouveau les dynamiques familiales parfois dans des souffrances issues de la venue de la personne handicapée elle-même et qui n'ont jamais pu être dites.

---

<sup>13</sup> Ibid

<sup>14</sup> Accident Vasculaire Cérébral

## 8.2. Les compétences nécessaires

### 8.2.1. Le versant gériatrique

L'appréhension du volet gériatrique c'est-à-dire du volet médical du vieillissement va devenir incontournable. Une présence ou un éclairage d'un médecin gériatre qui saura prendre en compte aussi les aspects déficitaires et psychiatriques pourra apporter une aide précieuse aux professionnels dans l'accompagnement à imaginer.

Les personnes restent en situation de handicap et c'est sur les tableaux cliniques originels que viennent se greffer potentiellement d'autres types de pathologies liées au vieillissement. La question de l'éclairage et du diagnostic prend alors toute sa valeur pour continuer de travailler avec sens.

Ce travail ne peut-être fait qu'avec un lien étroit avec les équipes médico-sociales et de manière pluridisciplinaire car le plus souvent les patients ne peuvent répondre de façon ordinaire sur leurs troubles. C'est donc grâce à l'observation fine des professionnels de terrain que les médecins pourront fonder leurs diagnostics.

Si un médecin attaché à l'établissement ayant ces spécialités ne peut faire partie du personnel recruté en interne, il sera alors nécessaire de travailler en partenariat avec des professionnels libéraux.

### 8.2.2. Le versant gérontologique

Le champ de la gérontologie, c'est-à-dire des aspects psychologiques ayant trait au vieillissement complètera le travail médico-social. En effet, une personne avançant en âge se trouve dans un processus dynamique particulier : celui d'un bilan de vie (sans enfant, sans descendants), d'une crise de sénescence, de questions au sujet de la mort (celle des proches...), sa propre mort non plus par accident de vie mais comme devenir inéluctable. Ces questions, ce processus sont aussi vécus par les personnes en situation de handicap. Souvent mises en mots par des personnes ordinaires, les questions existentielles prennent d'autres formes en l'absence de langage ou lorsque celui-ci est réduit.

#### ■ Recueillir l'histoire de vie

Un travail en amont est utile pour comprendre comment cette ultime période de la vie s'inscrit pour chaque individu. Un recueil des données de l'histoire

personnelle mais aussi familiale de l'individu est nécessaire pour pouvoir décoder par la suite des comportements ou des attitudes, qui, sans cet éclairage historique, peuvent ne pas être compris ou qualifiés à tort.

C'est à la fois un travail de mémoire (les faits dits par la personne elle-même, sa famille ou ses proches sans liens familiaux...), d'histoire (généalogie) qui seront autant d'éléments pour accompagner la personne dans ce qu'elle va avoir encore à traiter pour elle-même.

Cela concerne des aspects, sociaux, familiaux, mais aussi médicaux qui peuvent éclairer le travail de prévention médical à faire par exemple sur des lignées de femmes qui dans une même famille sont décédées d'un cancer du sein...

Recueillir ces données c'est offrir à la personne un temps particulier sur son intimité de vie mais aussi à l'équipe une réserve de sens dans laquelle elle pourra puiser pour mieux comprendre des attitudes ou des non-sens apparents.

Il sera nécessaire de se doter d'outils de recueil de données dès la période d'essai via la famille et/ou des professionnels et tout au long de la présence aux Iris.

#### ■ Accompagner la mort

Enfin, la question de la mort prendra une place toute particulière, comme la fin d'un chemin de vie. À ce titre, ce n'est plus un accident qui surprendra.

L'écoute des dernières volontés et leurs respects, l'accueil des familles avant, pendant et après le décès de la personne, le travail de deuil avec les personnes ayant partagé le quotidien du résidant disparu et enfin le soutien aux équipes pendant et après sont autant de points à anticiper dès lors que l'on s'engage à accompagner les personnes jusqu'au terme de leur vie.

### 8.3. Les moyens matériels et techniques

L'adaptation matérielle, au fur et à mesure, s'avèrera capitale permettant alors à la personne accueillie d'être dans un confort optimum et aux professionnels de pouvoir la prendre en charge dans les meilleures conditions possibles.

La contribution ponctuelle de professionnels comme les ergothérapeutes peut permettre cette adaptation progressive.

C'est donc un accompagnement éclairé de ces données qui devra être proposé grâce à des consultations en externe de professionnels exerçant dans les domaines cités issus du champ du secteur des personnes âgées ou de la grande dépendance.

### 8.4. Les moyens humains

#### 8.4.1. Vers une évolution des concepts éducatifs

Les équipes socio-éducatives seront mises à mal car souvent formées à « l'éducatif », pour trouver le sens de leur travail dans la dynamique de la progression et de l'acquisition de compétence. Le modèle intériorisé est celui de l'éducation d'un enfant « en progrès ». Ce concept a besoin d'être revisité lorsque est fait le choix d'accompagner des personnes jusqu'au terme de leur vie car la régression peut prendre une place importante.

Les personnes handicapées vieillissantes confrontent les professionnels au deuil d'une impossible « normalisation ». Les illusions éducatives se heurtent ici à la réalité du temps qui passe, aux limites qui demeurent et à celles, nouvelles, qui apparaissent avec l'âge et la maladie.

Alors il faut accepter l'idée que ces personnes exigent pour vivre mieux, simplement un accompagnement, un étayage, des soins au long cours souvent, une fonction « prothétique » pour longtemps. Le maintien des acquis sera le devenir réaliste du travail d'accompagnement avec des exceptions pour des personnes pour lesquelles le vieillissement ne posera pas de problème particulier.

Il appartiendra à ces équipes de développer d'autres types d'animations, réduites parfois à une participation passive, limitée mais inscrivant toujours la personne comme un être social : sentir un gâteau qui se cuit, faire des soins esthétiques au lit, création d'un journal pour se souvenir, écouter de la musique et chanter.....

#### 8.4.2. Une collaboration au-delà des clivages

Les aspects médicaux prendront une place plus importante et les équipes médicales (médecin, spécialistes, infirmières) et para médicales (rééducateurs, aides-soignantes...) se verront de plus en plus sollicitées. Les liaisons entre services médicaux et sociaux viendront réinterroger la place de chacun dans cet accompagnement.

Les binômes aide médico-psychologique et aide-soignant semblent les plus pertinents dans ces accompagnements auprès de la personne accueillie. Mais cela ne va pas de soi, car les cultures sont différentes. L'enjeu sera pour les uns et les autres une volonté de collaboration au-delà des clivages et il sera important pour que ces binômes fonctionnent, que le souci de l'individu et de la tâche primaire restent toujours l'objectif des uns et des autres.

#### 8.4.3. Doter les équipes de savoir-faire et d'espaces de médiation

- **La formation** aura un aspect capital de manière à apporter et entretenir des savoirs, des connaissances nécessaires pour un accompagnement optimum : le diabète (signe et adaptation), la manutention (manipuler les gens sans leur faire mal et en toute sécurité tout en prenant soin de soi), la diététique (rôle et place des mixés, garder son corps en bonne santé), les pathologies du vieillissement...
- **Les espaces de réflexion et de rencontre entre établissements** permettront aux équipes de s'ouvrir, de « mettre en pensées », de partager leur pratique et les émotions qu'elle suscite. Penser à propos des personnes handicapées âgées, c'est refuser le raccourci organo-clinique, c'est refuser d'assimiler le vieillissement à des lésions neuro-anatomiques et à une somme de déficits qui en découlent. Ces temps d'échanges s'adressent aussi bien aux professionnels (formations communes, temps de partage) qu'aux résidents (fêtes, activités culturelles et sportives, etc.)
- **La gestion du personnel** se devra pour organiser l'établissement à prendre en compte l'évolution des pathologies, en assurant des renforts en fonction des besoins, en réorganisant les équipes et la présence des professionnels. Le personnel sera aussi soumis à la question de la séparation, du deuil, du trauma. Les équipes de JALMALV<sup>15</sup> peuvent être de précieux relais dans des situations de décès des personnes accueillies.

---

<sup>15</sup> Jusqu'à la mort, accompagner la vie : association Loi 1901.

## 8.5. La recherche-action

Le vieillissement des personnes handicapées mentales étant un phénomène relativement récent, peu de travaux et de recherches ont été consacrés à ce sujet. Nous sommes confrontés à la première génération de personnes handicapées qui atteignent massivement des âges avancés et hormis pour quelques pathologies citées plus haut, nous ne savons que peu de choses sur le vieillissement de ces personnes.

L'objectif est donc de se doter d'outils permettant « d'objectiver » l'apparition du vieillissement et son évolution jusqu'à la vieillesse.

Ces outils peuvent relever de deux domaines et feraient appel aux compétences des équipes respectives :

- le soin : il s'agirait de définir des indicateurs médicaux du vieillissement, simples à mesurer et en faire un suivi régulier.
- la vie quotidienne : là aussi, il s'agit de définir des indicateurs tirés de la vie quotidienne et de mesurer l'apparition de la dépendance liée à ces indicateurs.

La mise en place de cette recherche-action se fera en collaboration avec des établissements accueillant des publics similaires, des gériatres, des psychologues spécialisés, des équipes de recherche et tous professionnels intéressés par ce sujet.

« Objectiver » l'apparition du vieillissement nous permettra de mieux nous préparer à l'accueil des générations futures de résidents, de mieux anticiper les difficultés, et de développer une culture de prévention même en amont de l'arrivée au FAM.

Ce projet a été validé par le Conseil d'Administration de l'Association le 27 avril 2010 et présenté au Conseil à la Vie Sociale le 10 mai 2010.

# Table des annexes

Annexe 1	Eléments statistiques du public accueilli
Annexe 2	Charte des droits et liberté de la personne handicapée
Annexe 3	Ressources humaines : organigramme
Annexe 4	L'accompagnement de la vie quotidienne : Schéma des missions des professionnels
Annexe 5	Procédure Projet Individualisé

# Annexe 1

## Éléments statistiques du public accueilli

### Au sujet des résidents

	Hommes	Femmes	Total
Nombre	22	23	45
Taux	48,9 %	51,11 %	100 %

En ce qui concerne les 2 places de l'accueil temporaire, les bénéficiaires sont à 75% des hommes.

### Structure d'origine

	Pré-FAM	Foyer de vie « Les Roseaux »	ESAT de Chosal	ESAT de Seynod	Maison de retraite (en sortie d'ESAT)	Famille
Nombre	11	8	3	13	3	7
Taux	24,4 %	17,8 %	6,6 %	28,9 %	6,6 %	15,5 %

### Age des résidents

	38/44 ans	45/49 ans	50/54 ans	55/59 ans	60/64 ans	65 ans et +
Nombre	1	1	9	17	16	1
Taux	2,2 %	2,2 %	20 %	37,7 %	35,5 %	2,2 %

NB : L'âge n'est pas forcément en lien avec la dépendance. Ce sont plutôt les plus âgés qui ont recouvré une nouvelle jeunesse en entrant au FAM et les personnes plus jeunes (en particulier les femmes trisomiques) qui sont le plus en besoin d'un accompagnement sanitaire étayé.

## Annexe 2

### Charte des droits et libertés de la personne accueillie

Selon l'Arrêté du 8 septembre 2003, mentionnée à l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles

#### Article L311-4

(Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 art. 4I, II, art. 8, Journal Officiel du 3 janvier 2002)

Afin de garantir l'exercice effectif des droits mentionnés à l'article L. 311-3 et notamment de prévenir tout risque de maltraitance, lors de son accueil dans un établissement ou dans un service social ou médico-social, il est remis à la personne ou à son représentant légal un livret d'accueil auquel sont annexés :

a) Une charte des droits et libertés de la personne accueillie, arrêtée par les ministres compétents après consultation de la section sociale du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale mentionné à l'article L. 6121-9 du code de la santé publique ;

b) Le règlement de fonctionnement défini à l'article L. 311-7.

Un contrat de séjour est conclu ou un document individuel de prise en charge est élaboré avec la participation de la personne accueillie ou de son représentant légal. Ce contrat ou document définit les objectifs et la nature de la prise en charge ou de l'accompagnement dans le respect des principes déontologiques et éthiques, des recommandations de bonnes pratiques professionnelles et du projet d'établissement. Il détaille la liste et la nature des prestations offertes ainsi que leur coût prévisionnel.

Le contenu minimal du contrat de séjour ou du document individuel de prise en charge est fixé par voie réglementaire selon les catégories d'établissements et de personnes accueillies.

#### Article 1er - Principe de non-discrimination

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

politiques ou religieuses, lors d'une prise en charge ou d'un accompagnement, social ou médico-social.

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

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

## Article 3 - Droit à l'information

La personne bénéficiaire de prestations ou de services a droit à une information claire, compréhensible et adaptée sur la prise en charge et l'accompagnement demandés ou dont elle bénéficie ainsi que sur ses droits et sur l'organisation et le fonctionnement de l'établissement, du service ou de la forme de prise en charge ou d'accompagnement.

La personne doit également être informée sur les associations d'usagers oeuvrant dans le même domaine.

La personne a accès aux informations la concernant dans les conditions prévues par la loi ou la réglementation.

La communication de ces informations ou documents par les personnes habilitées à les communiquer en vertu de la loi s'effectue avec un accompagnement adapté de nature psychologique, médicale, thérapeutique ou socio-éducative.

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

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

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

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

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

Lorsque l'expression par la personne d'un choix ou d'un consentement éclairé n'est pas possible en raison de son jeune âge, ce choix ou ce consentement est exercé par la famille ou le représentant légal auprès de l'établissement, du service ou dans le cadre des autres formes de prise en charge et

d'accompagnement. Ce choix ou ce consentement est également effectué par le représentant légal lorsque l'état de la personne ne lui permet pas de l'exercer directement. Pour ce qui concerne les prestations de soins délivrées par les établissements ou services médico-sociaux, la personne bénéficie des conditions d'expression et de représentation qui figurent au code de la santé publique.

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

### Article 5 - Droit à la renonciation

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

### Article 6 - Droit au respect des liens familiaux

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

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

### Article 7 - Droit à la protection

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

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

## Article 8 - Droit à l'autonomie

Dans les limites définies dans le cadre de la réalisation de sa prise en charge ou de son accompagnement et sous réserve des décisions de justice, des obligations contractuelles ou liées à la prestation dont elle bénéficie et des mesures de tutelle ou de curatelle renforcée, il est garanti à la personne la possibilité de circuler librement. À cet égard, les relations avec la société, les visites dans l'institution, à l'extérieur de celle-ci, sont favorisées. Dans les mêmes limites et sous les mêmes réserves, la personne résidente peut, pendant la durée de son séjour, conserver des biens, effets et objets personnels et, lorsqu'elle est majeure, disposer de son patrimoine et de ses revenus.

## Article 9 - Principe de prévention et de soutien

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

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

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

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

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

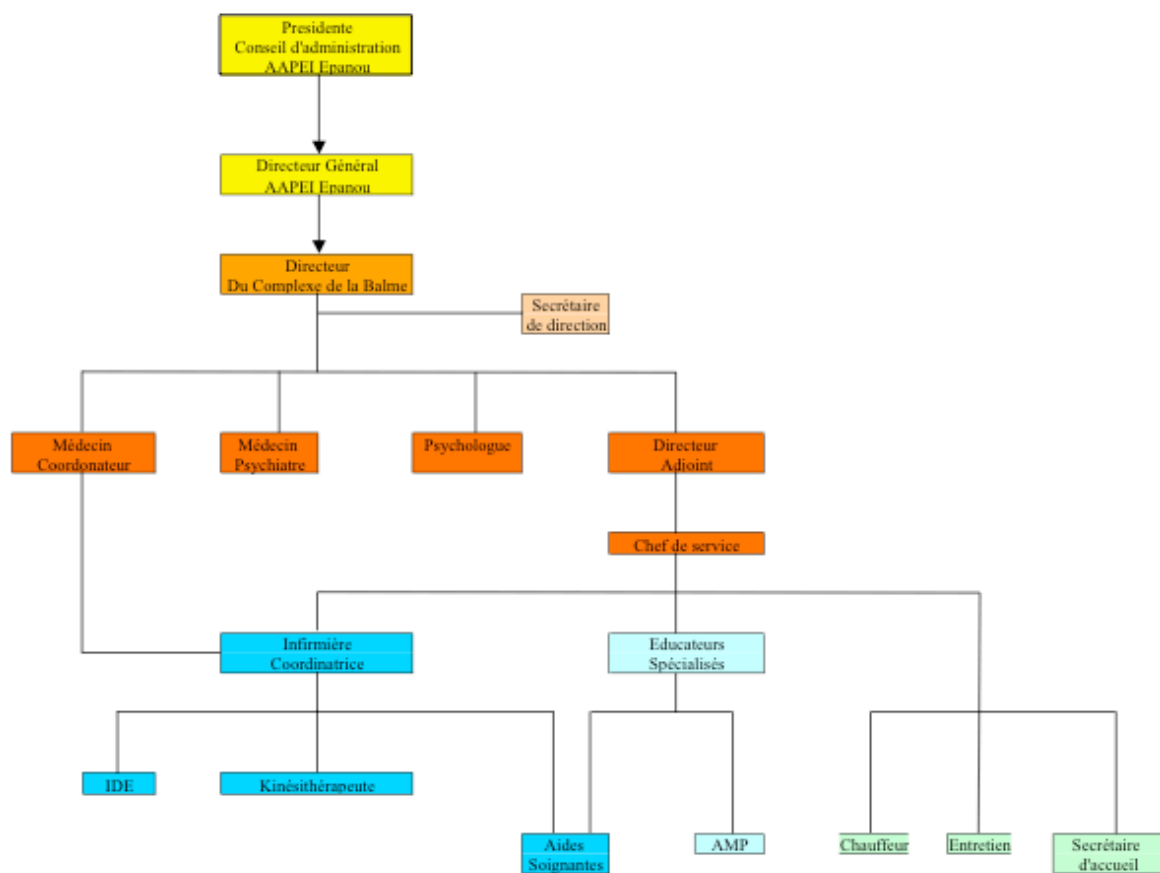
## Article 11 - Droit à la pratique religieuse

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

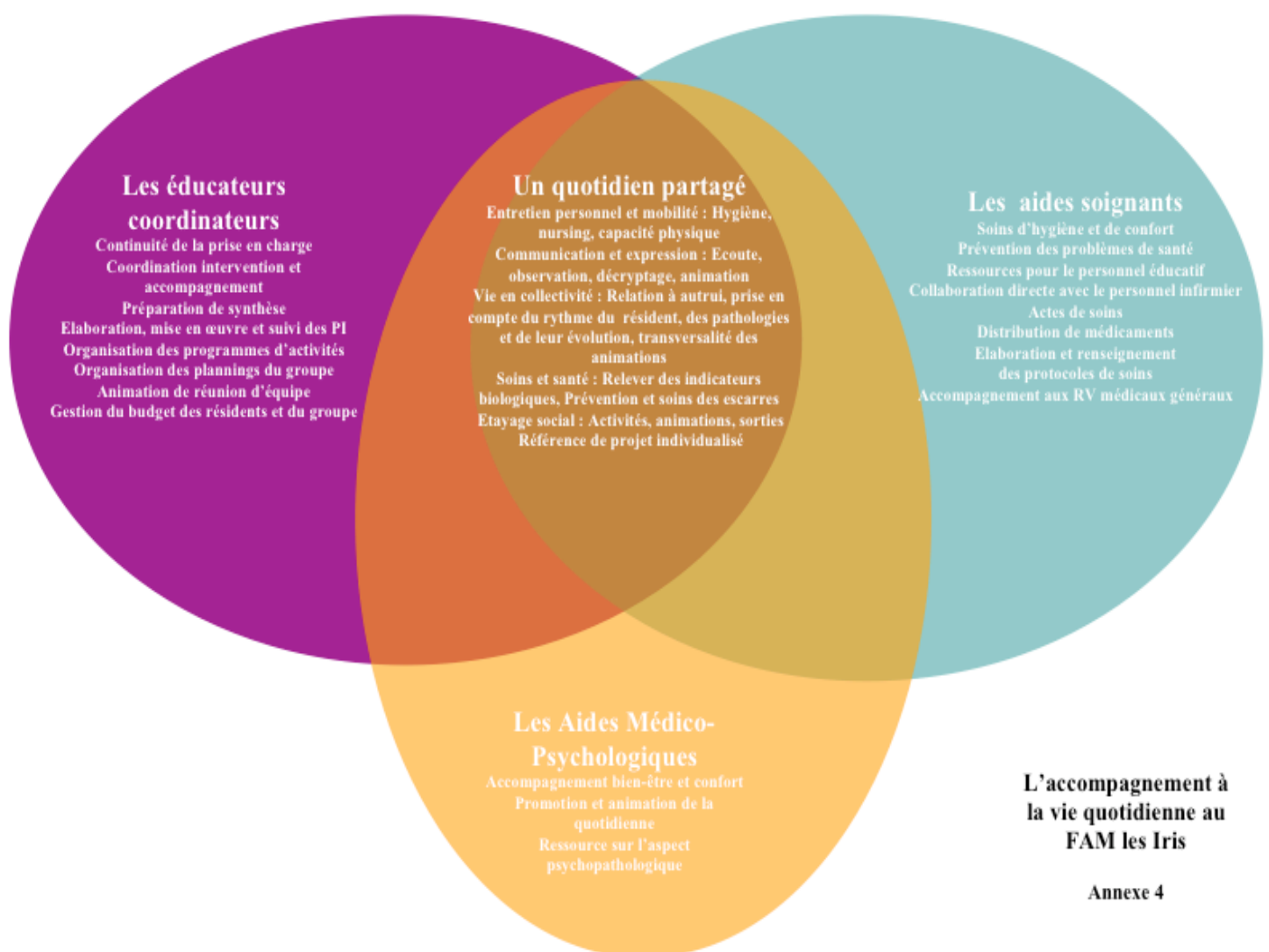
## Article 12 - Respect de la dignité de la personne et de son intimité

Le respect de la dignité et de l'intégrité de la personne est garanti. Hors la nécessité exclusive et objective de la réalisation de la prise en charge ou de l'accompagnement, le droit à l'intimité doit être préservé.

## Annexe 3 : Ressources humaines



# Annexe 4 : L'accompagnement à la vie quotidienne



# Annexe 5 : Procédure Projet Individualisé

## L'esprit du projet

Le Projet Individualisé (PI) est un parcours guidé par la question de la mesure et de l'organisation. C'est l'objet d'un travail commun du résident et de l'équipe, construit sur le parcours du résident. C'est un document écrit de référence qui doit comporter une matérialité de l'observation de départ (MAP par exemple) et des actions prévues dans un délai précisé (démarche concrète). Autrement dit, il comporte un énoncé de moyens (des actions déterminées) et une procédure réglant son déroulement dans le temps. Il traduit la mise en œuvre du projet de l'établissement, de l'unité de vie, au niveau de chaque résident.

## Sur chaque groupe : Un classeur de suivi

Pour baliser le suivi du projet et les étapes, chaque unité bénéficie d'un outil de recueil d'outils contenant :

- La liste des résidents et de leurs référents (éventuellement des co-référents)
- L'échéancier des synthèses et des évaluations
- Les outils et fiches vierges
- 1 onglet par résident :
  - Le projet individualisé
  - Les fiches de suivi mensuel
  - Les évaluations intermédiaires

## La démarche du projet individualisé

La démarche d'un projet personnalisé respectueux des attentes de la personne nécessite plusieurs phases :

- Temps de recueil d'informations (1 fois par an)
  - ▶ Premiers contacts et premier recueil des attentes de la personne et de sa famille
  - ▶ Analyse de la situation avec objectivation des éléments d'analyse
  - ▶ Co-construction du projet personnalisé avec les différentes parties prenantes

- Temps de synthèse (réunion de l'équipe pluridisciplinaire en présence du résident s'il le souhaite)
  - ▶ Décision : Fixation d'objectifs et d'une programmation d'activités et de prestations
  - ▶ Moyens alloués au projet
  - ▶ Écriture du projet
- Temps d'action (Dans le mois qui suit la synthèse)
  - ▶ Engagement mutuel et signature du projet
  - ▶ Mise en oeuvre, suivi mensuel, bilan(s) intermédiaire(s) et ajustements pour répondre aux évolutions
- Temps d'évaluation pour procéder à une réactualisation du projet personnalisé (à 6 mois).

Ces différentes phases sont toutes indispensables à la dynamique du projet personnalisé.

Elles sont susceptibles dans la réalité de se chevaucher : par exemple, des prestations et accompagnements sont souvent mis en place avant que l'analyse de la situation ne soit terminée.

Il convient de différencier au mieux chaque phase, en prenant soin que la personne, ses proches et, le cas échéant, son représentant légal, aient bien intégré les enseignements d'une phase avant d'aborder la suivante.

L'idée n'est pas de morceler la démarche artificiellement mais d'aider la personne à la comprendre et à l'assimiler.

### Le rôle du référent : Coordonner le projet et garantir la mise en œuvre

L'organisation des Iris prévoit qu'un (ou parfois deux) professionnel soit le référent du projet personnalisé signifiant par là qu'il :

- est l'interlocuteur privilégié des parties prenantes (la personne elle-même, les différents intervenants institutionnels, les proches, etc.)
- veille au déroulement des différentes phases du projet personnalisé et à la cohérence des interventions.

La désignation d'un référent de projet n'exonère pas l'ensemble des professionnels qui interviennent autour de la personne d'être impliqué dans l'élaboration et la mise en œuvre du projet. La personne peut choisir n'importe quel moment et le professionnel de son choix pour exprimer son avis ou montrer satisfaction ou malaise, qui ne sont ni les moments officiels de bilan, ni le référent désigné.

# Lexique

AAPEI L'EPANOU	Association des Parents et Amis de Personnes Handicapées mentales d'Annecy et des Environs
AMP	Aide Médico Psychologique
AVC	Accident Vasculaire Cérébral
C2A	Communauté de l'Agglomération d'Annecy
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
DENTDICAP 74	Réseau de chirurgiens dentistes et d'association favorisant l'accès aux soins dentaires
FAM	Foyer d'Accueil Médicalisé
CDAPH Handicapées	Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées
ESAT	Etablissement et Service d'Aide par le Travail
JALMALV	Jusqu' A La Mort : Accompagner La Vie
MAP	Modèle d'Accompagnement Personnalisé (Grille d'évaluation)
SAVS	Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
UDAPEI	Union Départementale des Associations de Parents des Personnes Handicapées Mentales
UNAPEI	Union Nationale des Associations de Parents des Personnes Handicapées Mentales
URIOPSS	Union Régionale Interfédérale des Œuvres et Organismes Privés Sanitaires et Sociaux