



**Projet d'établissement**  
**Foyer d'accueil médicalisé**  
**2020-2025**

1, rue Docteur RAFIN

69 009 LYON

Téléphone : 04 78 64 08 98

<https://www.maisonsdesaveugles.com>

# Maison des Aveugles

## Villa Saint-Raphaël

<b>Validation du projet d'établissement</b> <b>FOYER DE VIE</b> <b>Association MAISON DES AVEUGLES</b>	
<b>Conseil d'administration</b> <b>Délibération</b>	<b>Validation du projet d'établissement,</b> <b>délibération du 18 /12/ 2019</b>
<b>RECUEIL DES AVIS</b>	<b>DATE DE RECUEIL DES AVIS</b>
<b>Les représentants du personnel</b> <b>Recueil de l'avis</b>	<b>Recueil de l'avis des représentants du</b> <b>personnel, le 15 /10/ 2019.</b>
<b>Comité d'hygiène et de sécurité et des</b> <b>conditions de travail, CHSCT,</b> <b>Recueil de l'avis</b>	<b>Recueil de l'avis du CHSCT,</b> <b>le 17 /10/ 2019</b>
<b>Conseil de la vie sociale (CVS)</b> <b>Recueil de l'avis des usagers.</b>	<b>Date de recueil de l'avis des usagers,</b> <b>le 23 /10/ 2019.</b>
<b>Recueil de l'avis du Comité de pilotage</b> <b>du projet d'établissement.</b>	<b>Date du recueil de l'avis du Comité de</b> <b>pilotage, le 29 /10/ 2019</b>

### Avertissement

Ce projet d'établissement est étayé par les pratiques actuelles des équipes et le fonctionnement des unités, les discussions réalisées au cours de la préparation de ce projet, les dispositions rappelées par les pouvoirs publics et les besoins des résidents.

Ainsi les modalités présentées dans ce projet d'établissement mélangent l'existant et des propositions à réaliser, à mettre en œuvre.

La désignation des composants utilise parfois le même vocabulaire mais dans un sens différent. Dans la mesure du possible, nous avons essayé de préciser les notions utilisées.

Il existe ainsi une continuité et de nombreuses inflexions entre le projet d'établissement précédent (un seul établissement) et la situation issue de ce document avec deux projets d'établissements : un foyer de vie et un foyer d'accueil médicalisé.

Ce projet d'établissement propose ainsi une mutation raisonnée qui a l'ambition d'apporter un service de qualité au résident.

# S O M M A I R E

<b>AVERTISSEMENT</b> .....		<b>3</b>
<b>1. UN PROJET D'ETABLISSEMENT POUR LE FOYER D'ACCUEIL MEDICALISE</b> .....		<b>7</b>
<b>2. LE FOYER D'ACCUEIL MÉDICALISÉ</b> .....		<b>8</b>
<b>2.1 L'identité</b> .....		<b>8</b>
<b>2.2 Les repères institutionnels du Foyer d'accueil médicalisé</b> .....		<b>9</b>
<b>2.3 Focus sur le projet d'établissement</b> .....		<b>10</b>
<b>3. LE FOYER D'ACCUEIL MÉDICALISÉ</b> .....		<b>10</b>
<b>3.1 Les missions de l'établissement</b> .....		<b>10</b>
<b>3.2 Le cadre juridique du Foyer d'accueil médicalisé</b> .....		<b>11</b>
<b>3.3 Le cadre fonctionnel du Foyer d'accueil médicalisé</b> .....		<b>11</b>
<b>3.4 Le financement du Foyer d'accueil médicalisé</b> .....		<b>11</b>
<b>3.5 Le Foyer d'accueil médicalisé de l'association Maison des Aveugles</b> .....		<b>12</b>
<b>3.6 Le statut des personnes accueillies</b> .....		<b>12</b>
<b>3.7 La localisation de l'établissement.</b> .....		<b>13</b>
<b>4. L'ORGANISME GESTIONNAIRE</b> .....		<b>14</b>
<b>4.1 Une histoire.</b> .....		<b>15</b>
<b>4.2 La philosophie de l'association</b> .....		<b>15</b>
<b>4.3 La gouvernance associative.</b> .....		<b>16</b>
<b>5. LA VILLA SAINT-RAPHAËL</b> .....		<b>17</b>
<b>5.1 L'organisation du site en 2019</b> .....		<b>17</b>
<b>5.2 Les espaces de vie du FAM</b> .....		<b>17</b>
<b>6. LES RÉSIDENTS ACCUEILLIS AU FOYER D'ACCUEIL MÉDICALISÉ.</b> .....		<b>22</b>
<b>6.1 Les résidents du FAM</b> .....		<b>22</b>
<b>6.2 Les focus sur les profils de résidents</b> .....		<b>23</b>
<b>6.3 Les parcours des personnes accueillies au FAM</b> .....		<b>26</b>
<b>6.4 Les relations avec les proches des résidents</b> .....		<b>26</b>
<b>6.5 La participation des résidents à la vie du FAM</b> .....		<b>27</b>
<b>7. L'ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE DU FOYER D'ACCUEIL MÉDICALISÉ</b> .....		<b>27</b>
<b>7.1 Le tableau des effectifs au premier semestre 2019</b> .....		<b>27</b>

7.2	Les métiers au Foyer d'accueil médicalisé.....	28
7.3	La continuité du service.....	31
7.4	Les réunions .....	31
7.5	L'organigramme du Foyer d'accueil médicalisé.....	32
8.	<b>L'ACTION MÉDICOSOCIALE DU FOYER D'ACCUEIL MÉDICALISÉ.....</b>	<b>34</b>
8.1	Les principaux objectifs .....	34
8.2	Les objectifs en action .....	34
8.3	Les outils réglementaires.....	35
8.4	Les rythmes de vie, la journée des résidents .....	35
8.5	Les outils du FAM.....	37
8.6	Les référents .....	37
8.7	Le projet personnalisé d'accompagnement.....	38
8.8	La démarche de PPA .....	39
8.9	Le management des projets personnalisé d'accompagnement au FAM.....	41
8.10	Les écrits professionnels et la gestion des temps.....	42
8.11	Le dossier de l'usager .....	43
8.12	Le partenariat.....	44
9.	<b>LES TROIS PROJETS DU FAM.....</b>	<b>45</b>
9.1	Le projet hôtellerie.....	45
9.2	Le projet de soins .....	46
9.3	Le projet d'activités .....	47
10.	<b>LES PRINCIPALES PROCEDURES .....</b>	<b>49</b>
10.1	La procédure d'admission et d'accueil du résident au FAM.....	49
10.2	La procédure d'accompagnement personnalisé du résident .....	51
10.3	La procédure de sortie du FAM .....	53
11.	<b>LA SÉCURITÉ DES PERSONNES ET DES BIENS .....</b>	<b>54</b>
12.	<b>LES AXES D'AMÉLIORATION DU PROJET DU FAM .....</b>	<b>55</b>
12.1	Action prioritaire 1 : réussir le passage d'un établissement diffus à deux établissements médicosociaux distincts (2019-2020).....	55
12.2	Action prioritaire 2 : faire vivre la place d'accueil temporaire (2020-2021). .....	55
12.3	Action prioritaire 3 : projet d'unité (2020). .....	56
12.4	Action prioritaire 4 : faire vivre et mettre en œuvre le projet de soins (2020). .....	56

12.5	Action prioritaire 5 : faire vivre et mettre en œuvre le projet activités (2020).....	57
12.6	Action prioritaire 6 : préciser le projet hôtelier (2020).....	57
12.7	Action Prioritaire 7 : Poursuivre et amplifier le travail sur le PPA (2020-2021).....	57
12.8	Action prioritaire 8 : renforcer les capacités d'expertise du FAM (2021-2023).....	58
12.9	Action prioritaire 9 : développer les ressources humaines (2020-2023).....	58
13.	L'ACTUALISATION DU PROJET D'ÉTABLISSEMENT.....	58
14.	LA PROGRAMMATION.....	59
15.	ANNEXE 1 - LES USAGERS DU FOYER D'ACCUEIL MÉDICALISÉ.....	60
15.1	Âge et sexe des résidents.....	60
15.2	Les problématiques des personnes accueillies.....	61
15.3	La dépendance des résidents.....	63
15.4	La protection juridique des résidents.....	64
15.5	La durée de présence des résidents.....	64
15.6	Les suivis médicaux et paramédicaux des résidents.....	66
15.7	Répartition géographique des résidences parentales.....	67
16.	ANNEXE 2 - LES RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE PROFESSIONNELLE DANS LES ÉTABLISSEMENTS POUR ADULTES EN SITUATION DE HANDICAP.....	68

# 1. UN PROJET D'ETABLISSEMENT POUR LE FOYER D'ACCUEIL MEDICALISE

Le cadre législatif et réglementaire demande à chaque institution sociale et médicosociale de France de disposer d'un projet d'établissement définissant sa philosophie, ses objectifs, ses méthodes dans le cadre de la mission définie par les pouvoirs publics et en relation étroite avec les personnes accueillies.

Le projet d'établissement Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM) succède à des projets d'établissement de la villa Saint Raphaël<sup>1</sup> établis en 2005, 2009 et octobre 2014<sup>2</sup>. Les projets précédents proposaient une vision globale du site en ne faisant pas la distinction entre les autorisations attribuées au foyer de vie et au foyer d'accueil médicalisé en fonction des besoins des résidents.

Aussi, après un rappel des autorités compétentes, l'association et la direction ont engagé les travaux de construction de projets d'établissement en fonction des autorisations.

Pour le FAM de l'association Maison des Aveugles, le projet d'établissement est une manière d'établir une synthèse de son histoire, du public accueilli, de préciser ses choix et ses orientations, de réfléchir aux évolutions en cours, de donner du sens aux évolutions du secteur des dernières années, en affirmant son identité et sa raison d'être sur le territoire de la Métropole de Lyon.

C'est la première fois que le FAM précise son organisation dans un projet d'établissement qui lui est propre. Sa rédaction résulte d'un temps de réflexion qui a mobilisé, de différentes manières plus de 90 personnes : des résidents, des familles, les professionnels, les cadres, la direction, le président et le conseil d'administration, les intervenants extérieurs (santé, loisirs, transports) et les prestataires de service.

Un comité de pilotage composé de 14 personnes sous l'autorité de la directrice a validé les étapes de sa rédaction.

Ce projet d'établissement expose les méthodes et moyens pour réussir l'accueil et la prise en charge d'adultes déficients visuels avec autres handicaps associés, accompagnées sur des temps longs.

Ce projet d'établissement du FAM s'appuie sur les recommandations de bonnes pratiques professionnelles développées et préconisées dans le champ du médicosocial par l'ANESM - HAS (voir annexe).

*Construire et mettre en forme un projet d'établissement a mobilisé les énergies, les expériences et les discussions, que tous ceux qui ont été associés à ce travail en soient remerciés.*

---

<sup>1</sup> Le journal des constellations, André FLUCHAIRE, président, numéro 18, juin 2018.

<sup>2</sup> Maison des Aveugles, villa Saint-Raphaël, projet d'établissement 14 octobre 2014, 29 pages plus 6 annexes.

## 2. LE FOYER D'ACCUEIL MÉDICALISÉ

### 2.1 L'identité

- Le Foyer d'Accueil Médicalisé est caractérisé par les points suivants en 2019 :

<b>l'organisme gestionnaire</b>	Maison des Aveugles Association loi 1901, créée le 1 <sup>er</sup> juillet 1932, les statuts ont été rénovés en 2017.
<b>Président du Conseil d'Administration</b>	Monsieur André FLUCHAIRE
<b>Directrice du FOYER D'ACCUEIL MÉDICALISÉ</b>	Madame Béatrice MERCIER
<b>Établissement</b>	Foyer d'accueil médicalisé pour des personnes adultes en situation de handicap
<b>Adresse</b>	Villa Saint-Raphaël 1, rue Docteur RAFIN 69 009 LYON Téléphone : 04 78 64 08 98
<b>Identification de l'établissement</b>	SIRET : 775 647 530 00028 APE : 8720A FINESS : 69 001 748 8
<b>Date d'ouverture</b>	30 novembre 2005
<b>Autorisation et habilitation</b>	Forfait soins et aide sociale aux personnes adultes en situation de handicap.
<b>Tarification</b>	Président de la Métropole Grand Lyon, Directeur général de l'ARS Auvergne Rhône Alpes.
<b>Modalités d'accueil</b>	Hébergement en internat à temps complet.
<b>Personnes accueillies</b>	Adultes à partir de 18 ans en situation de handicap, déficients visuels et handicaps associés (déficience intellectuelle, troubles psychiques), bénéficiant d'une orientation foyer d'accueil médicalisé émise par une CDAPH.
<b>Capacité d'accueil</b>	12 places pour personnes adultes handicapées déficientes visuelles avec des troubles psychiques. 18 places pour adultes déficients visuels, âgés et vieillissants, dont une place d'accueil temporaire Total : 30 places
<b>Origine des personnes accueillies</b>	Tous les départements du territoire.
<b>Statut du personnel</b>	Convention collective nationale du 31 octobre 1951
<b>Prochaine évaluation interne</b>	2022
<b>Prochaine évaluation externe</b>	2027 <sup>3</sup>

<sup>3</sup> Date dérogatoire décidée par la Métropole.

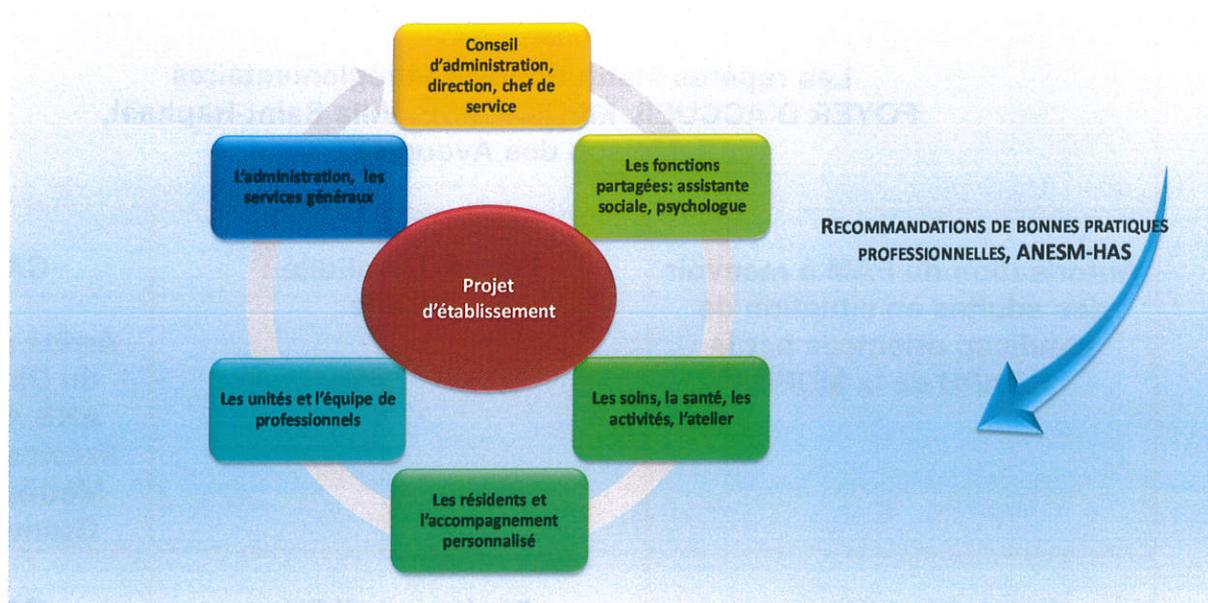
## 2.2 Les repères institutionnels du Foyer d'accueil médicalisé

- Le tableau réunit les éléments institutionnels du FAM avec les échéances réglementaires.

<b>Les repères institutionnels et réglementaires FOYER D'ACCUEIL MÉDICALISÉ, Villa Saint-Raphaël, Maison des Aveugles.</b>		
<b>Autorisation du FAM à recevoir des adultes en situation de handicap orientés par la CDAPH de la MDPH</b>	<b>Durée de validité : 15 ans</b>	<b>CASF</b>  <b>Arrêté conjoint du Directeur ARS ARA du Président de la Métropole du Grand Lyon.</b>
<b>Projet d'établissement</b>	<b>Durée de validité : 5 ans</b>	<b>CASF</b>
<b>Règlement de fonctionnement (Usagers)</b>	<b>Durée de validité : 5 ans</b>	<b>CASF</b>
<b>Évaluation interne de l'établissement</b>	<b>Une évaluation interne tous les 5 ans Sur la base d'un référentiel validé. Donc 3 évaluations internes au cours des 15 années d'autorisation</b>	<b>CASF</b>
<b>Évaluation externe de l'établissement</b>	<b>2 évaluations externes au cours de la période de validité de l'autorisation ; une évaluation externe tous les 7 ans, la deuxième permet de renouveler l'autorisation. Elles sont réalisées par un évaluateur externe habilité.</b>	<b>CASF</b>
<b>Conseil de la vie sociale</b>	<b>Instance d'expression des résidents</b>	<b>CASF</b>

## 2.3 Focus sur le projet d'établissement

### FOCUS SUR LE PROJET DU FOYER D'ACCUEIL MÉDICALISÉ



## 3. LE FOYER D'ACCUEIL MÉDICALISÉ

### 3.1 Les missions de l'établissement.

- La mission principale du Foyer d'accueil médicalisé FAM, établissement médicosocial, est d'accueillir et de prendre en charge « *des adultes gravement handicapés ayant besoin de l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes essentiels de la vie courante ou /et d'un soutien et suivi médical régulier* »<sup>4</sup>.
- Le Foyer d'accueil médicalisé offre des prestations d'accueil, d'hébergement et d'accompagnement médicosocial et de soins :
  - Un accompagnement à la vie quotidienne.
  - Un suivi médical et des soins quotidiens.
  - Un accompagnement de soins pour prendre soin de soi.
  - Un soutien psychologique, éducatif, une implication sociale dans des loisirs et des sorties récréatives.
  - Des actions conduites pour maintenir et développer leur bien-être, leurs compétences et leur autonomie avec des aides psychologiques et de psychomotricité.
  - Un accompagnement à la découverte et à la participation sociale.
- Ces accompagnements sont développés dans le cadre d'un contrat de séjour et d'un projet personnalisé.

<sup>4</sup> Sources : Registre français, du social et du médicosocial. Service-public .fr, foyer d'accueil médicalisé. CREA I Auvergne Rhône-Alpes, foyer d'accueil médicalisé pour adultes handicapés, catégorie FINES 437.

## 3.2 Le cadre juridique du Foyer d'accueil médicalisé

- Le Foyer d'accueil médicalisé est régi par plusieurs textes <sup>5</sup>:
  - Les missions des FAM sont définies à l'article L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles (CASF),
  - Les personnes accueillies en FAM, l'article L. 241-1 du Code de l'action sociale et des familles,
  - Les dispositions financières régissant les FAM sont décrites aux articles R. 314-140 à R. 314-146 du Code de l'action sociale et des familles,
  - Les conditions d'organisation et de fonctionnement des FAM sont présentées dans le décret 2009-322 du 20 mars 2009.
  - La prise en charge des frais d'hébergement et d'entretien des personnes accueillies, articles L.344-4 du CASF et R.344-29 à R.344-33 du CASF
  - La définition du minimum de ressources pour la personne accueillie : D.344-34 à D.344-39 du CASF.

## 3.3 Le cadre fonctionnel du Foyer d'accueil médicalisé

- L'encadrement professionnel des foyers d'accueil médicalisé<sup>6</sup> au niveau national identifie les tendances suivantes :
  - Les personnels de direction, de gestion et d'administration représentent environ 7% des effectifs.
  - Les personnels des services généraux réunissent environ 13% du personnel.
  - Les personnels paramédicaux regroupent 25% des effectifs.
  - Les personnels éducatifs et sociaux rassemblent 54% des professionnels.
  - Le personnel médical représente environ 1% du tableau des effectifs.
- Ces indications désignent la configuration générale dans laquelle le FAM, villa Saint-Raphaël, de l'association Maison des aveugles est inscrit.

## 3.4 Le financement du Foyer d'accueil médicalisé.

- Le financement du FAM bénéficie d'une double tarification :
  - La dotation soins est allouée par l'ARS Auvergne Rhône Alpes au titre de l'assurance maladie.
  - Le budget hébergement est assuré par la Métropole du Grand Lyon.
  - Tous les ans, deux arrêtés de tarification sont établis par l'ARS et l'autre par la Métropole et transmis à l'établissement.  
Ils couvrent les tarifs journaliers applicables sous les deux modalités composantes de l'établissement, l'une pour les adultes déficients visuels avec des troubles psychiques et l'autre pour des adultes déficients visuels vieillissants et âgés.
- Le FAM est un établissement habilité pour recevoir des personnes adultes handicapées au titre de l'aide sociale  
L'aide sociale à l'hébergement est attribuée par le Président du Conseil départemental, à toute personne accueillie qui ne dispose pas de ressources suffisantes pour couvrir les frais de son hébergement. Toutefois, le Président décide d'une prise en charge au titre

<sup>5</sup> Sources : service public.fr juin 2019, ANAP, le secteur médicosocial, comprendre pour agir, rubrique foyer de vie., juin 2019.

<sup>6</sup> Source : CNSA, analyse des comptes administratifs, 2016, publiés en juin 2018, 61 pages.

de l'aide sociale et détermine également une participation de la personne handicapée au regard de ses ressources.

### 3.5 Le Foyer d'accueil médicalisé de l'association Maison des Aveugles

- Le Foyer d'accueil médicalisé, villa Saint-Raphaël, a ouvert le 30 novembre 2005. Il fonctionne 24 heures sur 24 et 365 jours par an.
- Cette capacité totale d'accueil de 30 places est répartie en deux entités :
  - Une entité composée de **12 places** accueille des **personnes déficientes visuelles avec des troubles psychiques**.
  - Une entité de **18 places** pour **adultes déficients visuels vieillissants**, dont une place d'accueil temporaire.
- Cette configuration spécifique du FAM, villa Saint-Raphaël donne le cadre précis du développement du projet d'établissement.

### 3.6 Le statut des personnes accueillies<sup>7</sup>

- Les personnes accueillies au FAM ont un statut de personnes adultes en situation de handicap. Elles bénéficient généralement de l'allocation d'adulte handicapé (AAH). Le statut des personnes résulte d'un long processus de reconnaissance qui s'appuie sur une connaissance scientifique et un dispositif législatif et réglementaire. Cet ensemble fait consensus aujourd'hui. On retient trois éléments significatifs.
- En France, la loi handicap du 11 février **2005** définit légalement le handicap comme suit : *« 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 »*.
- Le rapport mondial sur le handicap de **2011** présente le handicap comme une notion *« complexe, évolutive, multidimensionnelle et controversée »*. En **2015** l'OMS le présente ainsi : *« Le handicap n'est pas simplement un problème de santé. Il s'agit d'un phénomène complexe qui découle de l'interaction entre les caractéristiques corporelles d'une personne et les caractéristiques de la société où elle vit. Pour surmonter les difficultés auxquelles les personnes handicapées sont confrontées, des interventions destinées à lever les obstacles environnementaux et sociaux sont nécessaires »*.
- Créée en 1980, la classification internationale des handicaps (**CIH**) s'appuie à l'origine sur les travaux du Philip Wood, épidémiologiste de l'Université de Manchester qui analyse le handicap en trois points : la déficience, l'incapacité, et le désavantage social ou handicap proprement dit<sup>26</sup>.

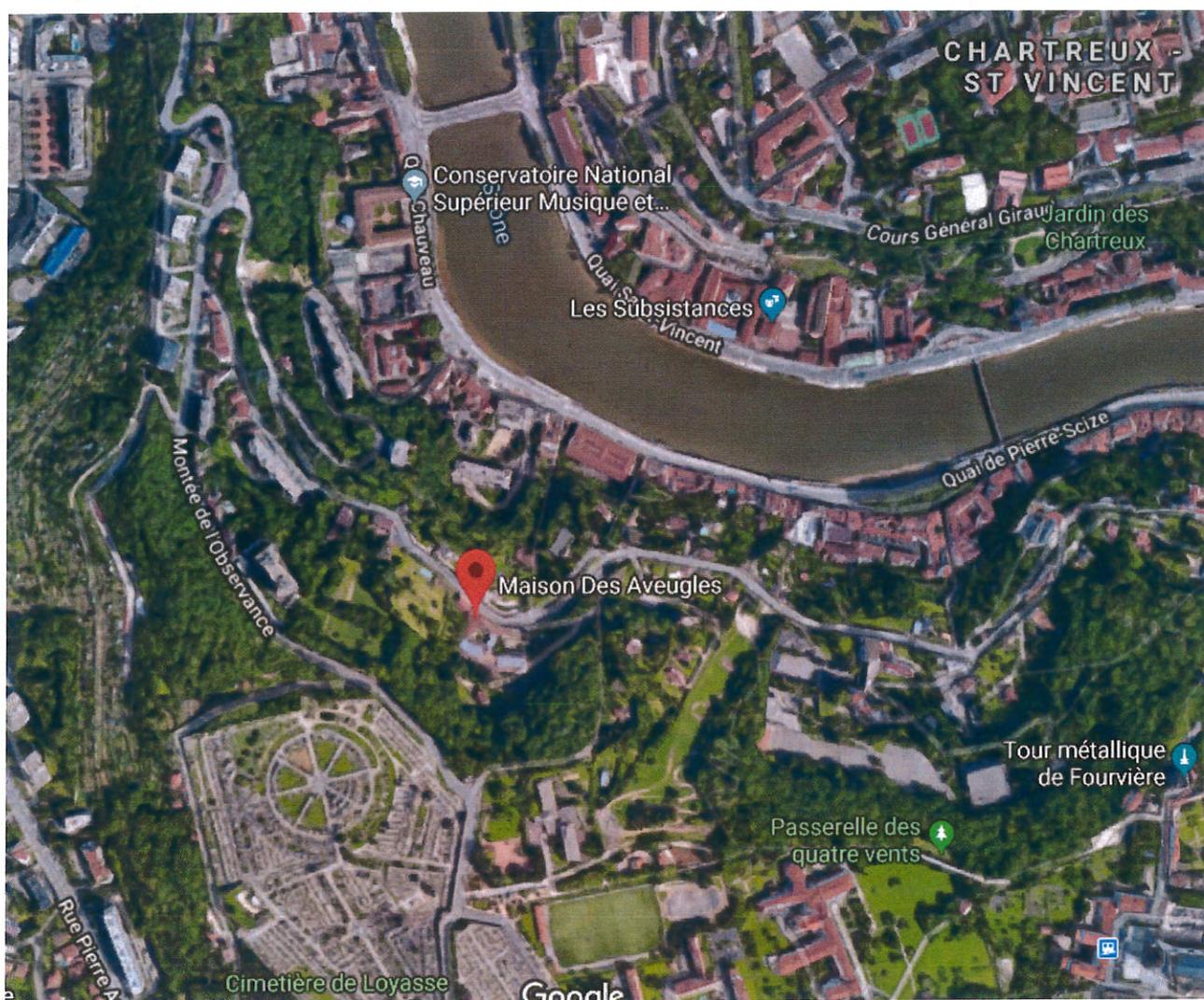
<sup>7</sup> Source : lettre d'information bi mensuelle du service de documentation de l'EHESP, Paris.

Cette classification est révisée en 2001 et renommée **Classification internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF)**. Adoptée par 200 pays, cette nouvelle classification distingue quatre notions<sup>27</sup> :

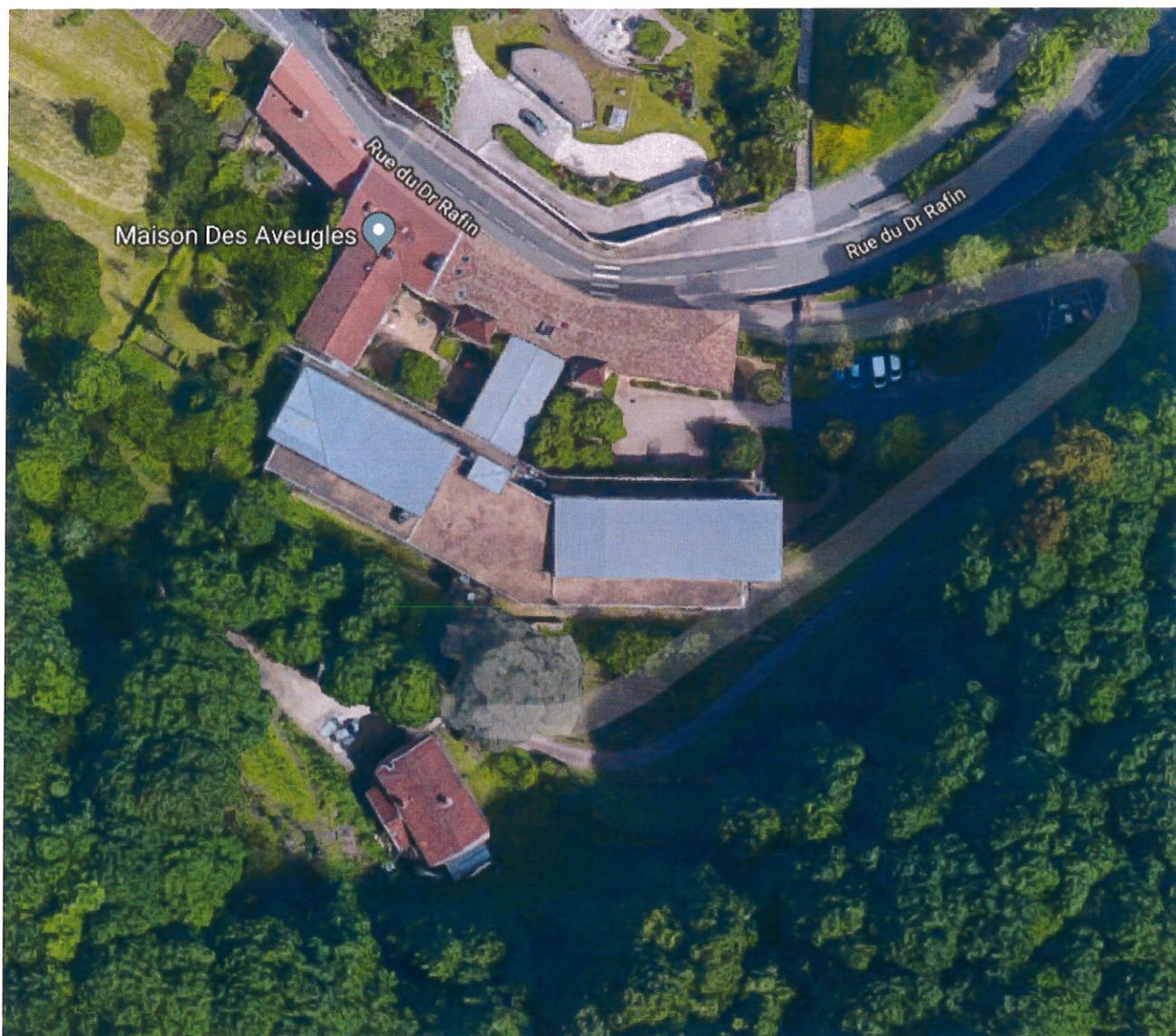
- Fonction organique (fonction mentale, sensorielle, digestive, etc.), c'est-à-dire le domaine de fonctionnement corporel ;
  - Structure anatomique (structure du système nerveux, structure liée au mouvement...) qui situe l'organisation physique en jeu ;
  - Activité et participation (activité de communication, de mobilité...) qui identifient les fonctionnements concernés ;
  - Facteurs environnementaux (produit et système technique, soutien et relation...) qui relie aux facteurs extérieurs potentiellement handicapants.
- Ainsi le travail médicosocial du FAM est situé dans cette approche française du handicap. Le développement des propositions du projet d'établissement s'appuie sur ces connaissances.

### 3.7 La localisation de l'établissement.

- L'établissement est positionné sur la colline de Fourvière dans le neuvième arrondissement en face de la colline de la Croix-Rousse, surplombant la Saône. Il dispose d'une belle vue sur la vallée et une partie de la ville de Lyon. L'établissement est situé dans un quartier résidentiel.



- Il dispose d'un terrain arboré et aménagé à certains endroits et d'un équipement immobilier moderne, confortable et adapté à l'accueil des personnes. Les mobilités sont organisées et sécurisées, elles offrent ainsi de nombreuses possibilités de déplacement sur le site comme à l'extérieur. L'établissement est desservi par réseau de transport en commun de l'agglomération.



#### 4. L'ORGANISME GESTIONNAIRE

- Le FAM est géré par l'**association Maison des Aveugles**<sup>8</sup> qui a une longue et riche histoire au service des « enfants et des adultes déficients visuels, souvent porteurs de handicaps multiples ».

<sup>8</sup> Source : Le Père Lucien Côte, pasteur des aveugles, 19005 – 1996, 42 pages, sans date.

## 4.1 Une histoire.

- L'association a été créée en 1932 par le Père Lucien CÔTE, aveugle lui-même. Le fondateur a œuvré toute sa vie pour les personnes déficientes visuelles. Il se situe dans un courant de pensée du catholicisme social qui a porté de nombreuses œuvres dans l'agglomération lyonnaise.
  - **En 1931**, le père Côte crée la colonie nationale des jeunes aveugles à Ronno, près de Tarare.
  - **En 1932**, le père Côte crée l'association « Maison des aveugles » avec une maison à Montplaisir en 1932 et à la Guillotière en 1934 qui sont remplacées par la villa Sainte Odile en 1935 et la villa Saint-Raphaël en 1947.
  - **En 1947**, l'association acquiert avec l'aide du docteur RAFIN la villa Saint-Raphaël. C'est « une grande et vieille maison avec un parc arboré, propriété du Greillon située sur les pentes de Fourvière. Cette bâtisse accueille rapidement 30 hommes aveugles. Des ateliers (brosserie, cannage de chaises, conditionnement) sont créés. Le travail permet « d'éveiller à des responsabilités, à une vision positive de soi-même ».
  - **En janvier 1987** le Foyer de vie ouvre avec une autorisation des pouvoirs publics.
  - **En 2004**, l'association propose de regrouper la villa Sainte Odile et la villa Saint-Raphaël sur le même site avec un nouveau projet architectural
  - **Les années 2007 - 2010** furent pour l'association les années de grands travaux. « *La vétusté de l'immeuble la Villa Saint-Raphaël, les nouvelles normes de sécurité à respecter, les fortes contraintes économiques ont conduit à regrouper les pensionnaires des villas Sainte Odile et Saint-Raphaël dans un nouvel immeuble bâti sur le site primitif et pouvant recevoir 82 personnes. Ce changement a permis la création de lieux de vie confortables et sécurisés permettant pour certains pensionnaires, l'accès à la médicalisation* ».
  - **En 2007**, le Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM) de la villa Saint-Raphaël est créé. Il organise une autre distribution des places disponibles sur le site entre le Foyer de vie, 52 places et le Foyer d'Accueil Médicalisé, 30 places.
  - **En 2009**, le département du Rhône demande à l'association d'ouvrir une section d'accueil pour les personnes en situation de handicap, vieillissantes et âgées.

## 4.2 La philosophie de l'association

- Les statuts de l'association de 2017 définissent ainsi sa mission :
  - L'association a pour objet prioritairement : « *la création et la gestion d'établissements spécialisés destinés à accueillir des personnes adultes aveugles ou malvoyantes, pouvant présenter des déficiences associées, faciliter leur développement, leur activité et leur autonomie et d'une manière générale, la mise œuvre de tous les moyens propres à les aider, tant sur le plan matériel que moral* ».
  - Les personnes accueillies dans ces établissements peuvent l'être en longue durée, de manière temporaire ou à la journée.
  - L'association peut aussi créer, dans les établissements qu'elle gère, des sections adaptées pour l'accueil de personnes adultes qui, sans être déficientes visuelles, présentent d'autres handicaps ou se trouvent en situation de dépendance.
- « *L'association poursuit la tâche accomplie par le Père Côte. Tout en accordant une priorité aux personnes déficientes visuelles, elle accueille aussi des personnes*

*présentant d'autres handicaps. Elle est animée par un esprit d'adaptation aux besoins nouveaux »<sup>9</sup>.*

- L'association adopte en septembre 2008 une charte des associations Maison des aveugles et ADAS qui promeut « *l'autonomie des personnes déficientes visuelles par un accompagnement respectueux de leurs potentialités et de leurs besoins afin de contribuer à leur épanouissement personnel et soutenir leur citoyenneté* »<sup>10</sup>.

### 4.3 La gouvernance associative.

- La Maison des aveugles est gouvernée par un conseil d'administration de 16 membres qui se réunit 6 à 8 fois par an et d'un bureau de 5 personnes. Une coopération étroite est engagée entre le président et la directrice pour répondre aux questionnements des pouvoirs publics.
- Deux administrateurs participent au Conseil de la Vie sociale
- L'association est membre de nombreuses instances du secteur du handicap :
  - L'URIOPSS fédérant les associations sanitaires, sociales et médicosociales.
  - La FEHAP regroupe les associations appliquant la convention collective du 31 octobre 1951.
  - Le collectif HANDICAP 69 réunit les associations de Rhône-Alpes au service des personnes en situation de handicap.
  - Le comité Louis Braille réunit 22 associations du département concernées par la déficience visuelle.
  - La fédération des aveugles et amblyopes de France

---

<sup>9</sup> Source : Le Père Lucien Côte, pasteurs des aveugles, 19005 – 1996, 42 pages, sans date.

<sup>10</sup> Livret d'accueil du personnel de la villa Saint-Raphaël, version du 30 septembre 2018, page 5

## 5. LA VILLA SAINT-RAPHAËL

### 5.1 L'organisation du site en 2019

- La villa Saint-Raphaël héberge deux établissements médicosociaux, le FV et le FAM. Ils partagent les mêmes lieux et le même site.  
Les résidents comme le personnel se croisent en permanence dans les locaux tout en étant affectés à des unités distinctes.  
Le bâtiment accueille quatre unités réparties entre les deux établissements.
- Chaque unité est située sur un niveau et réunit un groupe de résidents et une équipe de professionnels permanents. Chaque unité est affectée à un établissement.  
Le FAM regroupe les unités suivantes :
  - **L'unité Lyre** au niveau 0 réunit 12 résidents avec des troubles psychiques.
  - **L'unité Colombe FAM** au deuxième étage réunit 18 résidents déficients visuels âgés ou vieillissants.
- **Cette organisation des lieux** est complétée par des locaux collectifs partagés (salle d'activités, salle de psychomotricité, salle à manger, cuisine, salles de réunions, bureaux, atelier) et des services partagés (direction, fonction support, prestataires extérieurs).
- **Les bâtiments** réunissent des conditions de confort, d'espace, de sécurité et de diversité qui offrent des possibilités de mobilité sécurisée pour les résidents. L'agencement des lieux, les espaces de mobilité (couloirs, ascenseurs, escaliers, espaces extérieurs) apportent des fonctionnalités facilitant la vie quotidienne. Les extérieurs (le parc, l'accès à la rue) sont aménagés.
- **Chaque résident** dispose d'une chambre individuelle de 20 m<sup>2</sup> environ dotée d'un équipement sanitaire personnel (douche italienne et toilette).  
L'établissement fournit un équipement de base soumis aux normes de sécurité  
Chaque résident peut équiper sa chambre de meubles personnels et appareils (télévision) dans les limites posées par le règlement de fonctionnement  
Le linge personnel de chaque résident est entretenu par l'établissement.  
Le linge collectif de l'institution est traité sur l'extérieur.

### 5.2 Les espaces de vie du FAM

- Quelques espaces de vie en photos ...
  - Les lieux collectifs
  - Une chambre de résident
  - Le bureau des éducateurs
  - Les couloirs
  - Les salles
  - L'extérieur.







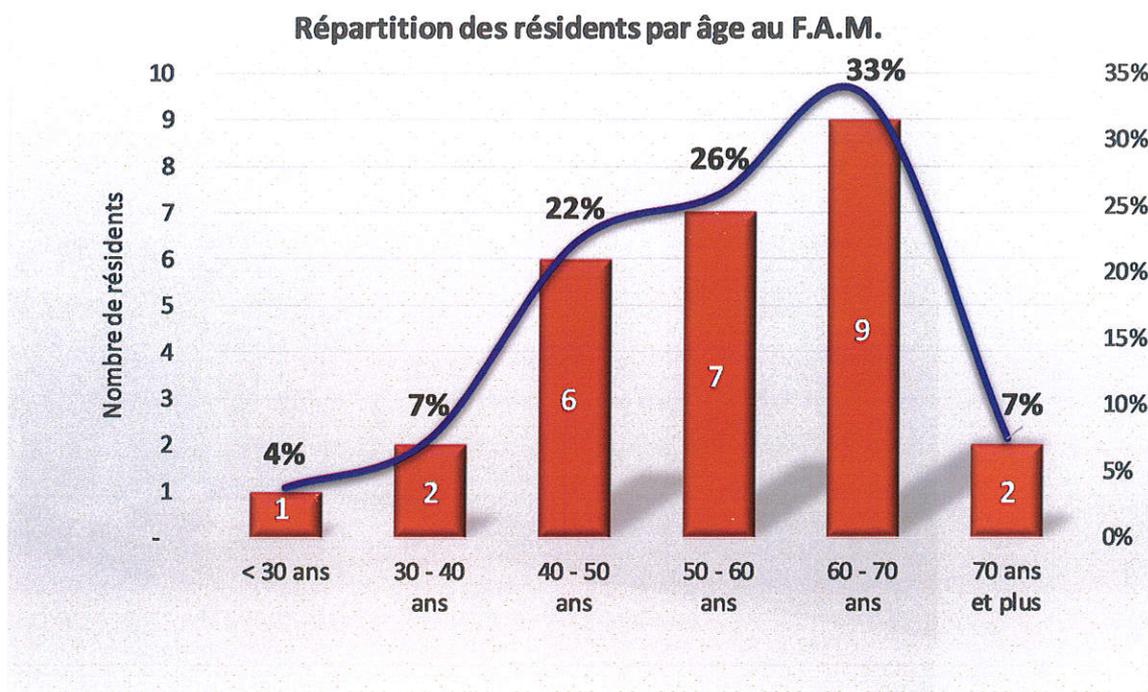


## 6. LES RÉSIDENTS ACCUEILLIS AU FOYER D'ACCUEIL MÉDICALISÉ.

- La préparation du projet d'établissement du FAM a permis d'ouvrir une enquête épidémiologique des résidents présents au 31 décembre 2018 en utilisant les indicateurs du secteur médicosocial. Cette démarche a été motivée par le fait que l'établissement ne disposait pas d'un recensement précis des situations des résidents présents.
- Cette enquête a été conduite avec les services des établissements FV et FAM. Elle a mobilisé les médecins, les cadres, les dossiers administratifs et MDPH, l'assistante sociale (voir l'enquête, annexe 1).

### 6.1 Les résidents du FAM.

- Le projet d'établissement s'appuie sur les principales caractéristiques des personnes accueillies au FAM<sup>11</sup>. À la date de l'enquête, on recense 27 résidents.
  - Les hommes représentent 67% des personnes accueillies, les femmes sont minoritaires, 33%.
  - Les âges des personnes accueillies s'échelonnent entre 26 ans et 71 ans. La moitié des résidents ont entre 48 ans et 62 ans et un quart des résidents ont entre 62 ans et 71 ans.



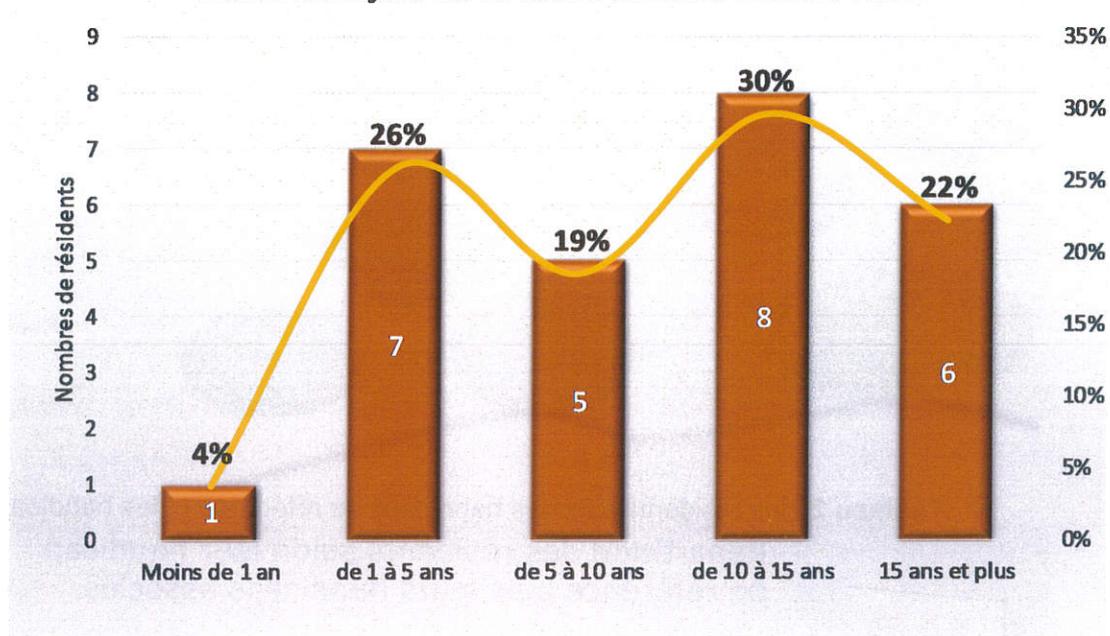
- Tous les résidents bénéficient d'une orientation de la CDAPH.
- Tous les résidents du FAM ont une déficience visuelle et des handicaps associés. Les handicaps de référence<sup>12</sup> se répartissent entre un handicap psychique (59%), un handicap intellectuel (37%) et un handicap moteur (2%). Ce handicap de référence

<sup>11</sup> Le détail de l'étude est disponible auprès de la direction de l'établissement.

<sup>12</sup> Le handicap de référence est celui qui domine la situation de la personne. Il n'exclut pas la présence d'autres handicaps comme la déficience visuelle.

- 96% des résidents sont sous protection judiciaire qui est exercée par les familles (33%), par un service (56%). Deux personnes accueillies n'ont aucune mesure de protection.
- La situation de dépendance des résidents est importante ; 74% des résidents ont besoin d'une aide ou d'un soutien pour les actes de la vie quotidienne. Dans ce groupe de résidents, 41% ont besoin d'une aide pour tous les actes de la vie quotidienne.
- Les résidents présents au FAM sont arrivés dans l'établissement entre 50 et 60 ans.
- Les durées de séjour des résidents sont importantes. 52% des résidents sont au FAM depuis plus de 10 ans. La durée médiane de présence est de 10 ans. La moyenne se situe à 10 ans.

Durée de séjour au F.A.M. à la fin de l'année 2018



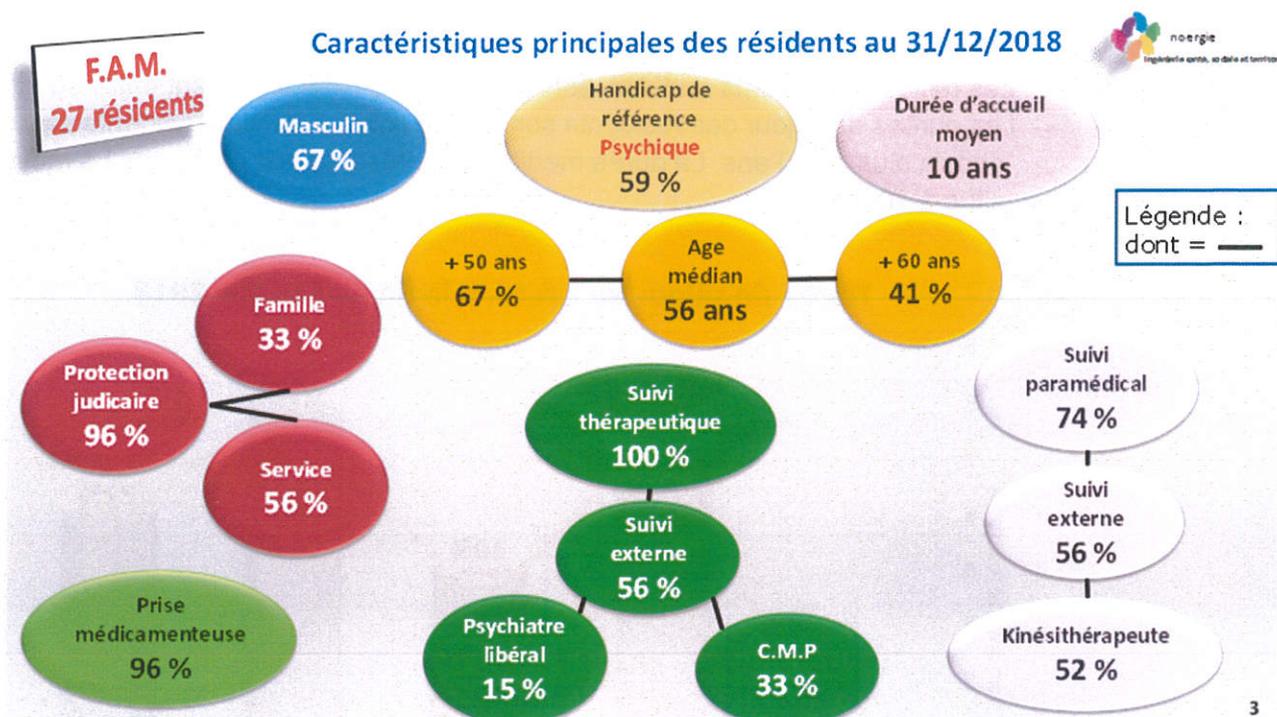
- 96% des résidents ont un traitement médicamenteux journalier. Pour des troubles somatiques (56%) et des troubles psychiques (37%).
  - 63% des résidents du FAM n'ont plus de famille identifiée par l'établissement. 33% des parents de résidents habitent la région Auvergne Rhône Alpes.
- Ainsi le FAM accueille majoritairement des résidents âgés qui cumulent plusieurs handicaps. Ces personnes sont sous protection judiciaire. Une grande majorité des résidents faute de proche, n'a pas d'autre alternative à l'hébergement du FAM.

## 6.2 Les focus sur les profils de résidents

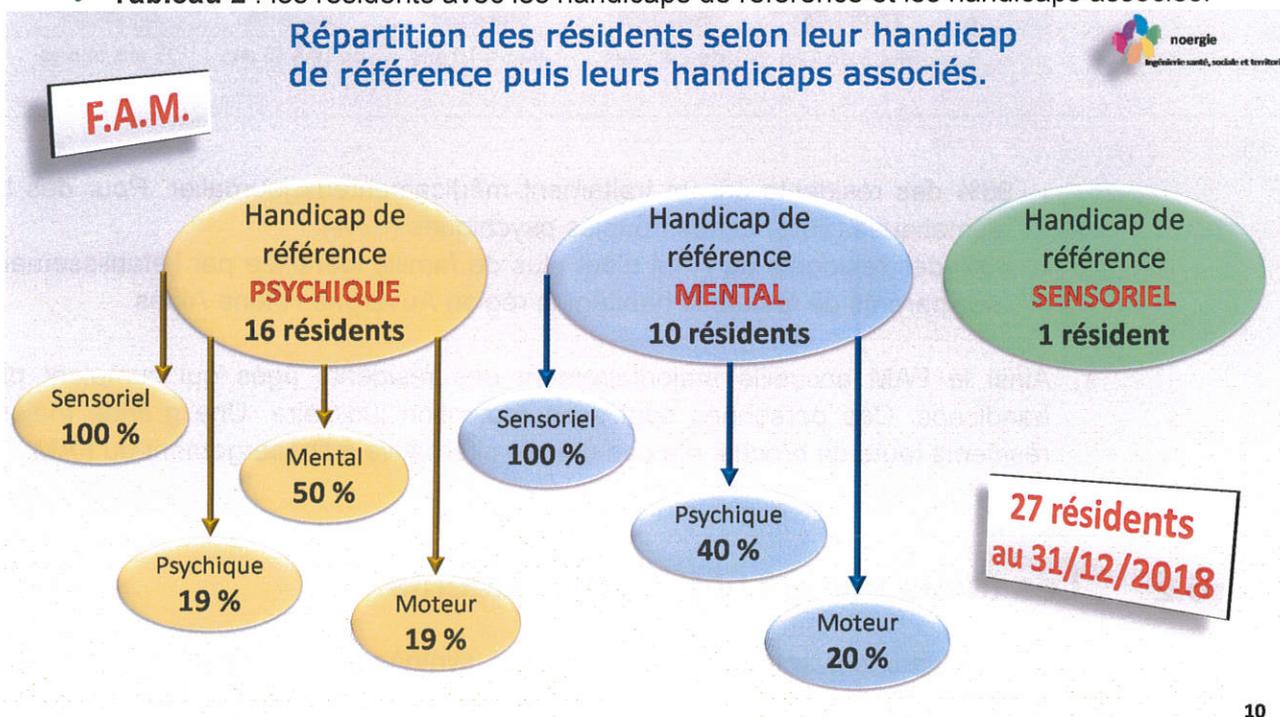
- Les tableaux suivants proposent quelques synthèses de la situation des résidents. Ils proposent des repères sur la situation des personnes et des handicaps de référence. Ils illustrent les problématiques de résidents accompagnés par le FAM.
- **Les modalités de lecture des tableaux** : chaque tableau identifie 7 indicateurs repérés par un code couleur. Ces indicateurs reprennent les caractéristiques des résidents et

cernent les interrogations pour la prise en charge médicosociale des personnes. Certains indicateurs sont répartis en différents cas de figure.

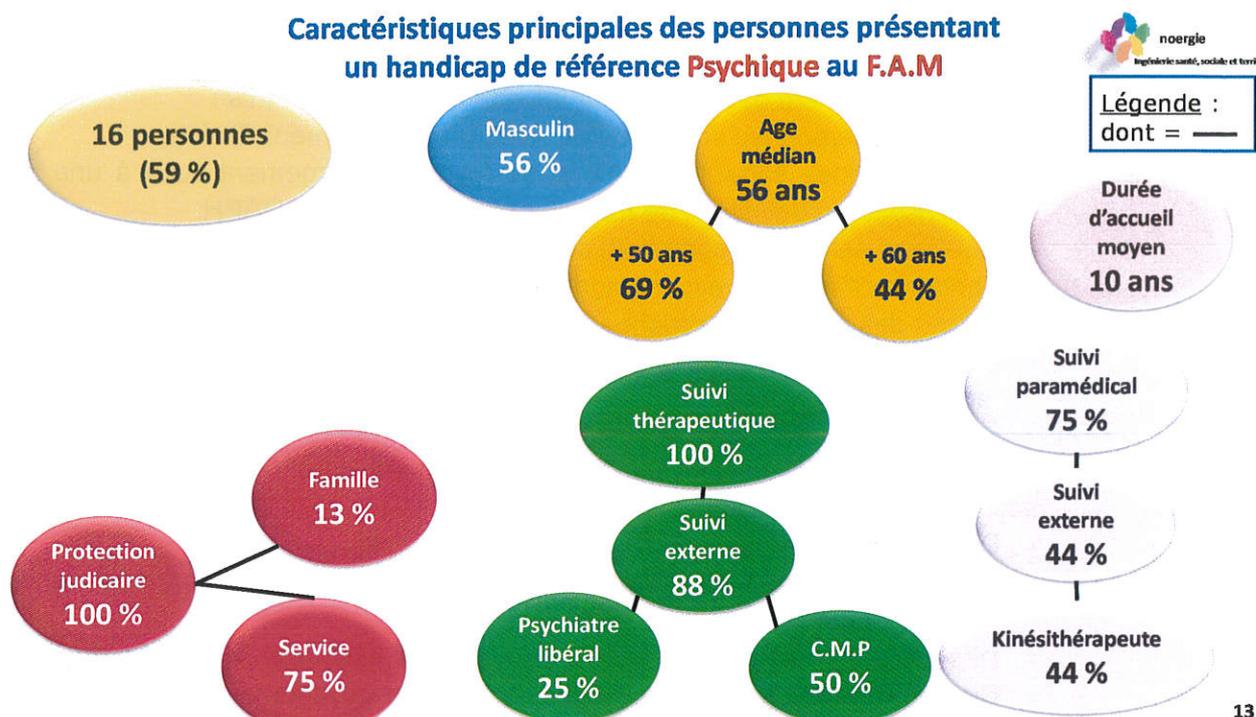
• **Tableau 1** : caractéristiques principales des résidents du FAM



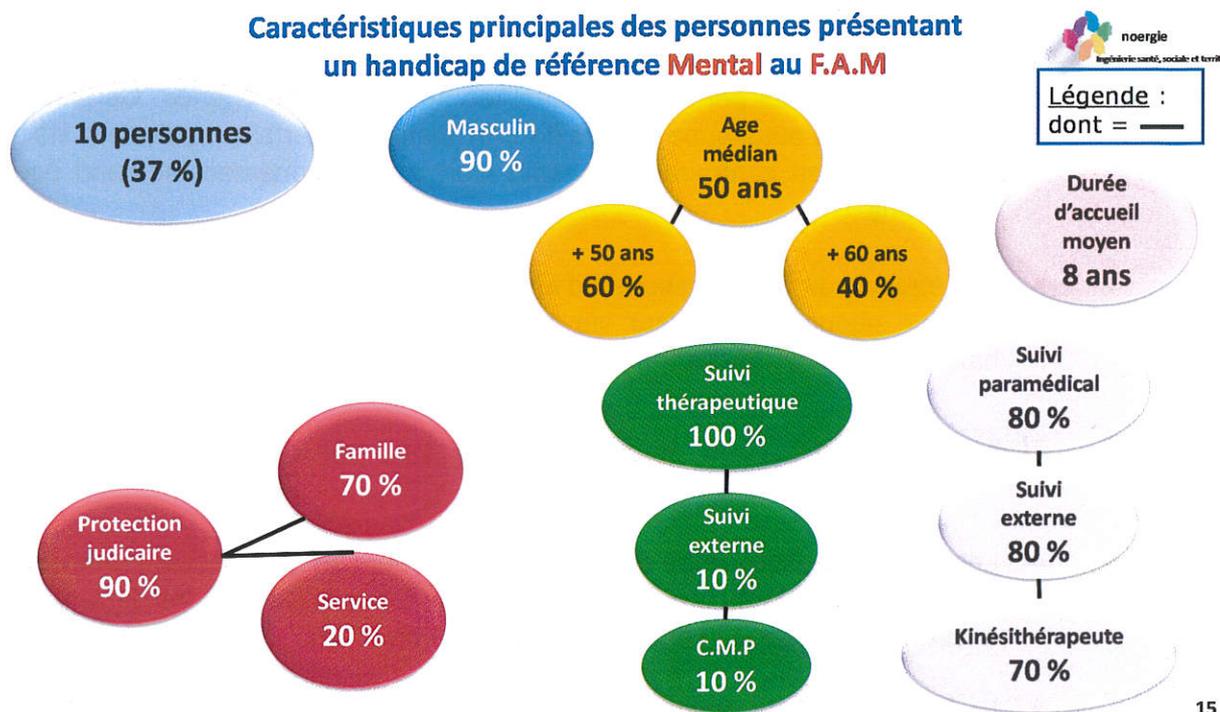
• **Tableau 2** : les résidents avec les handicaps de référence et les handicaps associés.



- **Tableau 3** : les résidents ayant un handicap psychique.



- **Tableau 4** : les résidents ayant un handicap mental.



- La répartition des profils de résidents montre les tendances qui structurent les caractéristiques du public accompagné. On perçoit ainsi une typologie des résidents en relation avec l'autorisation donnée au FAM. Elle indique ainsi les originalités médicosociales qui touchent le public du FAM.

## 6.3 Les parcours des personnes accueillies au FAM

L'établissement ne disposait pas au moment de la confection du projet d'établissement d'information globale sur les parcours de résidents avant leurs arrivées. Ces notations donnent simplement des indices sur les parcours des résidents :

- Quelques personnes sortant d'IME avec un amendement Creton,
  - Des personnes sortent d'ESAT et de foyer d'hébergement suite à une incapacité (provisoire ou définitive) de travailler reconnue par la CDAPH.
  - Quelques personnes sortent du contexte familial à la suite d'événements familiaux qui rendent difficile un accompagnement au quotidien (perte d'autonomie, maladie, décès des parents ou proches).
  - Des personnes stabilisées et orientées vers un FAM à l'issue d'une hospitalisation spécialisée.
- Ces personnes ont besoin d'un accompagnement dans leur vie quotidienne et d'un accompagnement à la santé lié à :
    - Des problèmes médicaux généraux et somatiques.
    - Des problèmes médicaux provenant d'une mauvaise hygiène de vie et/ou d'addictions (tabac, alcool...);
    - Des soins corporels quotidiens ne pouvant être assumés de façon autonome.
    - Des déficiences intellectuelles et des troubles psychiques réduisant les capacités d'autonomie ou la compréhension et la mémorisation des gestes du quotidien.
  - Les problématiques psychiatriques des résidents nécessitent pour certains :
    - Des soins infirmiers multi quotidiens ;
    - Une gestion adaptée des crises liées à de la violence vis-à-vis de tiers ou de biens, une désorganisation psychique parfois massive, des blocages et retraits intellectuels et physiques (prostration).
  - Les potentiels des personnes accueillies sont très hétérogènes. Certaines personnes possèdent une autonomie relative dans la gestion de certains actes de la vie quotidienne. D'autres ont au contraire, un besoin d'un accompagnement soutenu pour les actes quotidiens.
  - Les équipes du FAM s'assurent d'apporter une réponse adaptée aux résidents au cours de leur séjour et dans leur vie quotidienne, malgré l'hétérogénéité des troubles et handicaps des personnes accueillies.

## 6.4 Les relations avec les proches des résidents

- Les personnes accueillies dans cet établissement se caractérisent par une majorité de résidents ayant peu ou pas de famille. Ce groupe de résidents a comme seul environnement personnel et amical l'univers du FAM.
- Le FAM veille à développer des relations de confiance avec les proches des résidents. L'association comme l'établissement proposent plusieurs initiatives pour cultiver le dialogue avec les familles :
  - Le conseil de la vie sociale dans lequel les familles sont représentées.
  - Les échanges réguliers avec le personnel et l'équipe d'encadrement,
  - L'organisation d'événements festifs institutionnels auxquels les proches sont invités

- Ces actions n'épuisent pas la demande des proches pour mieux connaître le fonctionnement de l'institution au quotidien. Ils sont demandeurs d'informations concrètes sur le séjour de leur proche. Connaître les emplois du temps, les activités fréquentées, les événements festifs de l'unité constituent pour les familles des informations précieuses pour imaginer la vie de leur proche. Ils demandent à être informés sur la vie de l'institution son organisation et ses actions.

## 6.5 La participation des résidents à la vie du FAM

- La participation des résidents à la vie de l'institution témoigne de la volonté de l'établissement de placer les résidents au cœur du FAM.
- Les résidents sont les premiers acteurs de ces lieux. Ainsi plusieurs moments institutionnels réunissant les professionnels et les résidents sont organisés :
  - La réunion hebdomadaire des résidents dans chaque unité,
  - Le comité des fêtes,
  - La commission « menus » travaille sur la composition des menus, le choix des aliments, la qualité nutritionnelle des plats et l'équilibre alimentaire.
  - Le forum des activités présenté par les professionnels rassemble une fois par an les résidents afin qu'ils choisissent les activités en phase avec leurs besoins et leurs centres d'intérêt.

## 7. L'ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE DU FOYER D'ACCUEIL MÉDICALISÉ

- Le FAM dispose de professionnels du soins, de l'éducatif et du médical. Les métiers réunis dans l'équipe pluridisciplinaire apportent une ressource médicosociale pour la prise en charge personnalisée des résidents.

### 7.1 Le tableau des effectifs au premier semestre 2019

- Le tableau des effectifs réunit 5 catégories d'emplois et 17 métiers et qualifications sans prendre en compte les professionnels employés par le prestataire de service pour la cuisine et le ménage.

	Catégorie	Nombre d'équivalents temps plein	Observation : les pourcentages et les ratios
	1 - Direction, encadrement		
1	Direction	0.35	
2	Direction adjointe	0.35	
3	Chef de service infirmière cadre	1.00	
	<b>Total 1</b>	1.70	6.48%
	2 - Administration, gestion		
4	secrétariat	0.53	
5	Comptabilité	0.70	
	<b>Total 2</b>	1.23	4.69%
	3 - Services généraux		
8	Maîtresse de maison	0.35	
9	Lingère	1.05	
10	Ouvrier d'entretien	0.88	
	<b>Total 3</b>	2.28	8.69%

	4 - Socio-éducatifs		
11	Éducateur spécialisé	1.00	
12	Moniteur éducateur	2.00	
13	AMP, AES	7.60	
14	Moniteur d'atelier	0.35	
15	Assistante sociale	0.35	
	<b>Total 4</b>	11.30	43.11%
	5 - Paramédical		
16	Aide-soignants	3.00	
17	Psychomotricienne	0.50	
18	Infirmière	2.00	
19	Psychologue	0.50	
20	Veilleur de nuit « aide-soignant »	3.50	
	<b>Total 5</b>	9.50	36.24%
	6 - médical		
21	Médecin psychiatre	0.10	
22	Médecin coordonnateur	0.10	
	<b>Total 6</b>	0.20	0.76%
	<b>Total FAM</b>	26.21	100%
	Ratio d'encadrement : total des ETP/nombre de résidents		0.873
	Prestataire de services		
	Restauration	1.32	
	Ménage	3.60	

## 7.2 Les métiers au Foyer d'accueil médicalisé.

- **La directrice** garantit la prise en charge et l'accompagnement des résidents au regard des dispositions légales et réglementaires. Elle arrête l'organisation des services et contrôle leur fonctionnement global.

Elle manage l'établissement en s'appuyant sur le chef de service et les autres cadres (hiérarchiques et techniques) de l'institution.

Elle définit la politique ressources humaines pour le personnel du FAM : recrutement, gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC), négociation collective, axes du plan de formation avec les représentants du personnel au regard des missions de l'établissement et des projets de développement. Elle est chargée des relations avec les I.R.P.

Elle autorise l'admission des résidents.

Elle recueille les besoins des unités et des services et arbitre les choix en tenant compte des axes prioritaires et du budget.

Elle pilote l'élaboration du budget, le compte administratif et le plan pluri annuel d'investissement.

Elle représente le FAM dans les instances extérieures par sa participation directe ou par représentation du Président de l'association.

La directrice bénéficie d'un document unique de délégation.

Elle assure une permanence de fonctionnement dans le cadre des astreintes confiées à l'encadrement.
- **La directrice adjointe** seconde la directrice sur le fonctionnement global de l'institution. Entant que responsable hiérarchique de l'équipe administrative, elle s'assure de la conformité du travail relatif à la gestion du personnel et comptable avec les dispositions légales, réglementaires et conventionnelles.

Elle pilote l'intendance du FAM à ce titre est à la responsabilité hiérarchique de la maitresse de maison, des lingères.

Elle est l'interlocutrice des résidents et du personnel pour les demandes d'hôtellerie, de restauration, de lingerie et d'entretien des locaux et coordonne les prestations de restauration et d'entretien des locaux attribuées à l'entreprise extérieure.

Elle est garante des mouvements de comptes des résidents et effectue les transactions avec les tuteurs. Elle veille ainsi à mettre à la disposition des résidents de l'argent qui est affecté à chaque personne par les équipes éducatives.

La directrice adjointe assure une permanence de fonctionnement dans le cadre des astreintes confiées à l'encadrement.

- **L'équipe administrative et comptable** a en charge le bon fonctionnement administratif et comptable. Elle réalise tous les actes administratifs et comptables nécessaires au bon fonctionnement du FAM : les salaires, le règlement des charges sociales, les déclarations sociales. Elle établit les factures aux conseils départementaux. Elle effectue tous les travaux de secrétariat nécessaires au bon fonctionnement de l'administration générale. Elle constitue le dossier administratif nécessaire à l'admission du résident en lien avec l'assistante sociale.
  
- **L'infirmière-cadre** a la responsabilité du fonctionnement des unités qui composent le FAM par délégation de la directrice de l'établissement.  
Elle coordonne les actions médicosociales des professionnels intervenants dans les deux unités. Elle assure le bon fonctionnement avec les services techniques de l'institution. Elle est garante d'une prise en charge de qualité au quotidien des résidents du FAM et des projets personnalisés de chaque résident.  
Elle pilote la démarche de soin et assure la coordination de tous les intervenants médicaux et paramédicaux au sein du FAM. Elle est secondée dans ces missions par les infirmières de l'établissement présentes dans les unités auprès des résidents.  
Elle assure la gestion quotidienne du personnel. Elle élabore et actualise les plannings de travail des salariés placés sous son autorité hiérarchique.  
Elle favorise le travail en équipe pluridisciplinaire et pilote les réunions hebdomadaires d'unités. Elle réalise les entretiens professionnels obligatoires des salariés placés sous son autorité hiérarchique.  
Elle participe au comité de direction.  
Elle assure une permanence de fonctionnement dans le cadre des astreintes confiées à l'encadrement.  
L'infirmière-cadre donne son avis sur le dossier MDPH du candidat.
  
- **Le médecin coordonnateur** est le référent et le garant de la prise en charge et du suivi médical des résidents. Il veille à la cohérence des interventions des soignants auprès des résidents. Il apporte informations, conseils, préconisations auprès de l'équipe pluridisciplinaire pour réaliser la prise en charge individuelle de chaque résident. Il apporte sa contribution au projet personnalisé du résident. Il veille à la tenue des dossiers médicaux de chaque résident. Il est partie prenante des relations avec les établissements de santé fréquentés par les résidents du FAM. Par ailleurs, chaque résident étant suivi par son médecin traitant, le médecin coordonnateur comme le chef de service veille à la coordination des soins et au partage d'information.  
Le médecin coordonnateur donne son avis sur le dossier MDPH du candidat.
  
- **Le médecin psychiatre** apporte une contribution individuelle et collective sur toutes les questions psychiques qui touchent les résidents. Il apporte informations, conseils, préconisations auprès de l'équipe pluridisciplinaire pour réaliser la prise en charge individuelle de chaque résident dans le domaine qui est le sien. Il entretient des contacts

et des collaborations avec les institutions de santé mentale du territoire. Il apporte sa contribution au projet personnalisé du résident. Il participe aux réunions d'équipe. Le médecin psychiatre donne son avis sur le dossier MDPH du candidat.

**La psychologue** développe dans le foyer une action médicosociale couvrant trois dimensions :

Les rencontres avec les nouveaux résidents : La psychologue réalise l'entretien d'accueil du résident dans les semaines qui suivent son arrivée.

- un suivi thérapeutique individuel de résidents et /ou groupal par des activités à médiation,
- une contribution à l'analyse clinique de l'équipe pluridisciplinaire.

Elle encadre des étudiants en master de psychologie qui animent des activités thérapeutiques pour les résidents du FAM dans le cadre de leur stage. Elle participe aux réunions d'équipe et au travail préparatoire du projet personnalisé d'accompagnement.

**L'assistante sociale** pilote le processus d'admission en apportant une expertise sur les dossiers MDPH. Elle rend compte à la directrice de l'état de la liste d'attente des candidats postulants à une venue au FAM.

- Elle effectue le suivi des dossiers administratifs des résidents, les relations avec les organismes sociaux, avec les familles et les tuteurs. Elle articule les situations des résidents avec les dispositifs réglementaires et administratifs. Elle veille au renouvellement des droits des résidents.

Elle participe aux réunions d'équipe en fonction des situations des résidents.

- **La psychomotricienne** développe des bilans et des suivis thérapeutiques pour proposer une harmonie entre le corps et l'esprit. Elle vise à réduire ou atténuer les difficultés liées au handicap ou à l'âge. Elle traite les troubles des gestes, les problèmes de schéma corporel, de latérisation, d'orientation. Elle vise à apporter une aide aux résidents pour maîtriser les émotions et s'adapter à son environnement. Elle apporte sa contribution au projet personnalisé du résident et participe aux réunions d'équipe. Elle intervient auprès des résidents sur prescription médicale pour les bilans psychomoteurs.

La psychomotricienne anime un espace « détente », elle intervient aussi sur les aménagements des espaces de vie (chambre, espace de détente).

- **L'équipe médicosociale des unités** réunit des qualifications professionnelles différentes couvrant les besoins au quotidien des personnes accueillies depuis l'aide aux gestes quotidiens de l'autonomie jusqu'au projet personnalisé d'accompagnement en passant par le développement des activités. L'éducatrice spécialisée, les moniteurs éducateurs, les aides médicopsychologiques, les accompagnants éducatifs et sociaux assurent un soutien permanent et apportent au quotidien une aide qui offre à la personne accueillie une certaine autonomie dans la vie de tous les jours.

L'équipe médicosociale des unités assurent la continuité du service après du collectif de résidents et de chaque personne accompagnée. Elle est l'interlocutrice permanente et quotidienne de chaque résident. Elle organise et met en œuvre la vie de l'unité. Elle veille à l'accompagnement individualisé de chacun et à la sécurité des lieux. Elle organise, développe et met en œuvre les activités, le travail médicosocial, les relations avec les intervenants extérieurs médicaux et paramédicaux, les relations avec les familles, les tuteurs. Elle dispose d'une réunion hebdomadaire avec le chef de service. Elle propose et porte les projets d'unité. Elle assure la qualité du service médicosocial.

- **L'équipe soins des unités** est composée d'infirmières et d'aides-soignants. Elle assure auprès des résidents tous les soins du quotidien qui vont des toilettes à la prise des médicaments, de l'observance des régimes alimentaires aux aides techniques facilitant la vie de la personne. Elle est garante du projet de soins de chaque résident. Elle veille à la réalisation des rendez-vous médicaux, à la réception des ordonnances, à la cohérence des prescriptions au regard de la vie quotidienne de chaque résident. Elle aide chaque personne accueillie à une vigilance sur ses soins corporels, son hygiène et son alimentation. Les membres de l'équipe de soins apportent leurs contributions au projet personnalisé d'accompagnement.
- **Le moniteur d'atelier** assure le fonctionnement d'un atelier thérapeutique qui offre aux résidents le maintien de leur acquis et une certaine dextérité gestuelle en effectuant des travaux de manipulation d'objets commandés par un prestataire extérieur. Cette activité des résidents leur permet de bénéficier d'une contribution financière symbolique. Pour les résidents concernés, le moniteur d'atelier participe aux réunions d'équipe.  
Le moniteur d'atelier a une double fonction ; il recherche et trouve des marchés de travaux de conditionnement rémunérés auprès d'entreprises locales, il fait le lien avec l'entreprise. Il organise le travail avec les résidents en décomposant les gestes techniques afin qu'ils deviennent accessibles aux personnes accueillies.
- **Les veilleurs de nuit** sont mutualisés sur les deux établissements FAM et FV. Ils assurent la sécurité des personnes et des biens pendant toute la durée de la nuit. La veille de nuit est organisée autour de deux formules complémentaires : le veilleur effectue des rondes de nuit régulières sur tout le site du FV et du FAM, en interne, dans les unités et les locaux et en externe, sur les abords du bâtiment. Un veilleur étudiant complète le dispositif, il est mobilisé en cas de nécessité dans les unités pour seconder l'autre veilleur. Les veilleurs arrivent après le repas du soir et partent avant le petit déjeuner. Ils assurent la relève du soir et la transmission du matin. Une fois tous les deux mois, ils participent aux réunions des veilleurs avec l'encadrement. Ils participent aux réunions d'équipe en fonction des résidents.
- **L'équipe d'entretien, de maintenance et de lingerie** est placée sous l'autorité de la directrice adjointe. Elle apporte une contribution technique aux conditions de vie des résidents en veillant au bon fonctionnement des installations techniques et à la pertinence des services mis à disposition. Elle travaille à la mise en œuvre de la politique de sécurité (humaine et matérielle) de l'établissement.

### 7.3 La continuité du service.

- Le FAM fonctionne 365 jours par an et 24 heures sur 24. Le fonctionnement de l'établissement prévoit une présence des professionnels 24 heures sur 24.
- Les deux cadres de direction, les deux chefs de service (FAM et FV), en alternance, assurent une astreinte à domicile pour garantir une continuité de décisions qui couvre le fonctionnement du site regroupant le FAM et le FV.

### 7.4 Les réunions

- Le fonctionnement du FAM est organisé autour de réunions qui ont différentes fréquences et objet.

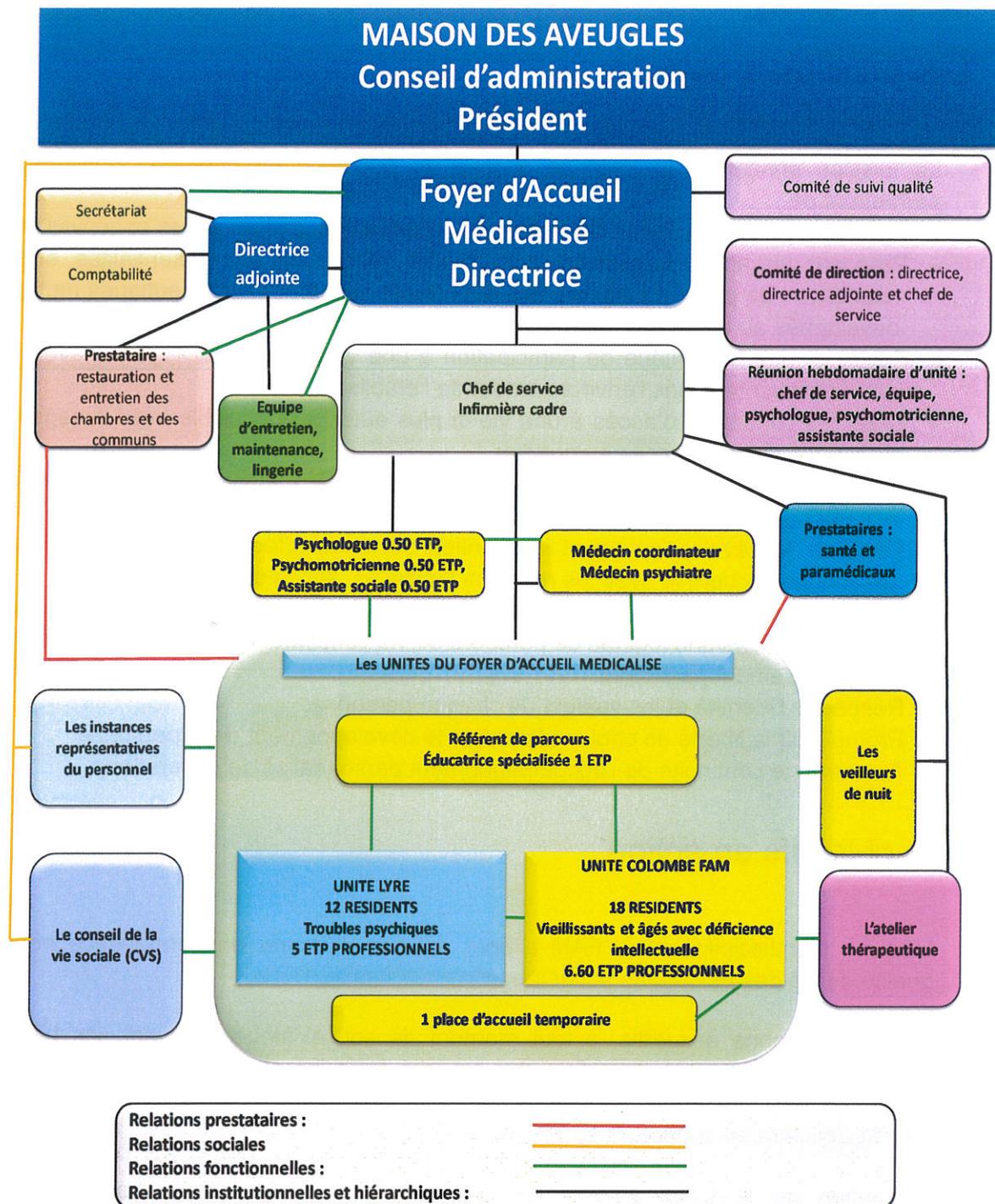
- La réunion du comité de direction ; la direction reçoit alternativement collectivement ou individuellement chaque semaine les trois membres de l'équipe de direction.
- L'équipe de direction rencontre une fois tous les deux mois l'équipe de veilleurs de nuit.
- Les réunions hebdomadaires d'unité sous l'autorité du chef de service dure deux heures. Cette réunion est le lieu central du fonctionnement de l'unité. Elle met en place la démarche qualité d'accompagnement de chaque résident et le fonctionnement du collectif de résident. Elle sont structurées autour de quatre temps :
  - L'échange d'information relatif au fonctionnement de l'unité (informations montantes et descendantes).
  - L'organisation du travail médico social de l'équipe, prévision hebdomadaire et programmation.
  - Les points d'étape pour les résidents qui en ont besoin et suivant les nécessités et le planning.
  - Les synthèses (45 minutes) de résidents, selon une programmation annuelle afin que chaque résident en bénéficie. Elles ouvrent sur la construction du projet personnalisé d'accompagnement (voir le paragraphe 8.10).
- Les réunions d'analyse de la pratique, une fois par mois pour les veilleurs de nuit et les professionnels de chaque unité. Elles sont conduites par des psychologues extérieurs à l'établissement.
- Une réunion mensuelle des services administratifs organisée par la directrice adjointe.
- Les réunions institutionnelles regroupant l'ensemble du personnel des deux établissements sur des sujets transversaux et au rythme d'une rencontre par semestre.
- Le groupe qualité développe un suivi régulier de la démarche d'amélioration continue de la qualité au sein chaque établissement. Il a aussi assuré une fonction de comité de pilotage du projet d'établissement.

Il réunit douze professionnels représentant tous les métiers et les secteurs d'activités des deux foyers et des unités. Les quatre cadres des deux foyers participent à cette instance qui se réunit tous les deux mois. Le groupe qualité est présidé par la directrice de l'établissement.

Il apparait donc dans l'organigramme de l'établissement.

## 7.5 L'organigramme du Foyer d'accueil médicalisé

- L'organigramme du FAM réunit les résidents, les professionnels, les différents intervenants qui oeuvrent directement ou indirectement au bien être de personnes accueillies. Il intègre aussi les instances incontournables de la vie de l'institution.



## 8. L'ACTION MÉDICOSOCIALE DU FOYER D'ACCUEIL MÉDICALISÉ.

### 8.1 Les principaux objectifs

- La mission principale du FAM se décline au quotidien en différents objectifs qui permettent de :
  - Favoriser, au sein du foyer, des relations sécurisantes, chaleureuses et conviviales.
  - Proposer un accompagnement individualisé répondant aux potentialités et aux aspirations de chacun à travers des activités et des temps thérapeutiques multiples développés au cours des journées.
  - Favoriser une dynamique de participation à une vie sociale et citoyenne avec des activités inscrites dans l'environnement de l'établissement.
  - Créer les conditions d'accès à une vie la plus autonome possible avec l'usage des transports comme l'accès au quartier.
  - Veiller à l'hygiène de vie et à la santé de la personne accueillie, dans le cadre d'un accompagnement global incluant une veille et des actions de prévention.
  - Favoriser le développement et le maintien de la vie affective et émotionnelle des personnes accueillies avec les relations familiales, amicales et de couple.
  - Veiller à la réalisation et à l'adaptation constante de la qualité de vie des personnes accueillies dans une logique de parcours de vie concourant à leur bien-être et à leur épanouissement personnel.
  - Respecter l'identité et les valeurs de chaque personne.
  - Promouvoir la liberté de choix et favoriser le développement de la personne
  - Assurer une continuité de l'accompagnement personnalisé de la personne.

### 8.2 Les objectifs en action

- L'équipe pluridisciplinaire du FAM a pour mission d'œuvrer en permanence pour la qualité de vie des personnes accueillies.
- Chaque personne accueillie, à tout moment de son existence, suivant ses besoins identifiés et/ou exprimés, bénéficie des moyens humains et techniques mobilisés par l'établissement. Le FAM développe un accompagnement porté par une équipe pluridisciplinaire au service de la personne.
- L'attention de tous les acteurs est particulièrement centrée sur les dimensions fondamentales de la vie que sont le bien-être au quotidien, la citoyenneté et l'épanouissement de la personne.
  - Une attention particulière est portée au bien-être de la personne accueillie : veiller à l'équilibre alimentaire de façon préventive et active, veiller à l'équilibre du sommeil, encourager une bonne hygiène de vie, veiller à la santé, veiller à l'équilibre psychoaffectif, veiller à ses participations à la vie de l'unité et aux activités, cultiver ses expressions.
- Chaque professionnel a pour mission, à travers une relation bienveillante et chaleureuse, d'accompagner le résident à :
  - S'approprier et construire des repères harmonieux pour tous les instants de sa vie quotidienne.

- D'exercer des activités (ludiques, sportives, culturelles ...).
- D'être sensibilisé à l'ensemble des notions de soin : médical, paramédical, esthétique, hygiène personnelle, prendre soin de soi.
- Développer une vie affective harmonieuse.
- S'épanouir à travers une relation sentimentale ou de couple selon son souhait.
- S'ouvrir au respect des croyances de chaque résident et de sa vie spirituelle.

### 8.3 Les outils réglementaires

- Le FAM dispose de tous les outils réglementaires prévus par les textes en vigueur : livret d'accueil, contrat de séjour, projet personnalisé d'accompagnement, règlement de fonctionnement, charte des droits et libertés, conseil de la vie sociale et la personne qualifiée<sup>13</sup> désignée conjointement par les autorités compétentes (Préfet, Directeur général de l'ARS et Président de la Métropole). Dans les faits (2019), cette personne qualifiée n'est pas désignée.
- L'institution informe le résident dans le cadre du contrat de séjour de la possibilité de désigner une personne de confiance<sup>14</sup>. Cette information est faite en fonction des compétences et des choix des résidents et en relation avec le mandataire judiciaire.

### 8.4 Les rythmes de vie, la journée des résidents

- Chaque unité du FAM a développé une organisation des journées qui sont séquencées en fonction des capacités des résidents. Ainsi on remarque des variations d'une unité à une autre<sup>15</sup>. Cependant, le projet d'établissement est porteur d'une vue synthétique.
- La journée type est adaptée aux besoins des personnes de l'unité. Un équilibre est recherché entre la vie en collectivité et le rythme individuel, mais aussi entre l'activité de participation (mettre le couvert, ranger sa chambre) et des activités de loisirs : sorties culturelles, sportives ou récréatives.

Un planning d'activité est réalisé dans chaque unité afin d'aider la personne à se repérer dans l'organisation des différentes actions collectives ou des temps personnels : rendez-vous médicaux, rendez-vous avec le tuteur, rencontre avec des proches. La participation aux activités est mise en œuvre sous la forme d'un « engagement » pris par la personne lors du projet personnalisé (voir chapitre suivant). Le rythme de vie de chacun est pris en considération. Un équilibre permanent est travaillé entre les actions de stimulations nécessaires au maintien des acquis et au développement et le respect du choix de certains usagers à vivre une vie plus paisible.

Pour autant, tout doit être mis en œuvre afin d'éviter le repli sur soi. La fatigue liée aux traitements et aux handicaps est également prise en considération et le planning de la semaine peut être aménagé et allégé pour certaines personnes.

Des temps d'écoute et d'expression sont réservés pour les résidents dans la semaine type.

<sup>13</sup> Au troisième trimestre 2019, la liste des personnes qualifiées prévue à l'article L. 311-5 du CASF n'est pas disponible sur le territoire de la Métropole. Voir ARS Auvergne Rhône Alpes « personne qualifiée, la personne référente pour le respect de vos droits » 4 pages.

<sup>14</sup> Article L.311-5-1 du CASF.

<sup>15</sup> On trouve le détail des rythmes de vie dans chaque projet d'unité.

Les activités proposées tiennent compte des jours de la semaine, des week-ends, des saisons, des vacances ;

L'année est ponctuée par des festivités internes ou externes.

- La journée type est une proposition de l'institution. Elle est adaptée et nuancée dans chaque unité. Le tableau ci-dessous donne ainsi les principaux repères

<b>JOURNÉE TYPE FAM UNITÉS</b>			
<b>Moments</b>	<b>Action</b>	<b>Professionnels</b>	<b>Séquence horaire</b>
<b>La relève</b>	Transmission	Veilleur de nuit et équipe éducative	7h00 à 7h15
<b>Lever</b>	Réveil	Equipe éducative <sup>16</sup> et infirmières	7h00 à 9h45
	Petit déjeuner		
	Distribution des médicaments		
	Rangement de la chambre Accompagnement hygiène		
<b>Les activités du matin</b>	Les activités du matin	Équipe éducative, infirmières et rendez-vous médicaux	9h00 à 12h00
	Les rendez-vous individuels		
	Travaux ludiques		
	Les activités individuelles ou de groupe		
<b>Le déjeuner</b>	Participation à la mise en place de la table	Équipe éducative et infirmières	11h00 à 13h30
	Distribution des médicaments		
	Repas		
	Participation au service		
<b>La relève</b>	Transmission	Equipe éducative du matin et de l'après-midi	13h40 à 14h00
<b>Les activités de l'après-midi</b>	Les activités de l'après-midi proposées	Équipe éducative, infirmières et rendez-vous médicaux	14h00 à 17h00
	Les rendez-vous		
	Les accompagnements individuels		
	Le temps collectif ludique		
	Collation		16h00
<b>Les temps de détente</b>	Collation	Équipe éducative, infirmières	17h00 à 19h00
	Temps individuel		
	Réunion des résidents une fois par semaine		
	Hygiène pour certains		
<b>Le dîner</b>	Participation à la mise en place de la table	Équipe éducative, infirmières	18h00 à 20h00
	Repas		
	Distribution des médicaments		
	Participation à la desserte		

<sup>16</sup> La notion d'équipe éducative employée ici est le terme générique qui réunit tous les professionnels concernés au niveau de l'unité comme de l'établissement.

<b>La soirée</b>	Activité de détente individuelle : télévision, jeux, musique	Équipe éducative	20h00 à 21h00
<b>Le coucher</b>	Retour en chambre	Équipe éducative et veilleurs de nuit	20h00 à 21h00
	Mise au lit, sommeil		
<b>La relève</b>	Transmission	Equipe éducative veilleurs de nuit	20h45 à 21h00
<b>La nuit</b>	Qualité du sommeil	Veilleurs de nuit	21h00 à 7h00
	Repos		

## 8.5 Les outils du FAM

- Au regard de l'expérience acquise des équipes des unités, le FAM fait le choix de développer un outil partagé qui permet de construire un langage commun, d'utiliser des registres d'observation et d'analyse qui ont du sens pour décrypter les compétences des résidents, pour identifier leur potentiel. L'institution fait ainsi le choix d'une démarche de réussite en mobilisant une connaissance dynamique pour le quotidien des résidents.
- Le choix retenu est le « Référentiel d'Observation des Compétences Sociales » (ROCS). Il se présente sous la forme suivante :

	Vie quotidienne	Vie Sociale	Compétences dans l'environnement	Rapport au corps et à la santé	Vie Affective
<b>CRITERES</b>	Contribution aux activités	Rapport à la règle sociale	Perception des risques du danger	Hygiène corporelle	Rapport à la vie familiale
	Développement d'une curiosité	Rapport au Réfèrent	Communication avec les personnes extérieures à l'établissement	Entretien, habillement	Affirmation de soi
	Prise de conscience de ses capacités et limites	Rapport aux résidents de l'unité	Maitrise le contexte de l'établissement	Rapport à l'alimentation	Diversité des relations affectives
	Motivation, attention et concentration	Rapport aux autres professionnels de l'établissement	Élargir son environnement	Schéma corporel	Expression des émotions
	Pouvoir d'agir	Développement relationnel	Maitrise son environnement	Rapport à la santé	Vie sexuelle

- Les équipes de professionnels des unités sont progressivement formées à l'utilisation de cet outil de diagnostic et d'analyse. Ce référentiel n'est pas exclusif. Il complète les observations empiriques effectuées par les divers intervenants auprès des résidents. Il s'articule à l'analyse clinique développée par l'équipe pluridisciplinaire.

## 8.6 Les référents

- Pour réaliser un suivi personnalisé des résidents présents, le FAM mobilise le personnel autour de deux axes de travail :
  - **Un référent de parcours** pour le FAM. Placé sous l'autorité hiérarchique du chef de service, il a pour mission de développer et organiser le suivi personnalisé de chaque résident au cours de l'année. Il couvre tout le périmètre de l'établissement. Il a la responsabilité de la tenue du dossier du résident (informatique et papier), et de la

réalisation du PPA avec le chef de service et le référent résident. Il prend l'attache de l'infirmière pour toutes les questions de santé du résident.

- **Le référent de résident** est un professionnel désigné par le chef de service pour accompagner le résident dans son parcours de vie au sein de l'institution. Il assure auprès des autres professionnels une mission de collecte d'information, de recensement des questionnements, de veille pour la mise en œuvre des engagements (rendez-vous, activités, rencontres extérieures) à propos du résident dont il a la charge. Il tient à jour la chronologie des événements relatifs au résident. Il prépare le rapport d'évolution annuel. Il participe avec le chef de service et le référent parcours à la co construction du PPA avec le résident.

## 8.7 Le projet personnalisé d'accompagnement

- Le projet personnalisé d'accompagnement (PPA) du résident est inscrit dans un continuum qui se déploie dès son admission et il fonctionne jusqu'à son départ du FAM.
- Le travail médicosocial personnalisé ponctue le quotidien de chaque résident de rendez-vous incontournables. Il réunit l'institution, l'équipe pluridisciplinaire et le résident dans un dialogue organisant les actes d'accompagnement avec et pour le résident.
- Le schéma suivant résume la pratique du PPA

### FOCUS SUR LE PROJET PERSONNALISÉ D'ACCOMPAGNEMENT (PPA) AU FAM



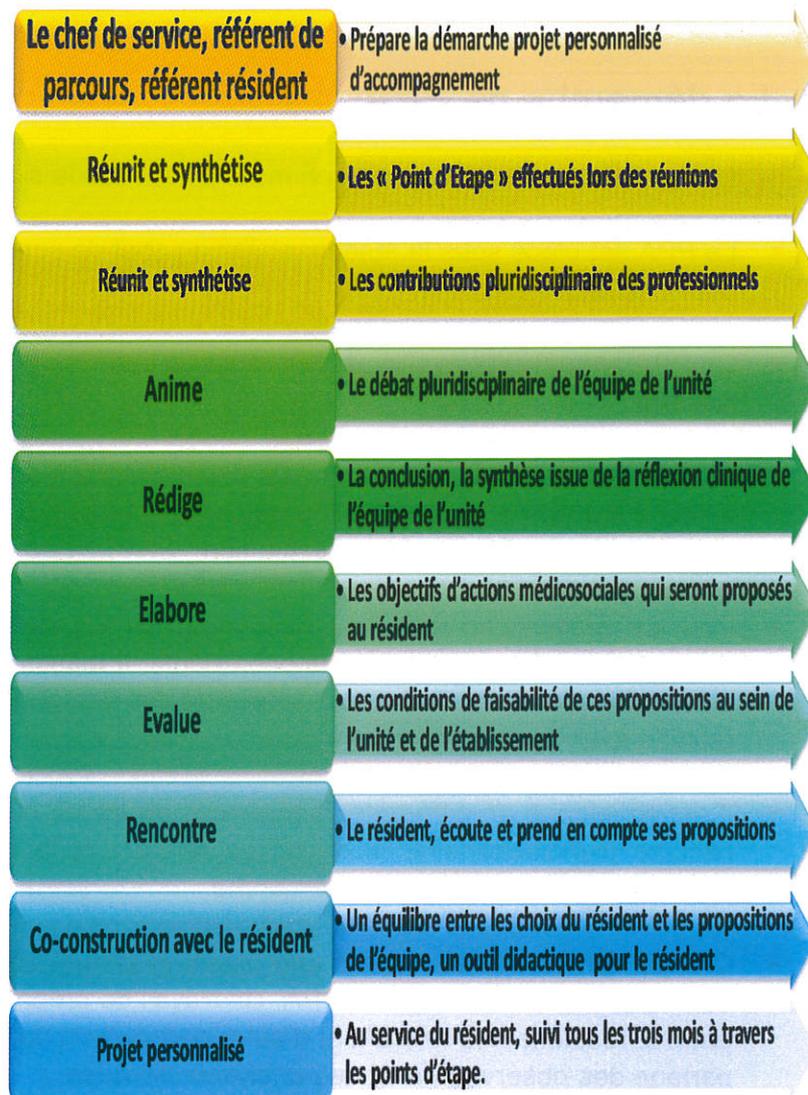
- Le PPA est une démarche souple qui évolue dans le temps en fonction des besoins du résident. Elle s'adapte.
- Le PPA est un outil de suivi personnalisé du résident. C'est le projet du résident. Il est concret, opérationnel et précis. Il définit des objectifs qui s'inscrivent dans le quotidien du résident. Il a du sens pour le résident.
- Le PPA mobilise la participation de tous les acteurs concernés (professionnels : tous les métiers) pour croiser les points de vue et ainsi proposer un accompagnement adapté.

- Le PPA demande une information préalable et adaptée au résident. Il recherche des formes de communications variées et adaptées. Il propose la participation du résident à tous les moments de co-construction du PPA en respectant les choix du résident, son rythme de vie, ses besoins.

## 8.8 La démarche de PPA

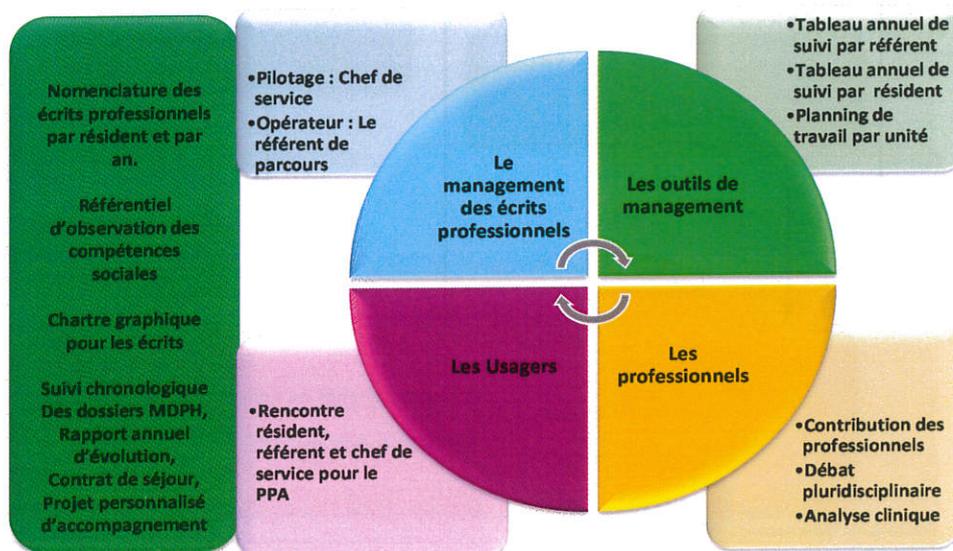
- La démarche de PPA est mise en mouvement dès la signature du contrat de séjour.
- Le PPA est placé sous la responsabilité du chef de service qui organise chaque année, pour chaque résident, un PPA.
- Ce PPA annuel est travaillé en permanence avec le résident dans un dialogue résident-référent.
- Le PPA pour les nouveaux résidents est inscrit dans suite de la signature du contrat de séjour d'une part et d'autre part du rapport d'observation qui signe les trois premiers mois de présence du résident dans l'institution.
- Pour les résidents anciens dans l'institution, le PPA s'inscrit dans la continuité du rapport d'évolution et des points d'étape précédents. Il rassemble alors le travail médicosocial de l'équipe pluridisciplinaire et l'expression des demandes et des besoins du résident en relation avec ses compétences.
- Il est développé en différentes séquences de travail qui allie le travail médicosocial de l'équipe pluridisciplinaire, le travail du référent et le pilotage du chef de service. Le schéma suivant résume cette démarche.
- Chaque année, l'unité organise un planning annuel des PPA à réaliser. Les résidents sont informés de leur date de PPA. Un travail de préparation peut s'effectuer d'une part entre le résident et le référent et d'autre part au sein de l'équipe pluridisciplinaire avec le partage des observations et des analyses cliniques.

## FOCUS SUR LE PROJET PERSONNALISÉ D'ACCOMPAGNEMENT : LES SÉQUENCES



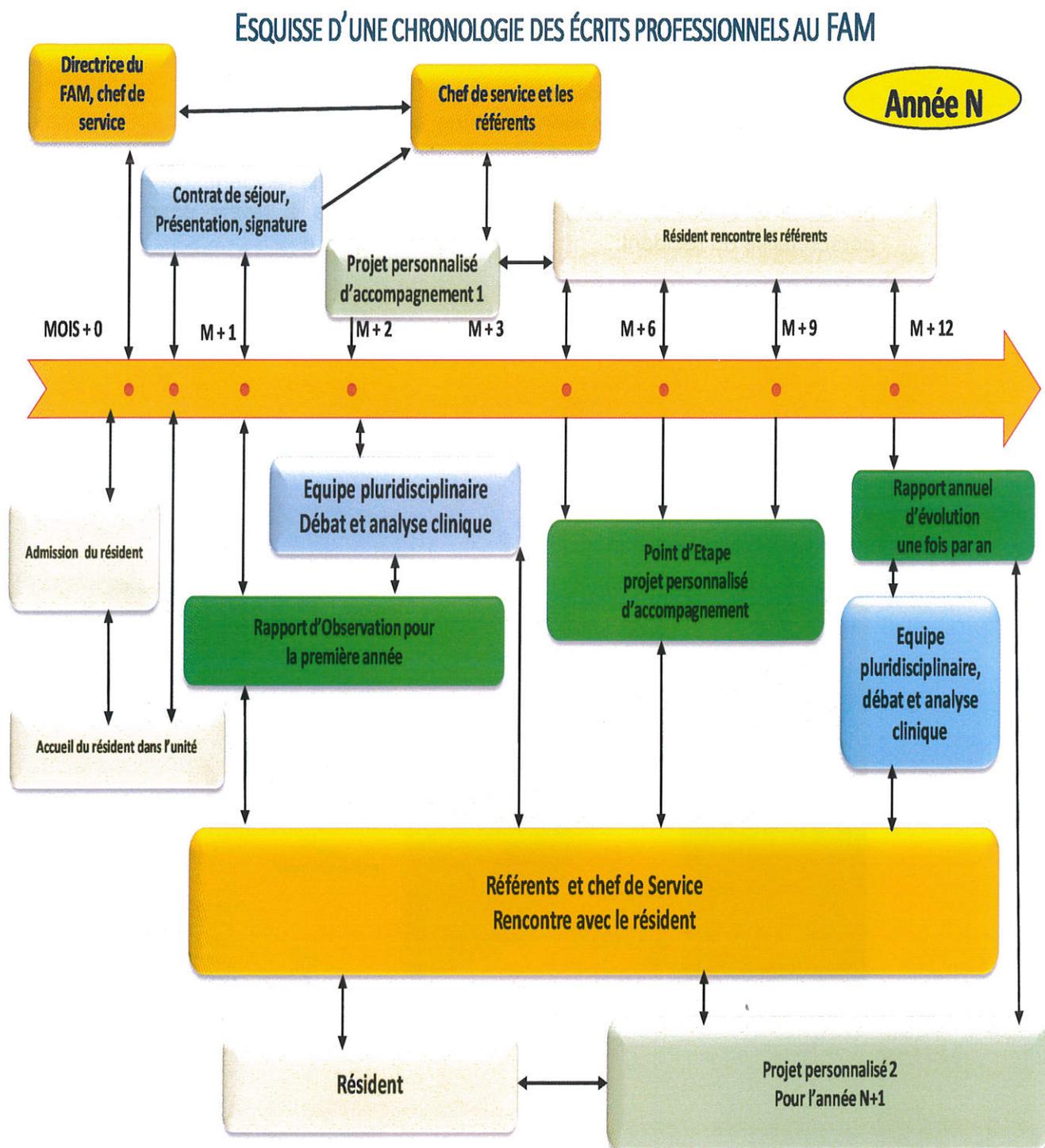
## 8.9 Le management des projets personnalisé d'accompagnement au FAM

- Le développement de projet personnalisé d'accompagnement demande la mise en place d'une méthode partagée mobilisant à différents moments les résidents et les professionnels dans un planning de travail annuel des engagements du FAM. Il est piloté par le chef de service.
- L'organisation des projets personnalisés d'accompagnement nécessite une organisation du travail médicosocial qui prend en compte diverses modalités de fonctionnement de l'institution :
  - Identifier les outils à mobiliser,
  - Organiser le travail : prévision, planning, temps dédié.
  - Réaliser : rencontres et production de documents.
  - Décider : trouver la formule la plus pertinente avec le résident.
- Le schéma ci-dessous rend compte des éléments à réunir pour réussir le suivi personnalisé du résident.



## 8.10 Les écrits professionnels et la gestion des temps.

- Les écrits professionnels de l'accompagnement personnalisé au FAM structurent la gestion des temps institutionnels et des temps de vie des résidents.



- **Points de repère :**
  - **Le contrat de séjour** est signé par la directrice du FAM qui reçoit le résident à son arrivée et en présence d'un professionnel de l'unité (chef de service ou référent).
  - **Faire connaissance avec le résident** occupe les deux mois suivants.
  - **Au cours des deux mois**, deux actions sont programmées, elles sont pilotées par le chef de service.
    - D'une part, établir un **rapport d'observation** permettant de cerner la personnalité de la personne accueillie et comprendre son parcours de vie, et d'identifier ses potentialités et ses choix.
    - D'autre part, préparer la réflexion sur les **propositions pour la PPA** du résident ; elles sont alimentées par le croisement des regards des professionnels et l'analyse clinique de la personne accueillie.
  - **Au terme des deux mois**, co construction du PPA avec le résident. Le chef de service, le référent de parcours rencontre le résident pour élaborer le PPA qui est un avenant du contrat de séjour.
  - **Le PPA est le projet du résident au FAM.** Il croise les propositions de la personne accueillie et celles issues du débat pluridisciplinaire et portées par le référent. Le chef de service apporte la garantie de faisabilité par l'institution. Chaque année, chaque résident bénéficie d'un PPA, avenant au contrat de séjour.
  - **Tous les trois mois (ou tous les six mois) dans le cadre des réunions hebdomadaires d'équipe**, il est établi un **point d'étape** qui vérifie le bon déroulement du PPA.  
Ces points d'étape attestent de la traçabilité du travail médicosocial d'accompagnement personnalisé.
  - **Chaque année, chaque résident bénéficie d'un rapport d'évolution.** Ce document témoigne du travail médicosocial personnalisé effectué avec ce résident.
  - **Ainsi chaque année, chaque résident** bénéficie d'un rapport d'évolution (ou synthèse), d'un PPA et de plusieurs points d'étape suivant les nécessités.  
**Ces documents confirment** le travail médicosocial d'accompagnement personnalisé réalisé avec les résidents et les professionnels du FAM.

## 8.11 Le dossier de l'utilisateur<sup>17</sup>

- Au sein du FAM le dossier unique de l'utilisateur est informatisé. Il est structuré suivant les dispositions réglementaires (voir note 19 en bas de page) et la jurisprudence donnée par le Défenseur des droits.
- La partie administrative du dossier est tenue à jour par l'assistante sociale et le secrétariat sous la responsabilité de la directrice adjointe, les informations relatives au quotidien sont renseignées dans l'unité, sous la responsabilité du chef de service.
- Le résident dispose d'un dossier médical informatisé placé sous la responsabilité de l'infirmière cadre, et des infirmières d'unité. Ce dossier appartient au résident (voir position du Défenseur des droits 2014, cité en annexe).
- Le résident, dès son admission, est informé de l'existence de son dossier. Dans le cadre de la réglementation en vigueur, il peut consulter son dossier suivant une procédure définie dans le règlement de fonctionnement.

<sup>17</sup> Le guide pour les établissements sociaux et médicosociaux : le dossier de la personne accueillie ou accompagnée, recommandations aux professionnels pour améliorer la qualité, DGAS-62 pages, 2007.

- Au départ du résident, son dossier est archivé au sein de l'institution. Le résident peut emporter son dossier médical s'il le souhaite. L'établissement conserve une copie de son dossier médical.
- L'organisation, la gestion et le partage des informations relatives au dossier du résident sont soumis aux dispositions de secret professionnel et de confidentialité. Tous les professionnels sont soumis à cette exigence.

#### **Eléments du dossier de l'usager<sup>18</sup>.**

Le dossier usager est un outil nécessaire à la conception, la conduite et l'évaluation des actions (activités et prestations) mené par un établissement du social ou médico-social dans l'intérêt de la personne accueillie. Il recueille toutes les données et écrits professionnels utiles pour rendre compte de la situation et de la problématique d'un usager afin de faciliter la compréhension, l'émergence d'un diagnostic, la conception de propositions et de plans d'action, et leur évaluation.

On distingue généralement : une grille de lecture - L'information est-elle au service du projet personnalisé de la personne accueillie ou accompagnée ? - Est-elle profitable à la personne ? Respecte-t-elle son intérêt, ses droits ? - Cette information est-elle précieuse ? A-t-elle du sens ? Est-elle nécessaire aux professionnels ? A tous ? A certains ?

Le dossier est composé d'un aspect administratif et d'un aspect technique : les contrats et documents constitués lors de l'admission (le contrat de séjour, le document individuel de prise en charge, la fiche de renseignements, l'ordonnance du juge des tutelles, les relevés de décisions d'orientation, l'autorisation écrite de parents ou détenteurs de l'autorité de protection, les courriers administratifs, les documents spécifiques, les comptes rendus et synthèses des réunions, le projet personnalisé, les évaluations, les courriers échangés avec l'usager et les familles, les autorités, etc. »

## 8.12 Les partenariats

- Le fonctionnement du FAM mobilise en permanence des ressources partenariales.
  - Une coopération régulière et fréquente entre les associations créées par le Père Côté, Maison des aveugles et l'ADAS (Accueil et développement des aveugles sur handicapés) qui partagent des valeurs et des ambitions communes. Certains administrateurs siègent dans les deux conseils d'administration.
  - Un partenariat est organisé avec les soignants (professionnels libéraux et structures de santé) qui interviennent fréquemment dans le quotidien des résidents.
  - Un partenariat est développé pour le fonctionnement des activités proposées aux résidents. Il se déploie de deux manières, d'une part des intervenants extérieurs viennent dans le foyer, d'autre part, les résidents sont accompagnés dans des lieux ou activités à l'extérieur.
  - Des partenariats institutionnels et territoriaux sont mis en œuvre pour situer la place du foyer dans le secteur médicosocial de la Métropole et du département du Rhône.
  - Ces partenariats aux multiples facettes sont déployés aux divers niveaux de l'institution, des administrateurs aux salariés développeurs d'activités en passant par les professionnels paramédicaux.
  - L'ensemble des partenariats est piloté par la directrice de l'institution.

<sup>18</sup> Source : document de travail URIOPSS, 2012.

## 9. LES TROIS PROJETS DU FAM

- Le FAM développe dans son projet d'établissement trois projets d'action qui structurent et organisent la vie de l'institution et des résidents. Ils témoignent de la volonté de la structure de développer une démarche de qualité sur ces trois aspects.  
C'est le **projet hôtelier**, le **projet de soins**, le **projet d'activité**.

### 9.1 Le projet hôtellerie

- Le FAM développe un projet hôtellerie illustré par deux formules : l'une en interne, l'autre en externe.  
Ce projet est piloté par la directrice adjointe par délégation de la directrice du FAM.
- Les objectifs de ce projet sont :
  - Proposer des prestations hôtelières de qualité contribuant au bien-être des résidents.
  - Proposer des repas de qualité en harmonie avec l'état de santé des résidents, leurs besoins et leurs souhaits.
  - Apporter des entretiens et des conditions d'hygiène des locaux et des chambres tout en respectant l'intimité des lieux de vie des résidents.
  - Mettre en œuvre la participation des résidents et des équipes dans le projet hôtelier en recueillant les avis et propositions des personnes accompagnées.
  - Développer le projet dans un cadre économique et technique respectant les enjeux du développement durable et une gestion écologique des déchets.
- Les deux formules du projet hôtelier du FAM.  
La formule **interne** organisée par le FAM et supervisée par la maitresse de maison. Cette action couvre les aspects suivants :
  - L'entretien du linge personnel des résidents est effectué par la lingère,
  - La veille et l'entretien des habits des résidents et leur bonne utilisation en fonction des saisons sont réalisés par la lingère et les éducateurs.
  - L'entretien du petit linge de la collectivité est fait par la lingère.
  - Le linge plat, les literies et autres gros linges sont traités sur l'extérieur.
  - Les petites réparations et les entretiens ordinaires dans les chambres et les locaux collectifs sont assurés par l'équipe d'entretien.
- La formule **externe** est mise en œuvre dans le cadre d'un contrat de marché de prestations de service sur la base d'un cahier des charges résumant les demandes du FAM.  
Elle est confiée à un prestataire de service qui a la responsabilité de la restauration et du ménage des locaux.
  - La restauration avec confection et la distribution de trois repas et une à deux collations par jour sont assurées par le personnel du prestataire et les éducateurs.
  - Les repas avec un équilibre diététique des produits sont adaptés aux besoins et aux goûts des résidents.
  - La prise des repas s'effectue en collectif dans l'unité avec les éducateurs présents ou dans le réfectoire suivant les choix des équipes et des résidents.
  - La restauration intègre les événements (anniversaire, rencontre de famille, fêtes) en proposant des repas qui sortent de l'ordinaire afin de marquer le moment.
- La formule **externe** avec le prestataire a aussi la responsabilité de l'entretien des locaux.

- L'entretien des locaux collectifs, des bureaux, des espaces de mobilité et les sanitaires de l'établissement œuvre à la propreté des lieux (hygiène) et au renouvellement des consommables d'hygiène.
  - L'entretien des chambres des résidents est effectué par le personnel du prestataire. Il est coordonné par les éducateurs de l'unité afin d'adapter cette intervention à la situation du résident. Cette action fait l'objet d'une attention particulière, car elle se déploie dans l'espace d'intimité du résident. Le respect de la disposition des objets, des équipements personnels demande une précaution d'intervention respectant le cadre de vie de la personne.
  - L'entretien des espaces collectifs de vie de l'unité touche le cadre de quotidien du groupe de résidents. Cette action requiert une attention, car à aucun moment de la journée les locaux des unités ne sont désertés par tous les résidents. Ainsi pour les locaux collectifs des unités comme pour les chambres, le travail de ménage se fait avec des présences de résidents et des professionnels de l'équipe.
- Une évaluation de la qualité des prestations de ménage est effectuée par la directrice adjointe tous les deux mois environ. Les équipes éducatives comme les résidents font remonter les éventuelles difficultés qui sont traitées entre la directrice adjointe et le prestataire.

## 9.2 Le projet de soins

- Le FAM développe un projet de soins pour les personnes accueillies. Il est placé sous l'autorité du chef de service, infirmière cadre. Le vieillissement des résidents, la variété des handicaps et leur évolution dans le temps créent une situation dans laquelle les soins et les problèmes de santé ont un impact important sur la qualité de vie des résidents et leur autonomie.
- Le FAM mobilise une équipe de soignants coordonnée par l'infirmière cadre, en tant que chef de service : médecin coordonnateur, médecin psychiatre, infirmières, aides-soignants, psychomotricienne, psychologue. Elle met en œuvre le projet de soins de l'institution en validant les projets de soins de chaque résident depuis l'hygiène de vie jusqu'à l'observance des traitements en passant par les actions de prévention santé et dépendance.
- Le projet de soins organise et coordonne les interventions des prestataires paramédicaux dans le cadre de conventions rassemblant les besoins des résidents et les attentes du FAM. Ces conventions s'inscrivent dans une démarche de coopération et de partage d'information respectant l'intimité des personnes accueillies. Elles définissent pour chaque praticien les conditions de son intervention en phase avec les besoins des résidents et dans le dispositif de fonctionnement de l'unité concernée et du FAM.
- L'infirmière-cadre et le médecin ont des missions complémentaires d'information, de veille et de vigilance sur la santé de chaque résident. Ils ont une mission de coordination pour tous les soins dont ont besoin les résidents. Les professionnels soignants interviennent auprès de chaque résident en fonction des prescriptions médicales émises par les médecins traitants.

- Le chef de service et les infirmières régulent les informations relatives aux soins et à la santé de chaque résident. Elles sont destinataires des informations de santé émises par les médecins traitants et les paramédicaux intervenants.
  - Le chef de service et les infirmières organisent les rendez-vous médicaux en coopérant avec les éducateurs de l'unité. Ils veillent à leur réalisation.
  - Les infirmières ont la responsabilité de la tenue du dossier médical de chaque résident et du partage de l'information dans le cadre des règles de confidentialité.
- Le projet de soins couvre les points suivants :
    - Le circuit du médicament de la réception de l'ordonnance à la prise du médicament par le résident.
    - La formation et la supervision des professionnels éducatifs pour assurer la distribution et la traçabilité des prises de médicaments en toute sécurité.
    - L'organisation et la sécurité du stockage des médicaments, leur individualisation en fonction des ordonnances.
    - La coordination des interventions des praticiens libéraux (orthophoniste, kinésithérapeutes, infirmières libérales, podologue) dans le cadre des conventions établies. En particulier, elle veille à la répartition dans le temps des interventions des praticiens auprès des résidents et en fonction de l'emploi du temps de chaque personne accueillie. La coordination des temps de rendez-vous s'effectue avec les éducateurs de l'unité.
    - Le chef de service examine avec le médecin coordonnateur les hospitalisations de résident. En son absence, cette décision relève du chef de service.
  - La régulation du projet soins dans l'unité est réalisée lors de la réunion d'équipe hebdomadaire sous l'autorité du chef de service.
  - Le médecin coordonnateur et le médecin psychiatre travaillent en lien étroit avec la cadre infirmière. Ils effectuent les suivis sur dossiers des résidents, rencontrent parfois quelques résidents en fonction des temps disponibles et veillent à la cohérence des traitements en fonction de l'état de santé du résident. Ils entretiennent des relations professionnelles avec les médecins traitants et les institutions de santé fréquentées par les résidents.
  - Un état du fonctionnement du projet de soins du FAM est présent chaque année dans le rapport d'activité de l'établissement.

### 9.3 Le projet d'activités

- Les activités occupent une grande partie des temps de vie des résidents et du travail médicosocial des professionnels au FAM. Chaque professionnel est impliqué d'une manière ou d'une autre dans les activités développées par le FAM.
- Les activités déployées dans l'institution ont une vocation « thérapeutique » au sens de prendre soin de soi et des autres, le « care »<sup>19</sup>. Cela signifie qu'elles apportent :
  - Un maintien et un développement des acquis des personnes accueillies,
  - Un développement de leur potentiel et de leur compétence sociale,
  - Une ouverture sur la cité et le monde,
  - Un souci de soi et de sa santé,

---

<sup>19</sup> Voir les définitions proposées pages 9 et 10, notes en bas de page.

- Un appui au maintien et au développement de leur autonomie,
  - Une démarche favorisant les sociabilités et les participations en interne comme externe.
- Le projet activités est renouvelé chaque année. Il est travaillé de manière transversale avec celui du foyer de vie dans le cadre du forum des activités, qui recense et organise les propositions pour l'année à venir. Il diffuse ainsi les divers projets d'activités auprès des résidents qui choisissent ce qui leur convient. Il propose des activités réunissant les résidents de différentes manières et à des moments variés, en interne comme en externe.
- Les moniteurs éducateurs du FAM mettent en œuvre le projet d'activités sous l'autorité de l'infirmière cadre.

- Le projet activités réunit de nombreuses modalités. Par exemple, en 2019 :
- Des activités de la semaine organisées par des éducateurs du FAM: « bonjour la semaine », gymnastique d'entretien, atelier bijoux, sport pour les résidents, écoute musicale, randonnée, espace relaxation, bassin thérapeutique, showdown<sup>20</sup>.
  - Des activités de la semaine de vacances organisées par des éducateurs du FAM : projection film, sortie à la neige (en hiver), achat au marché et repas, visite de Lyon en City Tram, jeu de bois, sortie cinéma, restaurant, danse.
  - Des activités extérieures pour des résidents souvent à l'initiative des résidents et/ou des partenaires du FAM : lethé musical, théâtre à la MJC Jean Jaurès, formation informatique à la FIDEV<sup>21</sup>, cuisine au AVH<sup>22</sup>, rencontre les lycéens des Maristes, sorties culturelles, culture pour tous, handistraction, handisport, handiclub, Olympique Lyonnais, Centre équestre, tir à l'arc.
  - Escal, l'atelier organisé par le moniteur d'atelier commun au FAM et au FV propose des actions techniques. Il offre ainsi des possibilités de maintien et de développement des acquis des résidents (dextérité, concentration, minutie...).
  - Des projets culturels annuels ou pluriannuels font appel à toutes les potentialités du FV et du FAM : de 2016 à 2019, « La carte sonore de trace en trace<sup>23</sup>. » avec déambulation physique et numérique dans l'institution qui a d'ailleurs remporté le trophée innovation décerné par la FEHAP. En 2020, la chorale de Saint Raphaël réunit les résidents et se produit en public avec l'appui des chantiers musicaux<sup>24</sup>.
  - Des activités thérapeutiques développées dans l'institution par une psychologue, une infirmière, des stagiaires psychologues : groupe de médiation lecture, atelier audiovisuel, groupe de relaxation, groupe à médiation terre avec l'infirmière, les stagiaires psychologues organisent des jeux de société et un atelier autour de l'entretien de la mémoire.
  - Des activités sont aussi propres à chaque unité: sortie restaurant, atelier cuisine, anniversaire des résidents.
  - Tous les soirs, les veilleurs de nuit proposent une pause thé ou tisane (voir journée type).

<sup>20</sup> « Le **showdown** est un sport à destination des personnes aveugles et malvoyantes alliant en quelque sorte le air hockey et le tennis de table<sup>1</sup>. Il connaît un développement rapide dans les années 2010 ceci à travers le monde. Les personnes voyantes pratiquent également ce sport ; ils ne sont toutefois pas autorisés à participer aux tournois officiels organisés par la fédération internationale des sports pour aveugles (IBSA)<sup>3</sup>. Son intégration au programme des Jeux paralympiques est régulièrement évoquée ». Source : encyclopédie Wikipédia, 2019.

<sup>21</sup> Formation Insertion et Réadaptation pour Déficiants visuels

<sup>22</sup> Association Valentine Haüy

<sup>23</sup> Le site « La Carte sonore » : <https://www.mda-lacartesonore.com/projet/>

<sup>24</sup> Chantiers musicaux : [leschantiersmusicaux.webly.com](http://leschantiersmusicaux.webly.com)

- Des fêtes organisées avec les résidents, les professionnels et les proches : mardi - gras, la fête de la saint Raphaël, les guinguettes d'été, Noël et le réveillon de la Saint Sylvestre.
- Les activités sous différents formats proposent une organisation des temps de vie des résidents et structurent le fonctionnement des unités et de l'établissement. La plupart des activités sont inter-unités et inter-établissements. Ainsi les résidents partagent des moments avec les résidents du FV.
- La régulation des activités est développée autour de trois dimensions :
  - Le forum des activités assure la coordination et le développement des activités.
  - La réunion hebdomadaire d'équipe, la réunion du comité de direction veillent à l'organisation et au développement des activités en fonction des besoins et des compétences des résidents. En particulier, une attention est portée aux résidents qui restent à l'écart.
  - Le projet personnalisé d'accompagnement du résident offre un appui pour aider la personne dans ses démarches d'autonomie, d'affirmation de soi, de bien-être.

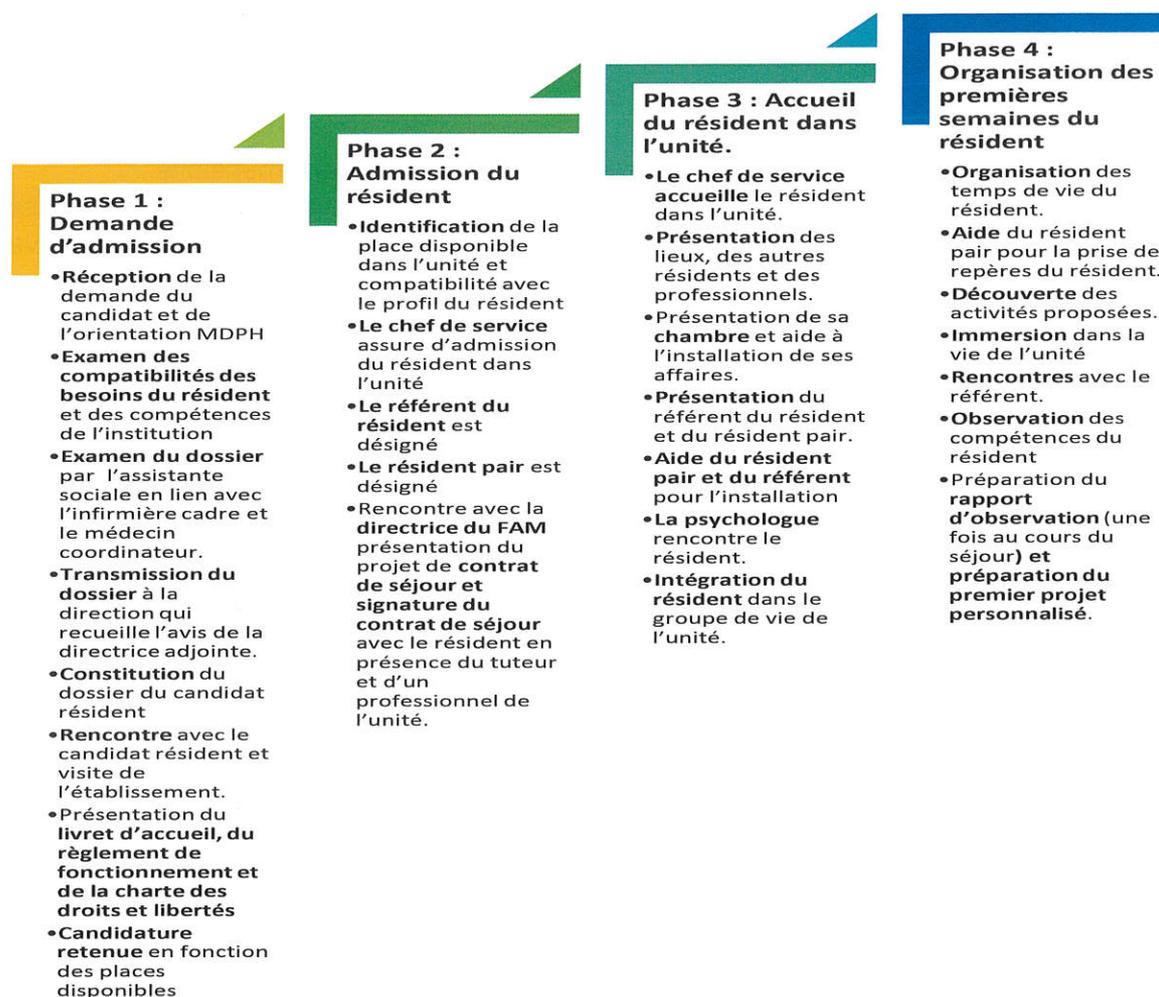
## 10. LES PRINCIPALES PROCEDURES

- Le projet du FAM est organisé et déployé autour de trois procédures qui organisent le parcours du résident au sein de l'institution :
  - La procédure d'admission et d'accueil,
  - La procédure d'accompagnement personnalisé,
  - La procédure de sortie de l'établissement.

### 10.1 La procédure d'admission et d'accueil du résident au FAM

- Le schéma suivant résume les moments significatifs de la procédure d'admission et d'accueil d'un résident.

## SCHÉMA SYNTHÉTIQUE DE LA DÉMARCHE D'ADMISSION AU FAM



### ■ Les points de repère

- La phase 1 est pilotée par l'assistante sociale. Elle s'appuie sur l'expertise du médecin coordonnateur. Le secrétariat assure le suivi administratif de l'admission et du dossier.
- La phase 2 est pilotée par la directrice du FAM avec l'appui du chef de service, le référent du résident est désigné ; un référent pair (un résident) est désigné et accompagne le résident nouveau dans la découverte de l'unité et du FAM.
- La phase 3 est pilotée et organisée par le chef de service avec les ressources de l'unité concernée : les autres résidents et l'équipe professionnelle de l'unité.
- La phase 4 est pilotée par le chef de service et mobilise les ressources de l'unité.

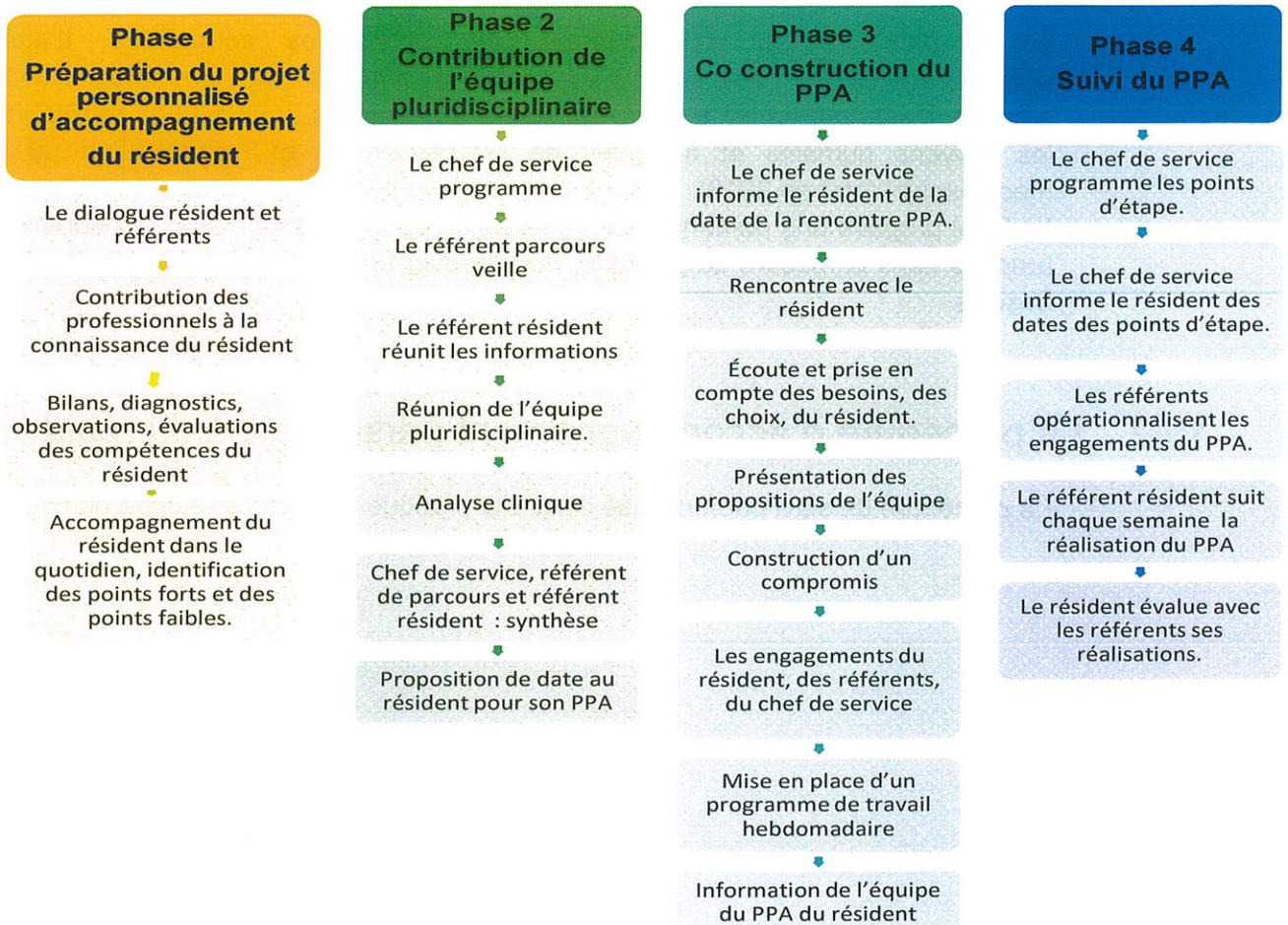
- Les critères d'admission au FAM sont dépendants de l'autorisation donnée à l'établissement par les autorités compétentes et des moyens humains et matériels attribués à l'institution.

- **Les situations de forte dépendance**, absence d'autonomie définitive et permanente dans les actes essentiels du quotidien : mobilité dans les déplacements, prise de repas, incapacité à réaliser sa toilette, à s'habiller. Cette absence d'un minimum d'autonomie n'est pas compatible avec les compétences et les moyens humains du FAM.
  
- **Le handicap et le vieillissement des personnes accueillies.** L'altération progressivement les capacités d'autonomie des résidents place la personne dans une situation d'aide permanente pour répondre à ses besoins qui n'est pas réalisable avec les moyens humains et matériels de l'établissement et l'organisation du travail médicosocial (état en 2019).  
Le FAM propose une demande de réorientation en concertation avec le résident et ses proches dans la mesure du possible, pour trouver un autre lieu d'accueil adapté à ses besoins.

## 10.2 La procédure d'accompagnement personnalisé du résident

- La procédure de suivi personnalisé illustre la pratique du PPA développé au FAM.

## SCHÉMA D'ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISÉ DU RÉSIDENT



## 10.3 La procédure de sortie du FAM

- La procédure de sortie du FAM illustre à la fois les compétences de l'établissement et ses limites. Elle mobilise des ressources pour faire de ce départ un appui pour une nouvelle qualité de vie.

### SCHÉMA SYNTHÉTIQUE DÉMARCHE D'ORIENTATION ET DE DÉPART DU RÉSIDENT

#### Phase 1 : Préparer de l'orientation du résident

- Étude des possibles et recherche d'une qualité de vie pour le résident.
- Étude de la faisabilité et des délais en accord avec le résident.
- Information et concertation avec les proches et le résident
- Choix et décision du résident et de ses proches

#### Phase 2 : Organisation du départ du résident

- Choix de la date de l'accueil dans un nouveau lieu
- Accompagnement du résident, visite, explication et soutien.
- Fête de départ au sein de l'unité, invitation des personnes de son choix extérieures à l'unité, remise de cadeaux, transmission des documents, de photos.

#### Phase 3 : Le départ du résident

- Faire ses bagages, son déménagement.
- Échanger des objets, des souvenirs
- Accompagner le résident dans son nouveau lieu de vie.
- Aider le résident à prendre connaissance du lieu de vie, faire connaissance avec les personnes et assurer la transition.

#### Phase 4 : Garder le contact avec le résident

- Donner les coordonnées de l'unité, du chef de service;
- Prendre régulièrement des nouvelles du résident (rendez-vous téléphonique à organiser).
- Donner des nouvelles du résident à ses compagnons de l'unité (à organiser).

## 11. LA SÉCURITÉ DES PERSONNES ET DES BIENS

- La sécurité des personnes et des biens est déclinée au FAM autour de trois dimensions :
  - La procédure de traitement des événements indésirables qui fonctionne dans le cadre des dispositions réglementaires.
  - Le document unique d'évaluation des risques professionnels décliné sur les unités et dans les divers services de l'institution.
  - Les dispositifs de prévention et de formation aux risques d'incendie.
  - Des dispositifs d'établissement recevant du public en particulier pour des personnes déficientes visuelles avec des handicaps associés.

## 12. LES AXES D'AMÉLIORATION DU PROJET DU FAM

- La validation du projet d'établissement par le Conseil d'administration ouvre la voie à la mise en œuvre des axes d'amélioration. Ils complètent et précisent les options, les choix et les méthodes actés dans le projet d'établissement. Ils contextualisent les orientations institutionnelles pour le FAM.  
Ces axes d'amélioration répondent aux préoccupations de l'institution et sont organisées en priorité d'actions.  
Elles s'inscrivent dans un programme de travail réalisable au cours des cinq années de durée de validité du projet d'établissement. Les dates mentionnées correspondent aux objectifs de réalisation.
- La mise en œuvre du projet d'établissement s'effectue dans un contexte réglementaire, administratif et financier qui est contraint.

### 12.1 Action prioritaire 1 : passer d'un établissement diffus à deux établissements médicosociaux distincts (2019-2020).

Cette première priorité est centrale dans la mise en œuvre du projet d'établissement. Elle organise un changement de référence institutionnelle pour tous les acteurs : résidents, familles, professionnels, partenaires.

- Jusqu'en 2018, l'établissement Villa Saint Raphaël fonctionnait en un seul établissement sans tenir compte de manière fonctionnelle des autorisations attribuées par les autorités compétentes.
- En 2019, le choix est fait dans le cadre du projet d'établissement d'identifier et de faire fonctionner deux établissements sur un même site et dans les mêmes bâtiments : un Foyer de vie et un Foyer d'accueil médicalisé dans le respect des autorisations données.
- Cela signifie :
  - Définir un organigramme pour chaque établissement, (fin 2019).
  - Identifier et configurer les équipes médicosociales attribuées à chaque établissement, (fin 2019).
  - Organiser le travail médicosocial par unité et par établissement, (fin 2019).
  - Identifier chaque établissement dans les lieux existants par des locaux dédiés, (premier semestre 2020)
  - Répartir les unités dans chaque établissement, (premier semestre 2020).
  - Réorganiser progressivement les unités avec des résidents affectés à chaque type d'établissement, (premier semestre 2020).
  - Organiser le partage des supports comptables et financiers, (janvier 2020.)

### 12.2 Action prioritaire 2 : faire vivre la place d'accueil temporaire (2020-2021).

- La proposition de séjour de répit est une réponse aux demandes des familles qui réalisent une aide permanente auprès d'un proche en situation de handicap. L'hébergement temporaire est une des réponses qui permet à l'aidant de souffler moralement et physiquement.

Cet hébergement nécessite une orientation des Maisons Départementales de l'Autonomie.

Une démarche de communication sera déployée par l'établissement pour faire connaître sa disponibilité pour cet accueil.

- Création d'un site internet (premier semestre 2020)
- Rendre visible cette place auprès des réseaux de l'établissement et sur des sites de référencement dédiés aux séjours de répit. (année 2020)
- Améliorer de façon large et générale la communication sur ce dispositif. (année 2020)

### 12.3 Action prioritaire 3 : projet d'unité (2020).

- L'action prioritaire 2 est illustrée par la construction de deux projets d'unité correspondant aux sections administratives de l'autorisation : personnes handicapées déficientes visuelles, vieillissantes et âgées et personnes déficientes visuelles avec des troubles psychiques.
- Les projets d'unité sont une déclinaison du projet d'établissement dans un lieu, avec un groupe de résidents et avec une équipe professionnelle dédiée.
- Chaque unité écrit son projet. Il illustre et précise de manière opérationnelle les orientations du projet d'établissement, Il concrétise les options retenues en relation avec la situation des résidents.
  - Chaque unité dispose alors d'un **projet d'unité** qui apporte une organisation des temps de vie des résidents adaptés à leurs aptitudes et capacités, un accompagnement personnalisé, une organisation du travail des professionnels en phase avec la temporalité des personnes accueillies.
  - Le projet d'unité se réfère à l'autorisation comme aux compétences et handicap des personnes accueillies.
  - Chaque unité fait ainsi des propositions pour accompagner les personnes déficientes visuelles, vieillissantes, âgées et avec des troubles psychiques, avec des difficultés de mobilité.
  - Ce projet d'unité est piloté par le chef de service et mobilise les acteurs de l'unité : les résidents, les proches, les professionnels (tous les métiers) et les partenaires de proximité (intervenants extérieurs). Il est engagé sur la commande de la directrice du FAM. Le projet de l'unité est validé par la directrice.

### 12.4 Action prioritaire 4 : faire vivre et mettre en œuvre le projet de soins (2020).

- Le projet d'établissement porte un projet de soins (voir chapitre 9.2). Il est piloté par le chef de service, infirmière cadre. Son développement et sa mise en œuvre sont une priorité pour le FAM. Certains aspects existent déjà, d'autres sont à créer. Il s'agit alors d'organiser, de mettre en cohérence et de faire fonctionner simultanément tous les aspects de projet de soin au bénéfice des résidents
- Le projet de soins mobilise simultanément six dimensions :
  - La distribution quotidienne des médicaments aux résidents
  - Le suivi santé de chaque résident sous tous les aspects nécessaires, du bien-être à la bonne santé en passant par l'hygiène et l'alimentation.

- La recherche, l'organisation et la coopération avec les intervenants médicaux au sein de l'unité comme dans l'établissement (médecins traitants et autres paramédicaux si c'est nécessaire).
  - La mise en place et le suivi des rendez-vous médicaux des résidents en interne comme en externe.
  - Le suivi soins santé par les soignants de l'unité et auprès des autres professionnels de l'équipe.
  - La tenue du dossier médical de chaque résident.
- Le projet de soins développe un partage d'information confidentielle entre les différents professionnels. Il demande une organisation entre les intervenants extérieurs et l'équipe de l'unité. Une méthode de collaboration et une qualité de service est nécessaire au développement du projet de soins. Elles sont concrétisées lors de la mise en forme du projet de soins.
  - Des conventions doivent réguler les coopérations avec les professionnels médicaux et paramédicaux intervenants auprès des résidents du FAM. Ils sont informés de leur place dans ce dispositif de soins. Ils rendent compte au chef de service, infirmière cadre.

## 12.5 Action prioritaire 5 : faire vivre et mettre en œuvre le projet activités (2020).

- Les activités au FAM ont une vocation thérapeutique au sens de prendre soin de soi et des autres. Elles sont en phase avec les besoins et les souhaits des résidents. Les professionnels (tous métiers confondus) sont impliqués dans ce travail des activités. Ce projet activités se décline autour de cinq axes :
  - La participation des résidents en fonction de leur choix et de leur compétence.
  - La mobilisation des compétences des professionnels.
  - Le développement de partenariat et de coopération extérieure.
  - La diversification des activités,
  - Mettre en valeur les activités développées par le FAM.

## 12.6 Action prioritaire 6 : préciser le projet hôtelier (2020).

- Le développement du projet hôtelier est effectué par
  - Un renforcement de la coopération avec le prestataire.
  - Le fonctionnement d'une instance de régulation mensuelle entre le FAM et le prestataire.
  - Une remontée d'information organisée entre le chef de service et la directrice adjointe interlocutrice du prestataire,
  - La diffusion d'un relevé de décision à l'issue de chaque rencontre mensuelle à l'attention des unités et de la directrice.

## 12.7 Action Prioritaire 7 : Poursuivre et amplifier le travail sur le PPA (2020-2021).

- Le PPA est un outil central de l'accompagnement personnalisé du résident. Une nouvelle formule de PPA est expérimentée. Il s'agit de savoir si elle est pertinente pour les résidents.

- Le PPA est ainsi développé autour de quatre axes :
  - La programmation annuelle des PPA, avec un PPA par an et par résident.
  - Le développement d'une méthode PPA pour le chef de service, le référent de parcours et le référent résident ; qui fait quoi, quand et comment ?
  - Informer et former les résidents à cette méthode PPA en insistant sur le fait que c'est leur projet que l'on travaille ensemble.
  - Prévoir les suivis à partir des points d'étape.

## 12.8 Action prioritaire 8 : renforcer les capacités d'expertise du FAM (2021-2023).

- Le FAM a développé au fil du temps des initiatives et des expérimentations pour être au plus près des préoccupations des personnes accueillies. Il a proposé des modalités pour conduire des observations des résidents.
- Cet état demande un renforcement de l'expertise du FAM en développant de nouvelles compétences de diagnostic et d'évaluation qui viennent compléter les savoir-faire déjà en place.
- La mise en œuvre du « référentiel d'observation des compétences sociales » (ROCS) est un outil partagé entre tous les professionnels du FAM.
- La formation des équipes à l'utilisation de cet outil constitue un investissement pour l'établissement.
- Progressivement, il apporte des compétences de diagnostic partagé entre tous les professionnels et développe ainsi des ressources pour un accompagnement personnalisé de chaque résident.
- Ce diagnostic partagé en s'appuyant sur un outil commun offre des développements d'analyse clinique permettant aux professionnels d'être au plus près des problématiques psychiques des résidents.

## 12.9 Action prioritaire 9 : développer les ressources humaines (2020-2023).

- La démarche ressources humaines est organisée autour des points suivants :
  - Un tableau des effectifs
  - La formation des personnels autour des problématiques et des besoins des résidents,
  - Une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences,
  - Un management participatif avec une dynamique des instances de participation des salariés.

## 13. L'ACTUALISATION DU PROJET D'ÉTABLISSEMENT.

- L'actualisation du projet d'établissement représente un enjeu important pour le FAM : disposer d'un projet d'établissement qui est en phase avec la réalité présente de l'institution.
- Le FAM est un organisme vivant qui s'adapte sans cesse aux besoins des résidents, des familles, des professionnels et de l'environnement. Aussi, la méthode d'actualisation retenue est constituée d'une vigilance tous les deux ans au mois de septembre de l'année en cours.
- À période régulière, le FAM vérifie l'adéquation entre le texte du projet d'établissement et la réalité de la vie de l'institution. Ainsi, au mois de septembre de chaque année ou tous les deux ans, des compléments, des corrections, des suppressions peuvent être effectués. On travaille ainsi sur des adaptations et des précisions actualisant le projet d'établissement. C'est le rendez-vous annuel du projet d'établissement.
- Ces éléments s'inscrivent dans l'économie générale du projet d'établissement (pagination, sommaire). Ils sont identifiables dans une pagination complémentaire datée et lisible dans le sommaire et à chaque page concernée.  
Cette méthode permet une intervention ciblée sans remettre en cause l'architecture du projet d'établissement. Elle est pilotée par la directrice du FAM.

## 14. LA PROGRAMMATION

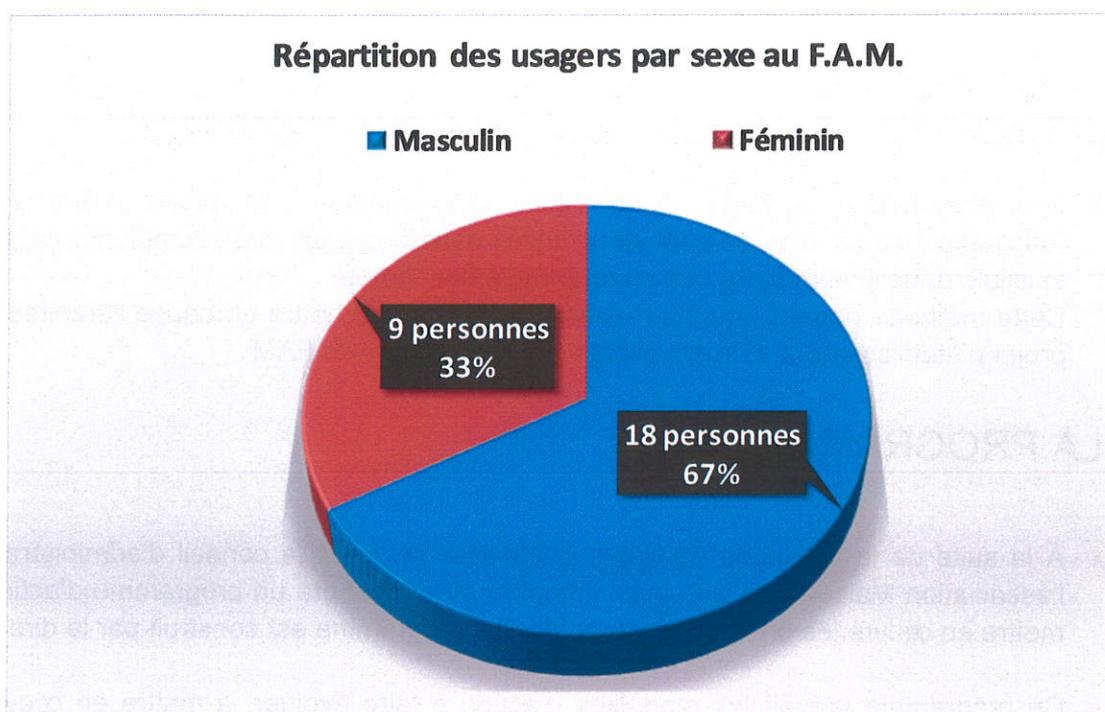
- À la suite de la validation du projet d'établissement par le conseil d'administration de l'association Maison des aveugles, l'établissement élabore un programme d'action pour mettre en œuvre les orientations prévues. Ce programme est construit par la directrice.
- Ce programme prévoit les modalités d'action à faire évoluer, à mettre en œuvre et à développer. Il est conçu pour la durée de validité du projet d'établissement. Il est organisé par année.
- Ce programme de travail de confirmation, de mise en place des orientations est appuyé sur quatre éléments :
  - Une commande précise de la direction,
  - Un échéancier,
  - Un responsable,
  - Une précision sur les effets attendus.
- Ces quatre éléments structurent et organisent les fiches action.
- Ce programme de travail est communiqué à tout le personnel.  
Le rapport d'activité annuel dresse un état d'avancement des travaux.

## 15. ANNEXE 1 - LES USAGERS DU FOYER D'ACCUEIL MÉDICALISÉ.

### 15.1 Âge et sexe des résidents

**27 personnes** sont accueillies au Foyer d'Accueil Médicalisé de la Maison des Aveugles au 31 décembre 2018. Les deux tiers des résidents sont des hommes. L'établissement compte :

- 18 hommes, soit 67 % des usagers ;
- 9 femmes, soit 33 % des usagers.



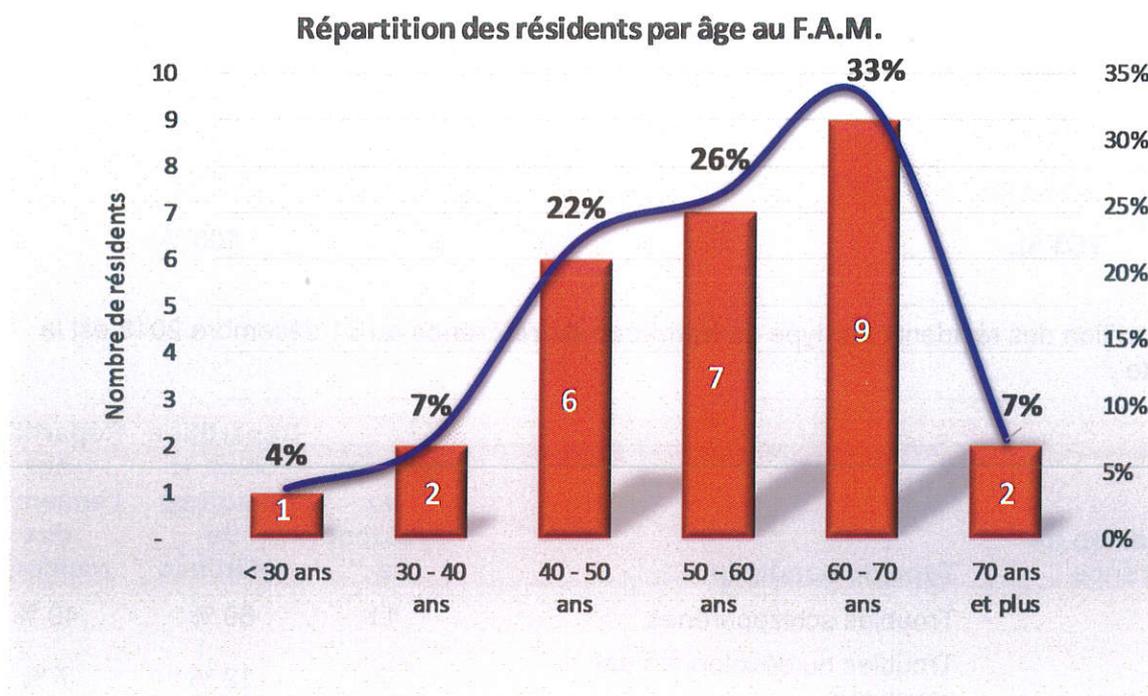
Les personnes accueillies au Foyer d'Accueil Médicalisé de la Maison des Aveugles sont âgées de **26 à 71 ans** au 31 décembre 2018.

- La **moyenne d'âge est de 54 ans** ; la valeur **médiane est de 56 ans**.
- La moitié des résidents a entre 48 et 62 ans et un quart a entre 62 ans et 71 ans.
- La part des personnes âgées de moins de 40 ans est faible : 11 % des usagers accueillis.

L'âge moyen des usagers présents au Foyer d'Accueil Médicalisé Maison des Aveugles est supérieur de 8 points à celui observé dans les F.A.M. de **France** qui est de **46 ans**<sup>25</sup>.

La part des personnes âgées de 50 ans et plus est de 24 points supérieurs à celle observée dans les F.A.M. de France (43 % en France, 67 % au F.A.M. Maison des Aveugles).

<sup>25</sup> Source : DREES, Enquêtes ES-Handicap 2014.



## 15.2 Les problématiques des personnes accueillies

Les résidents du F.A.M. ont tous une orientation de la M.D.P.H. qui prend majoritairement fin en 2021 et 2023. La répartition des dates d'échéance par année est la suivante :

Année d'échéance de l'orientation de la M.D.P.H.	Nombre de résidents	Répartition
2019	4	15%
2020	3	11%
2021	10	37%
2022	1	4%
2023	7	26%
2024	-	-
2025	1	4%
2027	1	4%
<b>TOTAL</b>	<b>27</b>	<b>100%</b>

Les personnes accueillies au F.A.M. ont le plus fréquemment un **handicap psychique** comme handicap de référence (59 % des résidents).

La répartition des 27 résidents selon leur handicap de référence<sup>26</sup> s'effectue comme suit :

Handicap de référence	Nombre de résidents	Part
Mental	10	37 %
Psychique	16	59 %
Sensoriel	1	4 %
<b>TOTAL</b>	<b>27</b>	<b>100 %</b>

La répartition des résidents par type de **handicap de référence** au 31 décembre 2018 est la suivante :

Handicap de référence	Type de handicap	Nombre de résidents	Répartition selon le handicap de référence	Répartition sur l'ensemble des résidents
<b>Handicap psychique</b>	Troubles schizophrènes	11	69 %	40 %
	Troubles du développement psychique	2	12 %	7 %
	Troubles de l'humeur	2	12 %	7 %
	États limites	1	7 %	4 %
	<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>100 %</b>	<b>59 %</b>
<b>Handicap mental</b>	Déficience légère	1	10 %	4 %
	Déficience moyenne	8	80 %	30 %
	Déficience sévère	1	10 %	4 %
	<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>100 %</b>	<b>37 %</b>
<b>Handicap sensoriel</b>	Aveugle	1	100 %	4 %
	<b>TOTAL</b>	<b>1</b>	<b>100 %</b>	<b>4 %</b>

Ainsi, 40 % des résidents du F.A.M. présentent des troubles schizophrènes comme handicap de référence et 30 % ont une déficience mentale moyenne.

**96 % des résidents du F.A.M. ont un handicap associé** à leur handicap de référence. Seule la personne pour laquelle le handicap de référence est un handicap sensoriel n'a pas de handicap associé.

La répartition des résidents selon le type de leur **handicap associé** est la suivante pour les résidents du F.A.M. :

<sup>26</sup> Voir note en bas de page 23 pour la définition du « handicap de référence ».

Handicap associé	Type de handicap	Nombre de résidents	Répartition selon le handicap associé	Répartition sur l'ensemble des résidents
Handicap psychique	Troubles du développement psychique	1	14 %	4 %
	Troubles de l'humeur	5	72 %	19 %
	États limites	1	14 %	4 %
	<b>TOTAL</b>	<b>7</b>	<b>100 %</b>	<b>26 %</b>
Handicap mental	Déficience légère	3	37 %	11 %
	Déficience moyenne	5	63 %	19 %
	<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>100 %</b>	<b>30 %</b>
Handicap sensoriel	Aveugle	18	69 %	67 %
	Malvoyant	8	31 %	30 %
	<b>TOTAL</b>	<b>26</b>	<b>100 %</b>	<b>96 %</b>
Handicap moteur	Mobilité réduite	4	80 %	15 %
	En fauteuil	1	20 %	4 %
	<b>TOTAL</b>	<b>5</b>	<b>100 %</b>	<b>19 %</b>

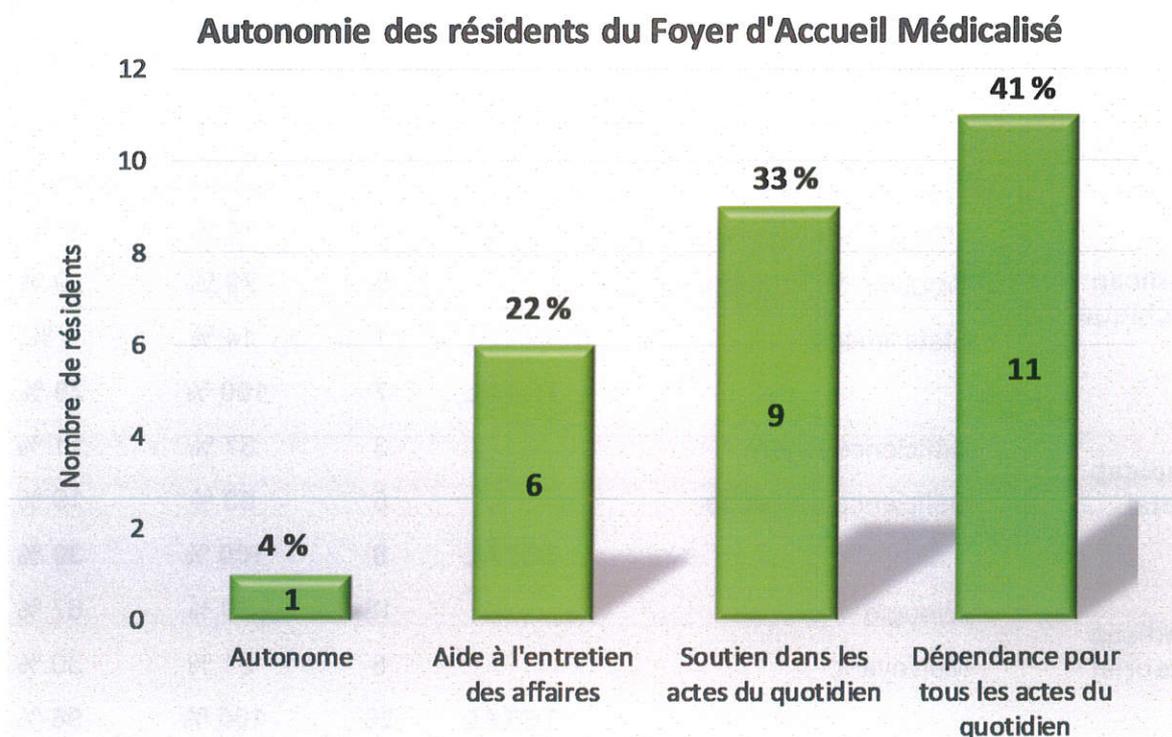
Globalement, handicaps de référence et handicaps associés mis en commun, les résidents présentent :

- Un handicap sensoriel : 100 % des résidents (mal voyants et aveugles) ;
- Un handicap mental : 67 % des résidents (18 résidents) ;
- Un handicap psychique : 74 % des résidents (20 résidents) ;
- Un handicap moteur : 19 % (5 résidents).

### 15.3 La dépendance des résidents

La dépendance des résidents du Foyer d'Accueil Médicalisé, par rapport aux actes de la vie quotidienne, est forte : les **trois-quarts** des résidents (74 %) sont dépendants pour tous les actes ou ont besoin d'un soutien pour ces actes.

Le plus fréquemment, les résidents du Foyer d'Accueil Médicalisé sont dépendants **pour tous les actes du quotidien** (41 % des résidents).



## 15.4 La protection juridique des résidents

**96 %** des résidents sont **sous protection judiciaire** ; cela représente 26 personnes du Foyer d'Accueil Médicalisé de la Maison des Aveugles.

Les tutelles sont le plus fréquemment mises en œuvre par des **services de tutelles** :

- Personnes sous mesure de protection effectuée par un service : 15 personnes soit 56 % des résidents ;
- Personnes sous mesure de protection réalisée par la famille : 9 personnes soit 33 % des résidents ;
- Autres types de mesure de protection : 2 personnes soit 7 %.

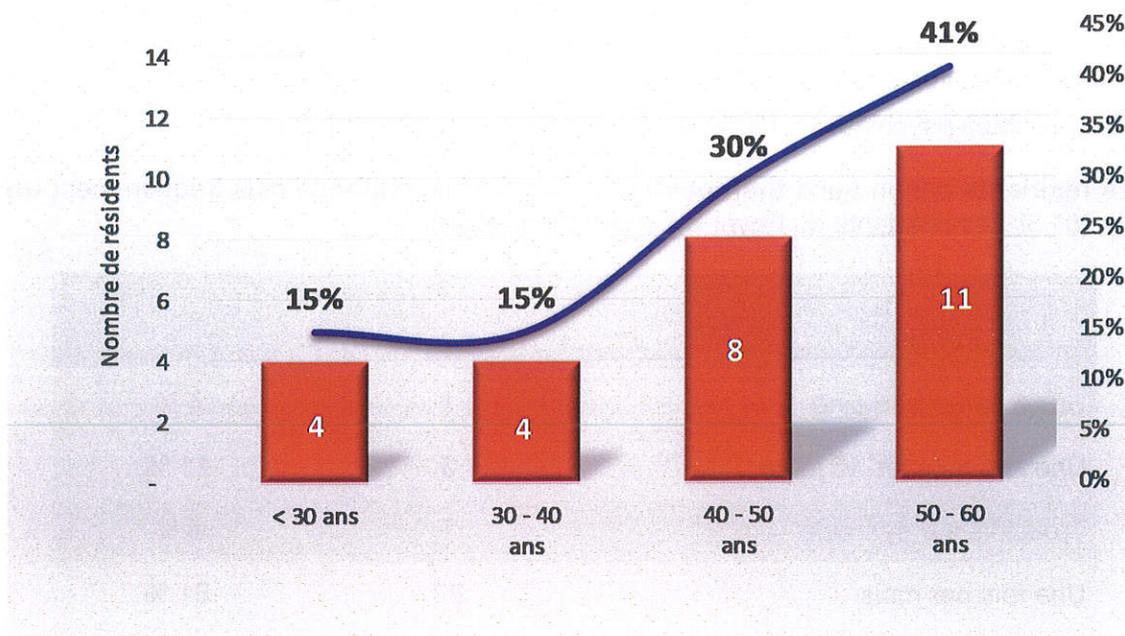
## 15.5 La durée de présence des résidents

Les personnes actuellement accueillies au Foyer d'Accueil Médicalisé avaient **le plus fréquemment entre 50 et 60 ans** à leur première admission (41 % des résidents). L'âge des personnes à leur arrivée s'étend de **20 à 59 ans**. L'**âge moyen** d'entrée est de **44 ans** ; l'âge médian est de 49 ans.

Un quart des résidents est arrivé avant 37 ans et la moitié des résidents est arrivée entre 49 ans et 59 ans.

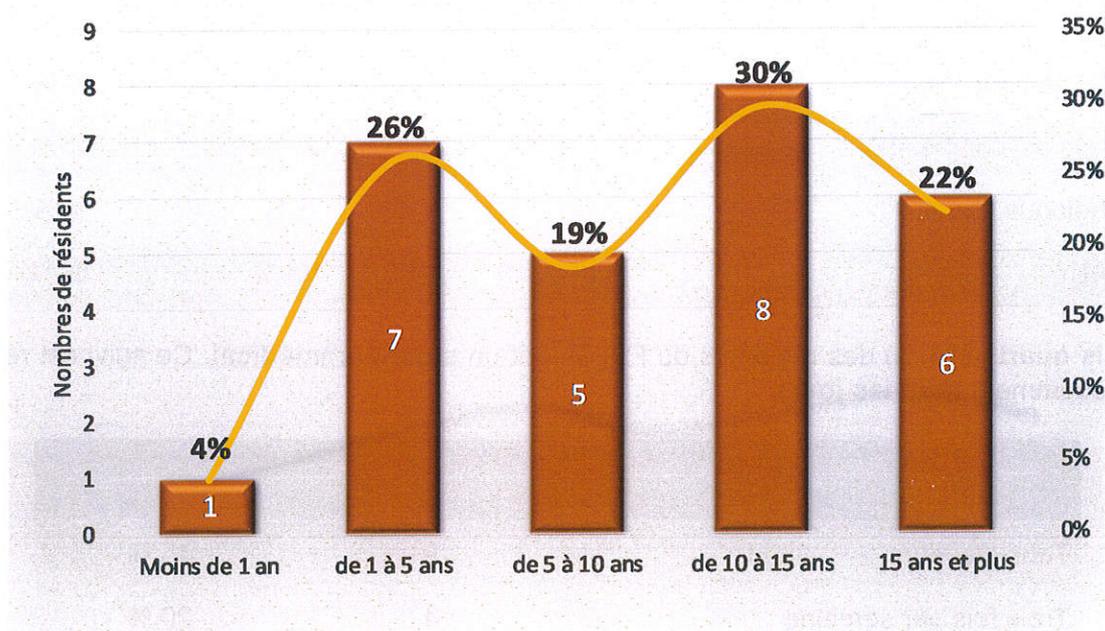
L'âge moyen d'admission des personnes au Foyer d'Accueil Médicalisé de la Maison des Aveugles est dans la moyenne d'âge à l'admission en France dans ce type d'établissement.

### Age d'admission des résidents au F.A.M.



Les durées de séjour des résidents sont en moyenne de 10 ans. En France<sup>27</sup> la durée des séjours en moyenne est de 8 ans. Les durées de présence s'étendent jusqu'à 27 ans. La durée médiane de présence est de 10 ans. Près d'un quart des résidents sont présents depuis presque 14 ans et plus.

### Durée de séjour au F.A.M. à la fin de l'année 2018



<sup>27</sup> Source : DREES, Enquêtes ES-Handicap 2014.

## 15.6 Les suivis médicaux et paramédicaux des résidents

Les résidents ont, pour **96 %** d'entre eux, soit 26 résidents, un traitement médicamenteux nécessitant une **prise journalière**. Les raisons principales de cette prise de médicaments sont :

- Des troubles somatiques permanents : 15 résidents, soit 56 % des usagers ;
- Des troubles psychiques : 10 résidents, soit 37 % des usagers.

**Tous les résidents** ont un **suivi thérapeutique**. Ce suivi est réalisé le plus fréquemment **une fois par mois** (81 % des résidents du Foyer d'Accueil Médicalisé).

Fréquence du suivi thérapeutique en interne et en externe	Nombre de résidents	Répartition
Une fois par semaine	1	4 %
Une fois tous les 15 jours	3	11 %
Trois fois par semaine	1	4 %
Une fois par mois	22	81 %
<b>TOTAL</b>	<b>27</b>	<b>100 %</b>

**La moitié (56 %)** des résidents du F.A.M. ont un suivi thérapeutique réalisé en externe. Le plus fréquemment ce suivi est réalisé dans un C.M.P ou par un médecin psychiatre libéral.

Type de suivi thérapeutique externe	Nombre de résidents	Répartition	Répartition sur l'ensemble des résidents
C.M.P.	9	60 %	33 %
Hôpital de Jour	1	7 %	4 %
Médecin psychiatre libéral	4	27 %	15 %
Psychologue libéral	1	6 %	4 %
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>100%</b>	<b>56 %</b>

**Les trois quarts (74 %)** des résidents du F.A.M. ont un **suivi paramédical**. Ce suivi est réalisé le plus fréquemment **tous les jours**.

Fréquence du suivi paramédical en interne et en externe	Nombre de résidents	Répartition
Tous les jours	9	45 %
Trois fois par semaine	4	20 %
Deux fois par semaine	5	25 %
Une fois par semaine	2	10 %
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

Pour **15 personnes un suivi paramédical externe** est réalisé ; cela représente les trois-quarts des personnes bénéficiant d'un suivi paramédical (75 %) et la moitié de l'ensemble des résidents du F.A.M. (56 %).

Ces suivis externes sont principalement réalisés par un kinésithérapeute libéral (93 % des suivis externes) ; 1 personne bénéficie de l'intervention d'une infirmière libérale.

Au 31 décembre 2018, **24 résidents sont concernés par un suivi extérieur**, qu'il soit paramédical ou thérapeutique ; cela représente **89 %** des résidents du F.A.M. 6 usagers, soit **22 %** de l'ensemble des résidents, ont un suivi double c'est-à-dire **paramédical et thérapeutique**.

## 15.7 Répartition géographique des résidences parentales

63% des résidents n'ont pas de parent dans leur environnement proche, identifié par Maison des Aveugles (17 résidents).

Concernant les 10 autres résidents (pour lesquels un parent proche est identifié), **90 %** d'entre eux ont une résidence familiale dans la **Région Auvergne-Rhône-Alpes** (9 personnes) et **40 % dans le département du Rhône** (4 personnes).

Les 10 domiciles parentaux connus se répartissent dans deux Régions de la France métropolitaine et cinq départements :

Région Famille	Département	Nombre de résidents	Répartition dans la Région	Répartition sur l'ensemble des résidents
Auvergne - Rhône – Alpes	Ain	2	22 %	7 %
	Isère	2	22 %	7 %
	Loire	1	11 %	4 %
	Rhône	4	45 %	15 %
	<b>TOTAL</b>	<b>9</b>	<b>100 %</b>	<b>33 %</b>
Nouvelle – Aquitaine	Charente-Maritime	1	100 %	4 %
	<b>TOTAL</b>	<b>1</b>	<b>100 %</b>	<b>4 %</b>
<b>SANS</b>		<b>17</b>	<b>100 %</b>	<b>63 %</b>
<b>TOTAL</b>		<b>27</b>		<b>100%</b>

Ainsi, les domiciles parentaux sont :

- Proche de l'établissement pour la moitié des domiciles parentaux : ils se trouvent à moins de 16 km du Foyer d'Accueil Médicalisé de la Maison des Aveugles ;
- Entre 60 km et plus de 500 km de l'établissement pour l'autre moitié des domiciles parentaux.

## 16. ANNEXE 2 - LES RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE PROFESSIONNELLE DANS LES ÉTABLISSEMENTS POUR ADULTES EN SITUATION DE HANDICAP.

- **1 - « Mise en œuvre de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L.312-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles »** (avril 2008).

Un rappel des finalités et l'affirmation de principes :

- Participation de tous les personnels et usagers dans la mesure du possible ;
- Un travail par priorités avec abandon de l'exhaustivité ;
- Une attention aux outils réels et diversifiés de collecte des informations ;
- Construction des constats et des écarts avec des axes de progression.

- **2 - « La bientraitance, définition et repères pour la mise en œuvre »** (juillet 2008).

Quatre directions de travail y sont indiquées :

- L'utilisateur co-auteur de son parcours (liberté de choix, accompagnement de l'autonomie, communication individuelle et collective, projet d'accueil et d'accompagnement développé et évalué) ;
- La qualité du lien entre les professionnels et les usagers (respect de la singularité, vigilance concernant la sécurité et le sentiment de sécurité, cadre institutionnel stable) ;
- L'enrichissement des structures et des accompagnements par toutes les contributions internes et externes pertinentes (travailler avec l'entourage et respecter les relations, articulations avec les ressources extérieures, ouverture à l'évaluation et la recherche) ;
- Le soutien aux professionnels dans leur démarche de bientraitance (promotion de la parole, prise de recul).

- **3 - « Les attentes de la personne et le projet personnalisé »** (décembre 2008).

Trois directions de travail y sont indiquées :

- Des repères et principes (au-delà de l'utilisateur, la personne et ses attentes ; un droit, pas une obligation ; projet personnalisé et contrat de séjour ; la co-construction du projet personnalisé ; la participation la plus forte ; la dynamique du projet souple et adaptée ; l'ensemble des professionnels concernés ; plus les parties prenantes sont nombreuses, plus il faut veiller à l'expression de la personne) ;
- La participation de la personne tout au long de la démarche (premiers contacts, analyse de la situation, phase de co-construction, phase de décision, mise en œuvre, co-évaluation, rédaction) ;
- La contribution des projets personnalisés au projet d'établissement ou de service (se doter de principes d'intervention continue, analyser les évaluations des projets personnalisés, utiliser les résultats des enquêtes, mener une réflexion, mobiliser le CVS ou autres formes de participation).

- **4 - « Ouverture de l'établissement à et sur son environnement »** (décembre 2008).

Deux directions de travail y sont indiquées :

- La stratégie de l'ouverture (positionner l'établissement sur le territoire, dégager les principaux axes de l'ouverture) ;
- Les leviers de l'ouverture (les liens sociaux et de citoyenneté des usagers, l'interaction avec le territoire, le caractère accueillant de l'établissement, le soutien des professionnels dans la mise en place de l'ouverture).

- **5 - « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance » (décembre 2008).**  
Trois directions de travail y sont indiquées :
  - Développer la connaissance des risques de maltraitance (conscience et connaissance des risques par l'encadrement, par les professionnels, par les usagers et leurs proches) ;
  - Mettre en place une organisation et des pratiques d'encadrement conformes aux objectifs de prévention de la maltraitance (démarches institutionnelles de prévention, outils à l'appui de la démarche, accompagnement qui mettent en valeur les ressources des professionnels, accompagnement présent et engagé) ;
  - Organiser un traitement systématique des faits de maltraitance (traitement adapté à la situation, communication autour des faits avérés, suivi et pédagogie auprès des professionnels).
  
- **6 - « Conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L.312-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles » (juillet 2009).**  
Le texte, répétant les repères des documents de 2006 (CNESMS) et 2008 (ANESM), rappelle des positionnements fondamentaux puis décline des phases de travail :
  - Phase 1 – définir le cadre évaluatif de l'établissement et du service : méthode, pilotage et animation de la phase 1 ;
  - Phase 2 – recueillir des informations fiables et pertinentes : méthode, pilotage et animation de la phase 2 ;
  - Phase 3 – analyser et comprendre les informations recueillies : méthode, pilotage et animation de la phase 3 ;
  - Phase 4 – piloter les suites de l'évaluation : méthode, pilotage et animation de la phase 4.
  
- **7 - « Concilier la vie en collectivité et la personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement » (novembre 2009).**  
Un positionnement central est énoncé autour de la recherche des interactions positives entre la vie en collectivité et la personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement avec trois principes :
  - L'équilibre en protection et autonomie,
  - L'apport du lien social et du groupe
  - La dignité de chacun.
  
- **8 - « Élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement (PE) ou de service (PS) » (mai 2010).**  
Quatre directions de travail sont indiquées :
  - Les principes fondant le projet d'établissement ou de service (démarche et document, articulation avec les évaluations internes et externes, intégration des évolutions du secteur, participation active des parties prenantes) ;
  - Les thématiques à traiter (histoire et projet de l'organisme gestionnaire, mission, public et entourage, nature de l'offre et son organisation, principes d'intervention, professionnels et compétences mobilisées, objectifs d'évolution) ;
  - L'organisation de la démarche (poser le cadre, procéder par étapes, repérer et mobiliser les moyens) ;
  - La mise en forme et les usages du document (mise en forme du document, le PE-PS outil de management, de positionnement et de communication).
  
- **9 - « Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médicosociaux » (août 2010).**

Quatre directions de travail sont indiquées :

- La prise en compte de définitions ;
- La mise en œuvre d'un questionnement : faire émerger le questionnement, construire un cadre pour accompagner le questionnement, pérenniser la démarche de questionnement éthique ;
- Le traitement d'une question : phase de questionnement, phase de capitalisation ;
- Cinq cas pratiques.

■ **10 - « L'accompagnement à la santé de la personne handicapée » (juillet 2013).**

Cette recommandation de bonnes pratiques fait suite au rapport de Jean- Michel BELORGEY de 2009 réalisé à partir des auditions effectuées dans le cadre de la Haute Autorité de Santé en 2008.

Cette recommandation signale trois axes de travail :

- La place du projet de santé dans le projet personnalisé de la personne en situation de handicap ;
  - La dimension institutionnelle et l'identification de cette problématique dans le projet d'établissement ou de service ;
  - Les enjeux de la complémentarité entre soins et accompagnement à travers le travail de l'équipe pluridisciplinaire, mais aussi des partenariats et la coordination des acteurs extérieurs.
- **11 - « La spécificité de l'accompagnement des adultes handicapés psychiques » (mai 2016).** Cette recommandation est déclinée autour de six axes :
- La place de la personne : active et citoyenne
  - La vie relationnelle, affective et familiale
  - L'accompagnement vers et dans l'habitat
  - L'accompagnement dans la vie quotidienne et courante
  - L'accompagnement à l'emploi, à la formation et aux activités
  - La santé : prendre soin et accompagner vers les soins médicaux
  - Deux axes transversaux :
    - Nécessité de prendre en compte le caractère variable, intermittent et évolutif des troubles,
    - Difficulté à demander de l'aide
- **12 - « ESSMS : valorisez les résultats de vos évaluations »** - Guide à l'attention des responsables d'établissements et services sociaux et médicosociaux et leur inscription dans une démarche d'amélioration continue de la qualité de l'accompagnement. Décembre 2016.

**En complément de ces 12 recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM**, il convient d'ajouter des recommandations de bonnes pratiques professionnelles éditées par les autorités (DGAS devenue depuis DGCS) en 2007 :

■ **« Le dossier de la personne accueillie ou accompagnée, recommandations aux professionnels pour améliorer la qualité » (juin 2007).**

Quatre directions de travail, précisées par des annexes, sont formalisées :

- Un dossier : enjeux et finalités ;
- Un dossier : pour qui ?
- Un dossier : quel contenu ?
- Qualité des dossiers, qualité des pratiques : annexes, fiches dossiers, contenus réglementaires, secret professionnel, archivage, référentiel d'évaluation du dossier.

- **« Le défenseur des droits », « usagers de la santé », 145 pages, 2014.**  
Ce document apporte de nombreuses précisions sur le développement et la mise en œuvre concrète du droit des usagers dans les institutions sanitaires comme médicosociales et sociales.

