

2017

FOYER D'ACCUEIL MÉDICALISÉ

Carole JOLLAIN

Directrice

Sandra DENIS

Médecin Coordonnateur

Pierre ROCHEBOUET

Chef de service paramédical

Laurent LEROY

Chef de service éducatif

Yveline FAYON

Cheffe de service collectivité

**156 boulevard d'Austrasie
54000 Nancy**

Tél. : 03 83 30 43 00

Fax : 03 83 35 27 96

Courriel :

fam@asso-ars.org



MISSION

Le foyer accueil des personnes handicapées, disposant d'une orientation de la CDAPH (Commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées) issues de la grande précarité nécessitant une assistance et des soins permanents et ne pouvant être accueillies dans d'autres structures médico-sociales de par leur mode de vie.

FINANCEMENT

Conseil Départemental 54

Agence Régionale de Santé Grand Est - Assurance maladie

Participation des usagers

CAPACITÉ

30 places dont 1 place d'accueil temporaire

ÉQUIPE

Personnel administratif

1 directeur	0,50 ETP
2 secrétaires	1,10 ETP
1 agent administratif	0,50 ETP

Personne social

1 chef de service	0,60 ETP
1 travailleur social	1,00 ETP
5 AMP	4,75 ETP
1 monitrice éducatrice	1,00 ETP
1 animateur	1,00 ETP

Personnel technique

1 chef de service collectivité	0,40 ETP
1 adjoint d'économat	0,19 ETP
3 agents de service	3,00 ETP
2 agents techniques	1,40 ETP
1 surveillant de nuit	1,00 ETP
1 moniteur d'atelier cuisine	0,40 ETP

Personnel médical

1 médecin	0,22 ETP
1 cadre de santé	0,50 ETP
3 infirmiers	3,00 ETP
1 aide soignant de nuit	1,00 ETP
6 aides soignants	6,00 ETP
1 psychologue	0,31 ETP

ACTIVITÉS 2017

Public

35 personnes accueillies :
5 femmes seules
30 hommes seuls

Flux

4 personnes sorties dont
3 accueils temporaires et
1 accueil permanent

6 personnes admises dont
5 accueils temporaires et
1 accueil permanent

Activité

Taux d'occupation : 100,47 %
11 002 journées réalisées

Problématiques de santé

Les personnes peuvent avoir plusieurs problématiques de santé

Psychiatrie	28
Addictions	26
Complications liées à l'alcoololo dépendance	25
Neurologie	18
Cardiologie	15
Pneumologie	14
Soins dentaires	9
Traumatologie + orthopédie	9
Hépto-Gastro-Entérologie HGE	8
Urologie + néphrologie	8
Altération de l'état général	6
ORL	5
Endocrinologie	4
Chirurgie	3
Gynécologie	2
Dermatologie	2
Ophtalmologie	2
Cancérologie	1
Maladies infectieuses	1

Orientations à l'issue de la prise en charge

CHRS	2 personnes
Hospitalisation	1 personne
Pension de famille	1 personne

**31 personnes présentes au 31 décembre 2017,
dont 1 personne absente longue durée**

SOMMAIRE

1	INTRODUCTION	2
2	RAPPORT QUANTITATIF	3
2.1	Taux d'occupation	3
2.2	L'activité	3
2.3	Situation matrimoniale	4
2.4	Une population plutôt âgée	4
2.5	Origine de la demande	5
2.6	Hébergement antérieur à l'admission	6
2.7	Provenance géographique	6
2.8	Les orientations à l'issue de la prise en charge	6
3	RAPPORT D'ACTIVITE EN SOIN PARAMEDICAL	8
3.1	Motif de la demande d'admission dans le service	8
3.1.1	Problématiques de santé prises en comptes	8
3.2	Evaluation de la dépendance et projet d'accueil personnalisé	10
3.2.1	Exemple d'un projet d'Accueil Personnalisé	10
3.3	Cas cliniques	13
3.3.1	Cas clinique dans le cadre de l'accueil permanent	13
3.4	Psychologue	14
3.4.1	Ouverture et coordination du service avec l'extérieur	14
3.4.2	L'activité auprès de l'équipe pluridisciplinaire du FAM et la coordination interne	15
3.4.3	Les prestations de soutien et d'accompagnement, pour répondre à des besoins en lien avec les fonctions du cerveau (cognitives et psychiques)	15
3.4.4	Autres	16
3.4.5	Conclusion de l'activité du psychologue	17
3.5	Suivi social	17
3.5.1	Le suivi social individuel	18
3.5.2	Animation - Sorties extérieures	25
4	CONCLUSION	35
	ANNEXES	36

1 INTRODUCTION

L'année 2017 est marquée par différents temps forts au sein du Foyer d'Accueil Médicalisé Pierre VIVIER, du fait de l'évolution du site, de par le renouvellement de l'équipe et les travaux démarrés dans le cadre de l'adaptation de l'organisation aux enjeux liés à « Une réponse accompagnée pour tous », les réflexions et actions relatives à l'accompagnement des résidents relevant d'un parcours complexe, ou encore la participation du FAM à des actions permettant de valoriser son expérience et son expertise à ce sujet.

En début d'année, dans le prolongement du travail amorcé avec l'Agence Régionale de Santé Grand Est et particulièrement le soutien de la Délégation Territoriale de Meurthe-et-Moselle, le FAM a pu bénéficier d'une révision de son budget, volet « soins », permettant notamment le recrutement d'un psychologue à 0.20 équivalent temps plein au sein de l'établissement. Attendu, il a pu au cours de l'année 2017, répondre à différentes attentes des résidents et des professionnels (cf. : p 14).

Ensuite, afin d'adapter l'organisation du FAM aux différents enjeux à venir, il a été mis en place un groupe de travail soutenu par l'intervention d'un prestataire externe. Les motivations à mettre en place ce projet sont liées au constat de la faiblesse du projet d'établissement sur la question de la transversalité des accompagnements dans l'organisation des prises en charge globale des résidents (social/paramédical), le renouvellement de l'équipe nécessitant de questionner cette articulation, l'ouverture en 2018 d'un nouvel espace à destination des résidents en faveur du maintien de leur autonomie, l'adaptation aux évolutions en cours dans le secteur du handicap : sérafin-PH¹, « une réponse accompagnée pour tous »² à la suite du rapport PIVETEAU³, la prise en compte de l'évolution du site Pierre VIVIER avec la construction en 2018 d'un nouvel établissement « Lits d'Accueil Médicalisés » de 15 places.

Il nous faut également évoquer, l'évolution du public accueilli, son vieillissement, l'évolution de sa santé et de son autonomie et la complexité des parcours de certains résidents. Nous avons été amenés à participer à la commission CESIC⁴ à plusieurs reprises, instances de réflexion afin de prendre en compte des situations critiques. Car bien que le FAM Pierre VIVIER travaille en partenariat avec les autres services du pôle, avec d'autres acteurs et notamment l'AFTC, les services de psychiatrie, les Centres de Soins de Suite et Réadaptation, les EHPAD et les services de protections des majeurs, et ce afin d'articuler le projet des résidents, certaines situations demeurent sans solutions d'orientation adaptées et il est nécessaire d'ouvrir les champs d'action afin de proposer un accompagnement respectueux des besoins des personnes accueillies au sein du FAM ; Car toute action s'inscrit d'abord à partir de la demande et des aspirations des résidents : identifier la

¹ « Services et Établissements : Réforme pour une Adéquation des Financements aux parcours des Personnes Handicapées » dont l'objectif est de concevoir une allocation de ressources aux établissements et services médico-sociaux adaptée au parcours des personnes handicapées. Passer d'une logique de place à une logique de parcours.

² L'objectif de la démarche « Une réponse accompagnée pour tous » est de proposer une réponse individualisée à chaque personne dont la situation le nécessite. Cette réponse doit lui permettre de s'inscrire dans un parcours de santé, au sens de l'Organisation mondiale de la santé, conforme à son projet de vie. Pour atteindre cet objectif, la démarche nécessite un partenariat afin d'identifier les besoins des personnes et d'y répondre. En cela, la démarche a pour ambition de faciliter la mise en mouvement et la coresponsabilité de l'ensemble des acteurs (conseils départementaux, maisons départementales des personnes handicapées – MDPH, agences régionales de santé – ARS, rectorats, gestionnaires d'établissements de santé et médico-sociaux, associations...).

³ Le 20 juin 2014, Denis Piveteau, Conseiller d'Etat, a remis à la ministre des affaires sociales et de la santé son rapport : « Zéro sans solution » : Le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches.

⁴ Commission d'étude des situations individuelles critiques : les commissions des droits et de l'autonomie formulent des décisions d'orientation en établissement ou service médico-social sur la base d'évaluations des besoins des personnes, conduites par les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH). Ces décisions se heurtent parfois à la réalité de l'offre. La circulaire du 22 novembre 2013 prévoit un dispositif d'alerte et de traitement gradué au niveau départemental, régional et national : création dans chaque MDPH d'une commission réunissant périodiquement toutes les parties prenantes (MDPH, établissements, Education nationale, agence régionales de santé - ARS...) pour imaginer des solutions lorsque les discussions habituelles entre professionnels ont échoué.

demande, stimuler la participation, adapter les pratiques aux capacités d'expression des personnes accueillies, demeure le cœur de l'activité quotidienne du FAM.

Enfin, cette année, le FAM Pierre VIVIER a participé à différents travaux au sein du CREA⁵ Grand Est, lui permettant de mettre en lumière les spécificités de son intervention aux cours d'une journée régionale et des journées nationales.

2 RAPPORT QUANTITATIF

2.1 Taux d'occupation

2017	2016
100.47 %	99.80 %

Comme les années précédentes le taux d'occupation est encore en augmentation.

En 2017, le taux d'occupation dépasse les 100%. Il résulte d'une situation particulière. En effet 1 personne accueillie au sein du FAM est partie pour une longue période en hospitalisation, et en post cure. Or, plusieurs demandes d'accueil temporaire étaient en attente. Il s'avère que la configuration des locaux du FAM permet l'ouverture d'une chambre temporaire supplémentaire qui n'est jamais occupée mais qui dans ce cas vient en compensation de celle inoccupée par la résidente partie en cure et postcure. Il nous a semblé opportun de demander l'autorisation à l'ARS, délégation 54 et au Département 54 si nous pouvions, durant cette période, accueillir une personne en accueil temporaire dans la chambre qui existe et qui n'est jamais occupée car ne faisant pas partie des 30 places du FAM. Notre proposition a été accueillie favorablement durant l'absence de la résidente partie en cure et postcure. Ceci a donc eu pour conséquence un taux d'occupation brut supérieur à 100%. Toutefois, nous n'avons jamais plus de 30 chambres occupées et facturées en même temps, conformément à notre autorisation.

2.2 L'activité

NOMBRE DE MENAGES ET DE PERSONNES REELLEMENT PASSES UNE FOIS DANS L'ANNEE

	Ménages	Personnes
Nombre de ménages et de personnes dans l'année	35	35
Nombre de ménages et de personnes passés deux fois ou trois fois	1	1
Nombre de ménages et de personnes réellement passés une fois dans l'année	33	33

FILE ACTIVE

Type ménage	2017						2016					
	Ménages		Personnes		Nbre personnes différentes		Ménages		Personnes		Nbre personnes différentes	
Hommes isolés	30	86%	30	86%	29	85%	32	89%	32	89%	31	89%
Femmes isolées	5	14%	5	14%	5	15%	4	11%	4	11%	4	11%
2017	35	100%	35	100%	34	100%	36	100%	36	100%	35	100%

Les chiffres sont stables d'année en année avec un accueil prépondérant des hommes. A noter que nous avons accueilli 1 femme de plus qu'en 2016.

⁵ Centre Régional d'Études, d'Actions et d'Informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité.

2.3 Situation matrimoniale

Situation matrimoniale	2017				2016			
	Ménages		Nbre personnes différentes		Ménages		Nbre personnes différentes	
Célibataire	23	66%	23	68%	25	70%	25	71%
Divorcé	9	26%	8	23%	9	25%	8	23%
Séparé	3	8%	3	9%	2	5%	2	6%
Totaux	35	100%	34	100%	36	100%	35	100%

La situation matrimoniale des personnes accueillies est relativement stable. Nous pouvons noter une nouvelle légère diminution de la proportion de célibataire au profit des personnes divorcées.

2.4 Une population plutôt âgée

Tranches d'âges adultes	2017				2016			
	Ménages		Nbre personnes différentes		Ménages		Nbre personnes différentes	
plus de 56 ans	16	46%	16	47%	20	55%	19	54%
46 à 56 ans	17	48%	16	47%	12	33%	12	34%
36 à 45 ans	0	0%	0	0%	2	6%	2	6%
26 à 35 ans	2	6%	2	6%	2	6%	2	6%
Totaux	35	100%	34	100%	36	100%	35	100%

Contrairement aux années précédentes la tendance de la pyramide des âges a légèrement évolué. En effet nous observons une diminution de la proportion des plus de 56 ans au profit de la tranche d'âge des personnes de 46 à 56 ans. Cette évolution s'explique par l'influence des personnes en accueil temporaire. En effet, alors que les personnes en accueil permanent vieillissent, les personnes que nous accueillons de façon temporaire peuvent être plus jeunes étant généralement « au début » de leur parcours médico-social.

2.5 Origine de la demande

Origine de la demande nouvelles entrées	2017		2016	
	Ménages		Ménages	
ARS Pierre VIVIER LHSS	3	52%	1	17%
ARS ACT	1	16%	0	0%
Services hôpital psychiatrique	1	16%	1	17%
Autres services sociaux	0	0%	2	32%
Services hôpital	0	0%	1	17%
ADOMA service lits stabilisation	1	16%	1	17%
Totaux	6	100%	6	100%

Concernant ce tableau, comme l’an passé, nous avons fait le choix de ne prendre en compte que les personnes admises en accueil permanent ou accueillies temporairement au cours de l’année 2017. Ces données correspondent au flux et non à la totalité des personnes prises en charges.

Nous pouvons constater une nette évolution quant à l’origine de la demande. En effet en 2017 la moitié des demandes émanent du service des Lits Halte Soins Santé ARS Pierre Vivier. De même que les ACT de l’ARS sont également à l’origine d’une demande. Dans le rapport d’activité des LHSS, nous mettons en avant que le service devient une sorte de SAS avant d’entrer au FAM, pour une durée souvent assez longue du fait du peu de mouvement en accueil permanent. Cette situation pèse sur le service des LHSS qui n’a pas cette vocation et ainsi ne permet plus la fluidité des parcours des personnes relevant des objectifs de prise en charge des LHSS.

Il s’avère que les personnes handicapées, faute de place, sont orientées vers des services dont la mission n’est pas en adéquation avec leurs besoins. C’est regrettable à la fois pour les personnes en situation de handicap en attente d’une place en FAM et pour les publics des LHSS qui trouvent difficilement une place du fait d’un manque de mouvement de ce service. Nous avons alerté les services de l’ARS délégation 54 de cette situation.

Contrairement aux années précédentes, l’hôpital et les mandataires, n’ont fait aucune demande d’admission au sein du FAM.

Enfin comme en 2016, nous avons accueilli 1 personne en provenance des « Lits de stabilisation »⁷ service avec lequel une vraie collaboration est construite, tant avec le FAM qu’avec les LHSS. Le travail et l’accueil de personnes prises en charge en Lits de stabilisation se poursuit en 2018. La bonne collaboration entre ces services accueillant le même profil de personnes, met bien en évidence la prise en compte des parcours passés et la construction du parcours présent et futur de la personne.

⁶ Ces places ont été créées dans le cadre de la mise en œuvre des mesures du Plan d’Action Renforcé pour les Sans Abri. Elles s’adressent à un public désocialisé, ayant majoritairement un lourd passé de marginalité et de vie à la rue et pour lequel aucune solution d’hébergement d’insertion et a fortiori de logement ne peut être proposé dans l’immédiat compte tenu de la problématique des personnes. L’objectif de ce dispositif est de permettre un hébergement et un accompagnement social adapté afin de stabiliser la situation de la personne prise en charge et d’apporter une réponse et une orientation adaptée aux besoins.

⁷ Ces places ont été créées dans le cadre de la mise en œuvre des mesures du Plan d’Action Renforcé pour les Sans Abri. Elles s’adressent à un public désocialisé, ayant majoritairement un lourd passé de marginalité et de vie à la rue et pour lequel aucune solution d’hébergement d’insertion et a fortiori de logement ne peut être proposé dans l’immédiat compte tenu de la problématique des personnes. L’objectif de ce dispositif est de permettre un hébergement et un accompagnement social adapté afin de stabiliser la situation de la personne prise en charge et d’apporter une réponse et une orientation adaptée aux besoins.

2.6 Hébergement antérieur à l'admission

Hébergement antérieur nouvelles entrées	2017		2016	
		Ménages		Ménages
Structure médicale	2	34%	4	66%
CHRS ou assimilés	3	50%	1	17%
Hôtel	1	16%	0	0%
Totaux	6	100%	5	83%

A l'instar de l'item lié à l'origine de la demande, nous observons une nouvelle distribution concernant l'hébergement antérieur. La ligne CHRS ou assimilés correspond aux personnes qui étaient au sein du service des LHSS. Parallèlement nous observons une baisse des structures médicales comme hébergement antérieur. Ceci confirme les données précédentes.

2.7 Provenance géographique

Provenance géographique	2017	2016
Domicile de secours pour les nouvelles entrées 2017	Nbre	Nbre
Communauté Urbaine du Grand Nancy	4	4
Nancy	4	2
Heillecourt	0	1
Vandoeuvre-les-Nancy	0	1
AUTRES COMMUNES 54	1	1
Maxéville	1	0
Pompey	0	1
AUTRES COMMUNES	1	1
Lorraine (55, 57, 88)	1	1
Totaux	6	6

L'agglomération Nancéienne reste de loin le principal « vivier » des demandes. Si les autres communes du département présentent un chiffre plutôt stable, nous constatons une baisse des orientations en provenance des autres départements de la Lorraine.

2.8 Les orientations à l'issue de la prise en charge

Motif de sortie	2017	
	Personnes	
LHSS	2	50%
Hospitalisation - centre hospitalier Erstein	1	25%
Pension de famille MYOSOTIS	1	25%
Totaux	4	100%
Présents au 31/12/2017	31	
Totaux	35	

Le nombre de sorties continue de baisser. En effet, alors qu'il y avait eu 8 sorties en 2015 et 7 sorties en 2016 nous avons seulement 4 sorties en 2017.

Contrairement à 2016 où plus de la moitié des sorties ont conduit à une hospitalisation, en 2017 une seule personne a été orientée à l'hôpital. En réalité, cette orientation n'est pas due à une dégradation de l'état de santé de la personne mais à la fin de son accueil temporaire et un retour vers l'établissement à l'origine de la demande. Il en est de même pour les deux personnes qui sont retournées aux Lits Halte Soins Santé. Ainsi, il n'y a eu qu'un seul mouvement dans le cadre de l'accueil permanent.

Concernant la quatrième sortie, il s'agit d'une véritable réorientation d'une personne prise en charge au FAM depuis 2015. C'est un projet qui s'est travaillé pendant plus d'un an avec la personne. Celle-ci souhaitait retrouver une vie hors établissement qu'elle considérait comme n'étant pas en adéquation avec ses compétences. Il a été nécessaire d'évaluer ses acquis, de travailler avec la personne sur le renforcement de ses compétences, et de l'amener au développement de certaines. Ce fut un travail long, à un rythme adapté et possible du fait de la motivation de la personne à percevoir la nécessaire évolution et le chemin à parcourir pour atteindre son objectif vers une sortie d'un établissement médico-social. Les avancées ont eu lieu par pallier, comprenant des micros objectifs construits avec la personne. Celle-ci a été actrice de son parcours et le projet a pu se concrétiser en décembre 2017. Elle a pu intégrer une pension de famille et donc accéder au logement accompagné avec l'étayage nécessaire afin de sécuriser la personne et d'assurer la pérennité de « sa nouvelle vie ».

A ce jour, il est toujours en pension de famille. L'intégration est positive et nous maintenons des échanges réguliers avec la pension de famille.

3 RAPPORT D'ACTIVITE EN SOIN PARAMEDICAL

3.1 Motif de la demande d'admission dans le service

3.1.1 Problématiques* de santé prises en comptes

* les personnes peuvent avoir plusieurs problématiques de santé

Psychiatrie	28
Addictions	26
Complications liées à l'alcool dépendance	25
Neurologie	18
Cardiologie	15
Pneumologie	14
Soins dentaires	9
Traumatologie + orthopédie	9
Hépatogastro-entérologie HGE	8
Urologie + néphrologie	8
Altération de l'état général	6
ORL	5
Endocrinologie	4
Chirurgie	3
Gynécologie	2
Dermatologie	2
Ophthalmologie	2
Cancérologie	1
Maladies infectieuses	1

Noms anonymes des Patients	Anamnèse des pathologies	TOTAL	Anamnèse des pathologies																					
			Complications liées à l'alcool dépendance	Addictions	Neurologie	Psychiatrie et troubles de la personnalité ou de l'humeur	Altération de l'état général	Endocrinologie	ORL	Cardiologie	Hépatogastro-entérologie HGE	Maladies infectieuses	Chirurgie	Traumatologie + Orthopédie	Urologie + néphro	Pneumologie	Fin de vie	Soins dentaires	Phlébo	Dermato	Handicap sensoriel	Ophthalmologie	Cancérologie	
A	psychose+toxicomanie	2		1		1																		
B	Démence post éthylique	10	1	1	1			1		1	1		1	1	1									
C	Alcoolodépendance, artérite	6	1	1				1		1			1	1										
D	Démence post éthylique	11	1	1	1	1	1			1	1		1	1		1			1		1			
E	Psychose	4		1		1				1			1											
F	Déficit intellectuel grave	4	1	1		1									1									
G	séquelles alcoolodépendance + Déficit moteur	5	1			1	1		1					1						1				
H	Psychose	5				1		1	1						1				1					
I	Psychose	2				1				1														
J	Psychothique + Déficit	6	1	1		1				1					1				1					
K	Déficit intellectuel grave	5	1	1	1	1								1										
L	Psychose + Troubles neurologiques + Cérébro lésé	3			1	1								1										
M	AVC + Alcool + Toxicomanie	9	1	1	1	1				1	1	1			1	1								
N	Psychose + Syndrome Klinefelter	5		1		1		1			1								1		1			
O	Sclérose en plaque + psychose paranoïaque	2			1	1																		
P	Complications alcoolodépendance	5	1		1	1				1										1				
Q	Déficit intellectuel	2				1														1				
R	Alcoolodépendance, pathologies cardiovasculaires	6	1	1	1		1			1				1										
S	Psychose, alcoolodépendance	6	1	1		1					1			1										1
T	Démence post éthylique	3	1							1									1					
U	Alcoolodépendance + hystérie	5	1	1	1		1								1									
V	Déficit intellectuel grave + alcoolodépendance	8	1	1	1	1				1				1		1								1
W	Démence post alcoolique	3	1	1		1																		
X	Démence post éthylique	7	1	1	1	1				1	1								1					
Y	Troubles cognitifs induits par l'alcool	4	1	1		1													1					
Z	Alcoolodépendance et complication hépatiques	5	1	1	1		1				1													
AA	trouble de l'humeur, epilepsie	4		1	1	1									1									
BB	Cérébro lésé + psychopathie	9	1	1	1	1				1	1			1		1			1					
CC	Sclérose en plaque + trouble de la personnalité	6	1	1	1	1	1		1															
DD	Complication alcoolodépendance	5	1	1	1	1				1														
EE	Addictologie	5	1	1		1				1				1										
FF	séquelles liées alcoolodépendance+déficit intellectuel	3	1	1		1																		
GG	Alcoolodépendance+troubles orthopédiques	6	1	1	1	1							1	1		1								
HH	Trouble du comportement + Alcoolodépendance	11	1	1	1	1					1	1		1	1		1		1					1
TOTAL		186	25	26	18	28	6	4	5	15	8	1	3	9	8	2	14	0	9	0	2	0	2	1

Au cours de l'année 2017, il n'y a eu que peu de mouvements de résident sur le FAM, puisqu'un seul nouveau résident a pu être accueilli à la suite d'une seule sortie au cours de l'année. Les seuls mouvements auront donc été les résidents accueillis en accueil temporaire.

Toutefois, si la population n'a pas évolué, la dégradation de l'autonomie et la majoration des troubles cognitifs chez certains résidents, ont entraîné une nette augmentation de la charge en soins, en particulier en matière d'accompagnement extérieur, puisque la plupart des résidents sont aujourd'hui dans l'incapacité de se rendre seul à leurs rendez-vous qu'ils soient médicaux ou non, comme en témoigne le tableau suivant, où si l'on constate que le temps d'accompagnement en équivalent temps plein a quasiment doublé, 10,46 équivalent temps plein au lieu de 26,26 équivalent temps plein en 2016, alors que le nombre global de consultations n'a que peu évolué.

Tableau récapitulatif consultations par spécialités 2017

FAM	Consultations	Accompagnements	Nombre d'heure
Allergologie	1	1	2,5
Anesthésie	5	5	12
Angiologie	4	4	10
Cardiologie	8	8	20
Chirurgie	16	16	40
CMS	1	1	2,5
Dentaire	44	30	70
Dermatologie	7	2	5
Diabétologie	1	1	2,5
Echographie	12	12	30
Gynécologie + Andrologie	5	5	12,5
Hépatogastroentérologie (HGE)	7	4	10
IRM + Scanner	9	9	22,5
Kinésithérapie	143	19	47,5
Maladies infectieuses	0	0	0
Médecine générale consultation extérieures	300	21	52,5
Médecine L (alcoologie)	9	2	5
Neurologie	13	8	20
Oncologie	6	3	7,5
Ophthalmologie	11	11	27,5
Orl	5	5	12,5
Orthophonie	59	17	42,5
PASS	3	3	7,5
Pharmacie	11	11	27,5
Phlébologie	6	6	15
Pneumologie	8	5	12,5
Podologue	0	0	0
Psychiatrie + EMPP + CMP	45	17	42,5
Radiologie	19	9	22,5
Rhumatologie	3	1	2,5
Traumatologie	12	7	17,5
UFATT	41	28	70
Urologie	13	8	20
Totaux	826	278	689,50

• Total accompagnement x 2 heures 30 minutes (Temps moyen)	0,46
Total heures à l'année divisé par 1512 =	

Tableau récapitulatif bilans sanguins + ECBU + INR 2017

FAM	Bilans sanguins	Nombre d'heure
Bilans sanguins	77	25h40
ECBU	14	4h40
INR (Injection Neuroleptique Retard)	97	32h20
Totaux	188	62h40

• Total en heures de la charge en soins directs =	62h40
---	--------------

Calcul du temps soignant pour ces bilans sanguins : on estime (PRN) la durée moyenne d'un soin direct Classe 1 à 20 mn que l'on multiplie par le nombre d'actes réalisés.
--

Nous pouvons noter une légère augmentation du volume de prélèvements sanguins effectués par rapport à 2016. L'ajout des INR permet de montrer une part non négligeable du travail infirmier sur le FAM, puisque ces injections obligatoires, correspondant à une prise en charge thérapeutique, ne sont pas toujours bien acceptées par les résidents.

3.2 Evaluation de la dépendance et projet d'accueil personnalisé

Le logiciel de l'UNAPEI⁸ est toujours utilisé dans le cadre de l'élaboration du Projet d'Accueil Personnalisé de chaque résident du FAM.

La connaissance de l'outil par les professionnels amène aujourd'hui à travailler sur le suivi de chaque résident une à deux fois par an, ce qui contribue à renforcer l'évaluation des besoins d'une part et à améliorer le degré d'autonomie d'autre part, permettant d'envisager des adaptations de prise en charge, voire des projets de sortie définitive du FAM, comme cela a été le cas pour un résident cette année. Les bilans PAP comprennent systématiquement des étapes de rencontres avec le résident afin qu'il puisse observer les évolutions, donner son avis, apprécier les avancées.

3.2.1 L'exemple d'un PAP d'un résident qui a pour projet une sortie de prise en charge en établissement :

➤ Identification du résident : Mr D.

➤ Evolution du profil MAP/GIR :

L'évolution du profil MAP/PAP est très positive, en effet Mr D. passe d'un profil MAP 3/GIR 5 à MAP 5/GIR6.

Il est autonome pour les actes de la vie courante et il est en capacité pour gérer sa vie quotidienne et ses relations avec son environnement, sous couvert d'un accompagnement léger de soutien. Toutefois M. D. peut être consommateur d'alcool.

⁸ Modèle d'accompagnement personnalisé qui a pour objectif une évaluation des besoins d'accompagnement humain de la personne handicapée, outil mis en place par l'Union Nationale des Associations de Parents, de Personnes Handicapées Mentales et de leurs Amis (UNAPEI).

➤ Réévaluation des objectifs :

Depuis son abstinence, Mr D. a vu ses capacités dans tous les domaines s'améliorer :

- Relation : progression pour les items rapport au danger, relation psychoaffective et sociabilité. L'équipe professionnelle note que Mr D. est dans une relation d'empathie avec les autres résidents, qu'il arrive à gérer ses émotions ou les évènements négatifs.
- Activités essentielles : les troubles du transit sont moins marqués et ne sont plus un facteur limitant pour ses déplacements à l'extérieur de la structure. Le régime alimentaire au sein du FAM n'a plus besoin d'être adapté.
- Activités domestiques : Mr D. assure l'entretien de son espace de vie (quelques aménagements de son espace personnel son à prévoir pour garantir cette autonomie).
- Concernant les activités du temps libre, Mr D. est très investi dans l'activité théâtre (3 ateliers différents, dont 1 au sein du FAM. Il gère ses déplacements (HANDISTAN) et son emploi du temps seul.
- L'équipe note également que Mr D. est un élément moteur dans les activités, notamment dans le cadre de l'activité « Cuisine le Pissenlit »⁹.
- Mr D. gère ses différents RDV et son pilulier au quotidien après qu'un professionnel lui ait préparé. Il a repris avec régularité un suivi à la maison des addictions.

➤ Proposition d'actions ciblées :

Mr D. a pris le temps de construire son projet de vie et en a été pleinement acteur. Il a acquis un niveau d'autonomie lui permettant de pouvoir tester un autre mode de prise en charge que le FAM. Il souhaite pouvoir accéder à un projet en logement. Le projet d'accueil temporaire au sein des Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT) est validé. Le dossier d'admission au sein des ACT est également validé.

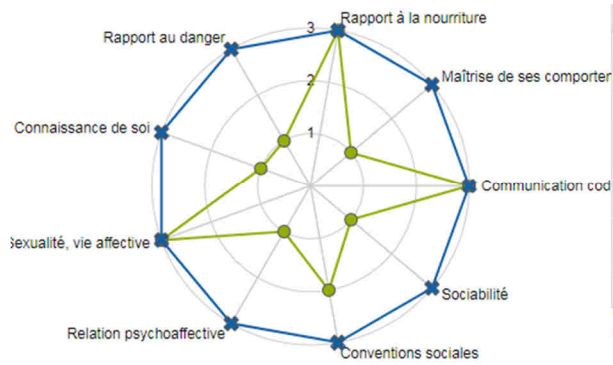
L'équipe du FAM propose de rencontrer Mr D. une fois par mois sur le dispositif des ACT ainsi que de faire le point avec les professionnels des ACT à 2 mois de son accueil temporaire.

Les graphiques ci-dessous présentent l'évolution de Mr D. entre 2016 et la fin de l'année 2017, aboutissant à son projet de vie en dehors du FAM :

En vert, l'évaluation de fin 2016,

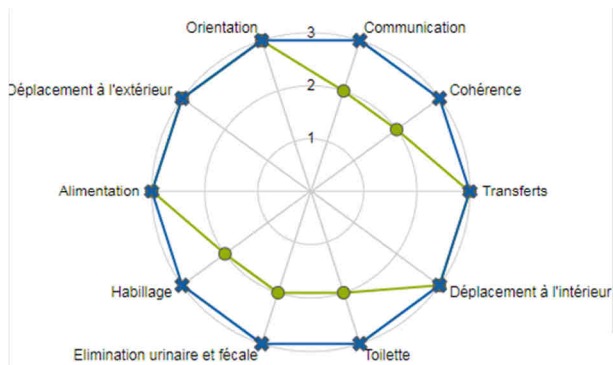
En bleu, l'évaluation fin 2017, montrant la ré-autonomisation de Mr D.

⁹ Cuisine thérapeutique



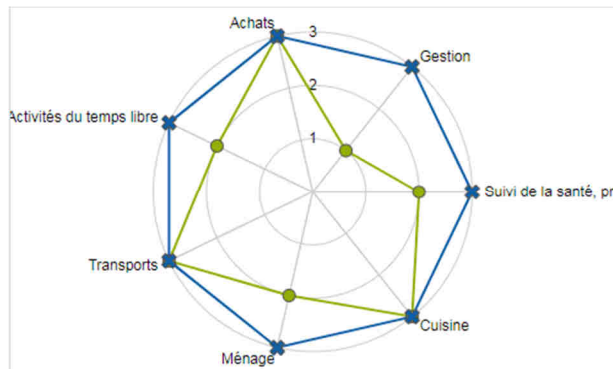
Nom	Eval. 1	Eval. 2	Evol
Communication codée	A	A	=
Sociabilité	C	A	+
Conventions sociales	B	A	+
Relation psychoaffective	C	A	+
Sexualité, vie affective	A	A	=
Connaissance de soi	C	A	+
Rapport au danger	C	A	+
Rapport à la nourriture	A	A	=
Maîtrise de ses comportements	C	A	+

* Sans objet
** Non calculé



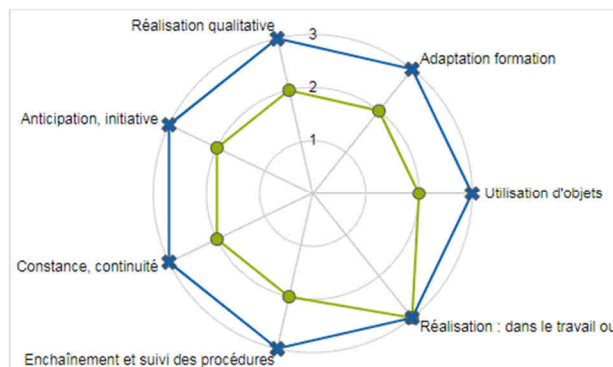
Nom	Eval. 1	Eval. 2	Evol
Transferts	A	A	=
Déplacement à l'intérieur	A	A	=
Toilette	B	A	+
Élimination urinaire et fécale	B	A	+
Habillage	B	A	+
Alimentation	A	A	=
Déplacement à l'extérieur	A	A	=
Orientation	A	A	=
Communication	B	A	+
Cohérence	B	A	+

* Sans objet
** Non calculé



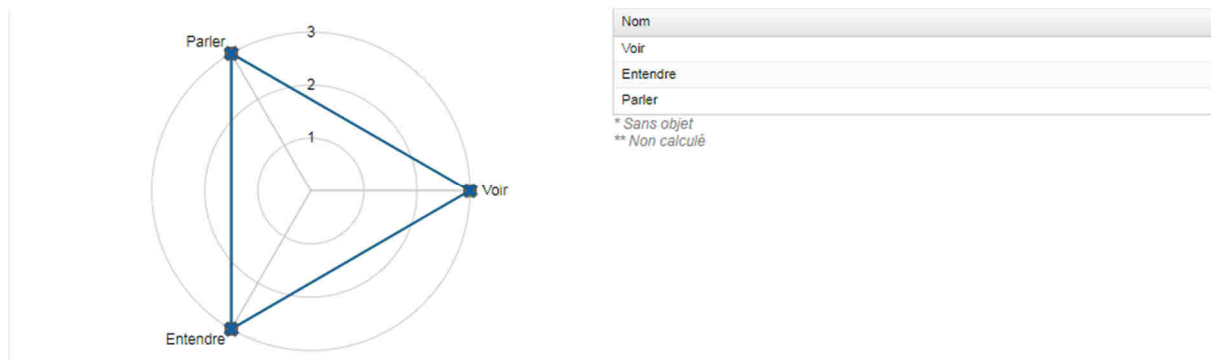
Nom	Eval. 1	Eval. 2	Evol
Suivi de la santé, prévention	B	A	+
Cuisine	A	A	=
Ménage	B	A	+
Transports	A	A	=
Activités du temps libre	B	A	+
Achats	A	A	=
Gestion	C	A	+

* Sans objet
** Non calculé



Nom	Eval. 1	Eval. 2	Evol
Utilisation d'objets	B	A	+
Réalisation : dans le travail ou par...	A	A	=
Enchaînement et suivi des procéd...	B	A	+
Constance, continuité	B	A	+
Anticipation, initiative	B	A	+
Réalisation qualitative	B	A	+
Adaptation formation	B	A	+

* Sans objet
** Non calculé



3.3 Cas clinique

3.3.1 Cas clinique dans le cadre de l'accueil permanent

M. N. est âgé de 51 ans, divorcé, père de deux enfants, avec qui les contacts furent compliqués. Il a deux frères (dont un décédé) et une sœur.

Il est bénéficiaire de l'AAH et est sous mesure de curatelle renforcée.

M. N. est un ancien légionnaire. Cette expérience aura été très marquante et un événement traumatique mettra fin à sa carrière dans la légion en 1991.

Les antécédents de M. N. sont marqués par une épilepsie, des infarctus du myocarde dont un arrêt cardiaque, ainsi que de séquelles orthopédiques de la jambe gauche et un trouble de la personnalité. Il présente un éthylo-tabagisme actif et une consommation de cannabis.

Avant son entrée au FAM, le parcours de vie de M. N. a été chaotique, entre situation d'errance, conditions de vie précaires (vie en caravane), périodes d'hospitalisation au CPN et d'incarcération.

M. N. est connu des différents services de l'association. Il a été pris en charge à plusieurs reprises sur les différents dispositifs de l'Ars. La construction d'un projet d'orientation a régulièrement été mise en échec du fait des troubles du comportement induits par les consommations d'alcool ou sa non adhésion.

M. N. est entré au FAM en 2015 dans le but de stabiliser son errance, permettre sa prise en soin et ainsi réfléchir à un projet de vie.

Le séjour au FAM est rapidement marqué par des troubles du comportement avec agressivité verbale envers le personnel et les résidents. M. N. a des difficultés avec le cadre de la collectivité ainsi qu'avec l'image que lui renvoient les autres résidents du FAM, notamment leur perte d'autonomie. De ce fait des séjours de rupture à l'hôtel seront mis en place avec son accord et celui de sa tutelle.

L'équipe note toutefois que la stabilité que lui fournit le foyer a un impact positif sur la reprise des contacts avec sa famille, notamment avec une de ses filles vivant à proximité, mais également sur ses consommations d'alcool. En effet quelques mois après son entrée au FAM, M. N. a décidé de réduire puis d'arrêter ses consommations d'alcool, en lien avec son médecin traitant.

Ainsi au début de l'année 2016, il verbalise vouloir quitter le FAM pour accéder à un logement plus autonome. Un travail de longue haleine va alors débuter.

Le Projet d'Accueil Personnalisé de M. N. a permis de mettre en avant les objectifs à travailler et de fixer les référents de ce projet. Un travail conjoint social et paramédical a été nécessaire pour accompagner M. N. dans son projet de vie.

M. N. a été acteur de son projet, en remplissant une grille d'auto-évaluation. Cette même grille était également remplie par les référents du projet. Ce travail a permis à l'équipe et à M. N. de suivre l'évolution de son autonomie pour les gestes de la vie courante.

L'implication de M. N. dans ce projet a été fluctuante. Des réajustements réguliers ont été nécessaires. Mais il semblerait qu'après un séjour d'une semaine chez une de ses filles, M. N. ait pris la mesure des efforts à fournir notamment au niveau des soins d'hygiène.

Fin 2017 les différents objectifs fixés acquis et en accord avec sa tutelle, la décision d'orientation en pension de famille sera actée. La sortie du foyer se fera avec la mise en place d'un accompagnement paramédical libéral et d'une aide ménagère.

A l'heure actuelle, tout se déroule bien pour M. N.

Le Séjour au FAM de M. N. met en lumière plusieurs aspects :

- La stabilité offerte par le FAM chez des résidents en errance, permettant de reprendre soin d'eux et ainsi envisager de construire un projet de vie ;
- L'importance de la reprise des contacts familiaux et le soutien qu'ils apportent, quand ils sont possibles ;
- Le bénéfice indéniable et l'efficacité apportés par la prise en charge pluridisciplinaire au FAM, en relation avec les partenaires extérieurs, médecin traitant et tutelle notamment.

3.4 Psychologue

La fonction de psychologue est nouvelle dans le service du FAM, son temps de présence est de 0.3 ETP. Les objectifs de cette première année d'activité ont consisté à trouver une place et un rôle tant auprès des résidents que du groupe professionnel. L'action du psychologue a été orientée par 3 axes :

- ouverture et coordination avec l'extérieur ;
- activités au sein du groupe des professionnels ;
- réponses aux besoins des résidents sur le plan psychique et cognitif.

3.4.1 Ouverture et coordination du service avec l'extérieur.

L'objectif est de s'appuyer sur les compétences du réseau existant et de coordonner les actions autour du résident. Cette année le psychologue a ainsi mis en place :

- L'organisation d'une Visite de la nouvelle structure d'hébergement pour personnes présentant des troubles cognitifs (Chez Nat') ;
- L'organisation d'une rencontre avec l'Association des Familles de Traumatisés Crâniens et Cérébro-lésés de Lorraine (AFTC) pour présenter les conséquences comportementales des lésions cérébrales et des pistes de réponse à apporter. Cette rencontre a également permis de présenter les dispositifs existants pour la prise en charge des personnes victimes de cérébro lésion ou traumatismes crâniens ;
- Des actes de coordination avec les CMP, le CPN, et l'AFTC ;

- La participation à des Commissions d'Etude des Situations Individuelles Critiques (CESIC) organisées par la MDPH pour la mise en place de Plans d'accompagnement Global (PAG) ;
- La coordination avec les professionnels de l'Activité théâtre mise en œuvre au sein du FAM afin d'échanger sur les observations et les besoins des participants ;
- La coordination avec les professionnels de la médiation canine afin d'échanger sur les observations et les besoins des participants.

3.4.2 L'activité auprès de l'équipe pluridisciplinaire du FAM et la coordination interne :

Le psychologue, dans le cadre du secret partagé, propose une lecture clinique des situations qu'il partage avec l'équipe lors des différentes réunions et lors de l'élaboration des projets personnalisés. Il a également participé à la création d'un socle commun de connaissances autour des problématiques psychologiques et cognitives rencontrées par les résidents du FAM. L'objectif étant d'adapter les prises en charge au plus près des singularités des résidents et de repérer leurs besoins spécifiques dans une dynamique de bienveillance.

La mise en œuvre de cet axe s'est effectuée au travers :

- Une présentation sur les troubles des fonctions cognitives proposée à l'équipe pluridisciplinaire par le psychologue de FAM lors de deux sessions ;
- Une Réunion avec l'équipe technique et les agents de service du FAM afin de donner des pistes de compréhension autour des potentiels troubles du comportement des résidents et leur impact sur les professionnels de ce service transversal ;
- Une présentation sur le repérage de la crise suicidaire chez les résidents effectuée par le psychologue du FAM ;
- La participation à l'élaboration de Projets d'Accompagnement Personnalisé (PAP) ;
- La participation aux réunions médicales ;
- La présence aux réunions de transmission ;
- La participation aux réunions sociales.

3.4.3 Les prestations de soutien et d'accompagnement, pour répondre à des besoins en lien avec les fonctions du cerveau (cognitives et psychiques).

Les personnes vivant au sein du FAM souffrent de troubles cognitifs ou psychiques et ont un parcours de vie marqué par la précarité. L'approche clinique consiste alors à aller chercher le résident dans son lieu de vie par une présence et une visibilité dans le service afin de saisir la demande dans l'ici et le maintenant. Une rencontre quotidienne avec les résidents permet de repérer et de proposer un soutien immédiat si besoin (événement de vie, résolution de conflit,...). Lorsqu'une problématique est repérée, le choix du lieu d'entretien se fait au cas par cas, il peut être dans le bureau du psychologue, en chambre ou dans des tiers-lieux (banc, couloirs,...).

De plus, afin d'assurer une continuité de service, une boîte aux lettres de liaison avec le psychologue et accessible à tous a été mise en place pour permettre une certaine continuité malgré la présence du psychologue à temps partiel. Chaque résident possède une carte nominative qu'il peut placer dans la boîte, il sera ensuite rencontré par le psychologue dès son retour sur le service (le planning du psychologue est affiché de manière accessible pour les résidents).

Enfin des suivis plus structurés et inscrits dans le temps sont proposés aux résidents qui en font la demande.

Le psychologue a ainsi :

- Participé à un atelier repas ;
- Effectué des entretiens individuels ;
- Effectué des entretiens de groupe.

3.4.4 Autres.

- Accueil et encadrement d'une stagiaire psychologue ;
- Formation : CREAL « vers une nouvelle culture de l'action sociale et médico sociale ;
- Réunions (commissions d'admission, réunion de pôle).

En synthèse :

Axes d'actions	catégories	Nombre d'actes	total
Ouverture et coordination vers l'extérieur	Organisation rencontres partenaires	2	32
	Coordination (CESIC,...)	30	
Activité auprès de l'équipe pluridisciplinaire du FAM et coordination interne	Information équipe	4	123
	PAP	10	
	Réunion de transmissions	82	
	Réunion médico-sociale	27	
Soutien et accompagnement des résidents	Rencontre individuelle	167	169
	Entretien de groupe	2	
Autres	Accueil stagiaire psychologue	1	15
	formation	1	
	Réunion de pôle, commission d'admission, entretien avec la directrice	13	

3.4.5 Conclusion de l'activité du psychologue

La fonction de psychologue étant nouvelle au sein du service du FAM, cette année a été marquée par la recherche d'une organisation incluant le psychologue comme la participation aux réunions d'équipe ou la création de fiches psychologue dans le dossier de soins. Un travail d'intégration auprès des résidents a également été mis en place. Ce travail a consisté à présenter le rôle et les missions du psychologue à chaque résident en individuel tout en incluant les notions de soutien psychologique, de secret professionnel et de secret partagé, ce qui, du point de vue des résidents, positionne le psychologue du service dans une place proche du tiers inclus.

3.5 Suivi social

Le maintien de l'autonomie des résidents et les actions socialisantes

Les foyers d'accueil médicalisés ont vocation à mettre en œuvre différents accompagnements pour les personnes accueillies qui se trouvent en structure collective au sein de l'établissement parce qu'elles rencontrent des limitations dans leur autonomie, dans leur relation aux autres et dans l'expression de leur choix et de leur consentement.

Il s'agit donc de proposer des accompagnements collectifs et individuels qui garantissent à la fois l'individualisation de la prise en charge et les objectifs de socialisation, et l'équilibre entre activités collectives et individuelles.

Il s'agit¹⁰ notamment de :

- Développer toutes les possibilités de communication verbale, motrice ou sensorielle, avec le recours à une aide humaine et, si besoin, à une aide technique ;
- Développer les potentialités par une stimulation adaptée [...], maintenir les acquis et favoriser l'apprentissage et l'autonomie par des actions socio-éducatives adaptées en les accompagnants dans l'accomplissement de tous les actes de la vie quotidienne ;
- Favoriser la participation à une vie sociale, culturelle et sportive par des activités adaptées ;
- De porter une attention permanente à toute expression d'une souffrance physique ou psychique ;
- Veiller au développement de la vie affective et au maintien du lien avec la famille ou les proches.

Ainsi, tout au long de l'année, selon les projets individuels des résidents et/ou les sollicitations collectives, émergeant notamment dans le cadre du Conseil de la Vie Sociale du FAM, différents accompagnements sont mis en place afin de répondre aux objectifs ci-dessus.

¹⁰ Décret n° 2009-322 du 20 mars 2009 relatif aux obligations des établissements et services accueillant ou accompagnant des personnes handicapées adultes n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie, article D. 344-5-1.

3.5.1 Le suivi social individuel

La protection des majeurs en 2017 : rappel

L'Article 425 du code civil précise que toute personne dans l'impossibilité de pourvoir seule à ses intérêts en raison d'une altération, médicalement constatée, soit de ses facultés mentales, soit de ses facultés corporelles de nature à empêcher l'expression de sa volonté peut bénéficier d'une mesure de protection juridique.

Ainsi la majorité des résidents du FAM bénéficient d'une mesure de tutelle ou de curatelle renforcée. La tutelle est une mesure judiciaire destinée à protéger une personne majeure et/ou tout ou partie de son patrimoine si elle n'est plus en état de pourvoir seule à ses intérêts, grâce à l'aide d'un tuteur qui peut le représenter dans les actes de la vie civile. La curatelle est également une mesure judiciaire destinée à protéger une personne majeure. Toutefois, la personne peut accomplir seul les actes d'administration (par exemple : effectuer des travaux d'entretiens dans son logement). Il doit obtenir l'autorisation du curateur, ou à défaut celle du juge, pour accomplir les actes de disposition (par exemple : vendre un appartement). Le juge peut demander un régime de curatelle renforcée : le curateur perçoit alors les revenus de la personne protégée, règle les dépenses de celle-ci auprès des tiers, et lui reverse l'excédent.

Type de mesure	Nombre
Curatelle renforcée	17
Tutelle	9
Personne sans protection	8

Mandataires	Nombre
UDAF	6
UTML	3
Privé	1

35 personnes accueillis en 2017

Travail autour de l'orientation au FAM Pierre VIVIER

Une des particularités des Foyers d'Accueil Médicalisés est d'être avant tout, des lieux de vie mais qui proposent également des soins.

Pour la plupart des résidents accueillis au FAM Pierre VIVIER l'accompagnement dure le plus souvent plusieurs années, voire toute une vie d'adulte.

Favoriser le projet de vie de chacun se traduit par la mise en place d'un projet individualisé évolutif. Naturellement lorsque l'évaluation de la situation médicale ou sociale d'un résident tend vers une inadaptation progressive de l'établissement à répondre à ses besoins ou à son projet, nous devons nous tourner vers d'autres partenaires en capacité.

Cette réflexion est, et doit être partagée par un questionnement pluridisciplinaire au sein des équipes du FAM, accompagnée par un travail coopératif des différents corps de métier ainsi que les partenaires extérieurs à la structure.

Exemple d'un projet de sortie vers une EHPAD

Après une hospitalisation en 2002, Mme A. est allée vivre chez sa mère. Elle est restée vivre plus de 10 ans chez celle-ci. Suite à une hospitalisation de la mère de Mme, le Juge des tutelles avait alors fixé la résidence de Mme A. de façon temporaire chez son fils, jusqu'à ce qu'une place adaptée à sa situation soit trouvée.

A l'entrée de Mme A. au FAM les relations intrafamiliales sont extrêmement conflictuelles. Chacun des membres de la famille met des stratégies d'hostilités en place et Mme A. est le principal objet servant à alimenter cette rivalité.

L'accueil au FAM permet alors notamment d'imposer une distanciation et une régulation de la problématique familiale.

Mme A. nécessite un accompagnement au quotidien, notamment en ce qui concerne son hygiène, son alimentation, et son rythme de vie. Elle a également besoin d'un accompagnement social pour toutes ses démarches administratives. Elle bénéficie d'une mesure de tutelle.

C'est une personne qui a besoin d'être stimulée quotidiennement car elle n'exprime aucune envie particulière et reste souvent inactive.

L'atténuation de la crispation intrafamiliale a permis à Mme A. d'évoluer positivement et d'adhérer à certaine activité.

L'accompagnement médical et social reste indispensable.

Cependant l'évolution de la situation de Mme A. ainsi que son âge, nous conduisent à penser qu'une prise en charge en établissement EHPAD semble adéquate.

Différents dossiers de demande d'entrée en EHPAD ont été réalisés en accord avec Mme A. et sa famille. Actuellement, les dossiers sont sur listes d'attentes au sein de plusieurs EHPAD qui la rapprocheraient géographiquement de sa famille sans être trop proche. L'apaisement des relations familiales nous permettent aujourd'hui cet objectif.

Une relation partenariale avec les établissements EHPAD ainsi qu'un travail de coopération avec le service de tutelle et la famille lorsqu'elle est présente, sont indispensables afin de concrétiser cette orientation.

Exemple d'un projet d'essai vers un appartement de Coordination Thérapeutique

Nous n'avons que peu d'éléments sur l'histoire de monsieur B. Il est souvent dans l'affabulation de son histoire personnelle. Il est difficile d'avoir une certitude quant à ses dires.

Son histoire personnelle est ponctuée d'instabilités provoquées en grande partie par son addiction à l'alcool. M. B. est paraplégique résultant d'un traumatisme dû à une défenestration et donc une chute de plusieurs mètres.

Il est très autonome dans ses déplacements à l'extérieur du foyer malgré l'utilisation obligatoire de son fauteuil roulant. Il est souvent agréable dans la relation à autrui.

M. B. a été obligé, il y a quelques temps, de suivre une thérapie et des soins conséquents. Depuis il a pris ses distances avec son addiction à l'alcool et ainsi il a pu envisager un projet de vie différent qu'une prise en charge au FAM.

Son abstinence totale a rendu possible une réflexion avec les professionnels de la structure et M. B. autour d'un projet de sortie plus autonome.

M. B. demande à pouvoir tester ses capacités en appartement. Il se sent près pour avoir une autonomie plus grande tout en ayant conscience de ses limites, notamment physiques. Il souhaite bénéficier d'une prestation de compensation du handicap (PCH)¹¹. Le dossier a été déposé à la MDPH et est en attente.

Un travail autour du plaisir et du réinvestissement à l'estime de soi a été fructueux. La mise en place de l'activité chant dans un premier temps et aujourd'hui les cours de théâtre au sein de l'établissement, puis à l'extérieur dans le cadre d'un réseau associatif sont preuves des possibilités de concrétisation de projets pour M. B.

Il sait exploiter au mieux ses capacités en atelier cuisine. Il sait faire les achats, envisager une recette et la mettre en pratique. Par contre nous sommes dans l'impossibilité d'évaluer son autonomie pour la confection des repas quotidiennement dans la durée.

M. B. est en demande de tester ses capacités de vie en autonomie en appartement. Il a besoin de l'encadrement médical qui peut se mettre en place avec des infirmiers libéraux, et d'une aide humaine pour assurer ses toilettes quotidiennes.

Un séjour temporaire en Appartement de Coordination Thérapeutique à sa demande et porté par l'équipe du FAM est prévu afin de tester les compétences de monsieur dans un cadre d'autonomie de vie quotidienne.

Là encore la coopération avec les différents acteurs sociaux et médicaux internes et externes autour de M. B ont permis les analyses et les évaluations progressives nécessaires pour amener ce projet à terme. La volonté et la participation de M. B. est également au cœur de ce processus.

Exemple d'un projet de sortie vers une pension de famille

Monsieur C. est connu de l'association pour avoir été pris en charge plusieurs fois et dans différents services. Son parcours de vie est marqué par l'errance et une alcoolo-dépendance récurrente et constante depuis plusieurs années.

Il a été admis au Foyer d'Accueil Médicalisé en 2015. Les objectifs de cette admission en FAM étaient de poursuivre une réelle prise en charge médicale. L'admission dans une chambre seule lui a permis d'investir un endroit à lui, un chez soi.

La prise en charge spécifique ainsi qu'un travail sur la stabilisation de son logement à eu des effets très positifs et impensables jusque là, sur le mode de vie de M. C.. Cette évolution positive a permis également la reprise de contacts familiaux. A noter que les problématiques d'errance renforcent

¹¹ C'est une aide financière versée par les Départements. Elle est destinée à rembourser les dépenses liées à la perte d'autonomie. Son attribution dépend du degré d'autonomie, de l'âge, des ressources et de la résidence.

l'isolement des personnes du fait d'un mode de vie souvent trop dégradé pour maintenir des liens familiaux positifs. Le FAM joue à ce sujet un rôle essentiel auprès des personnes accueillies grâce à la reprise d'une vie plus stable, une prise en compte de soi et de sa santé. Ces évolutions rassurent petit à petit les familles et les proches, qui retrouvent alors la personne dans un cadre plus serein et plus adapté à l'établissement de relations familiales.

M. C. a pris conscience de l'impact destructeur de l'alcool sur sa vie. Il a décidé de son abstinence soutenue et suivie par son médecin. Cette évolution nous a permis de travailler son souhait d'un projet de prise d'autonomie et la vérification de celle-ci. Petit à petit, M. C. ne se sentait plus à sa place dans le collectif du FAM. L'image que les autres résidents lui renvoyaient ne résonnait plus en appartenance à ce groupe et la vie au FAM était de moins en moins tolérable pour lui au vu de sa progression.

Nous avons mis en place une réflexion avec lui autour d'un projet d'une éventuelle sortie du FAM. Ce travail a été mené sur une durée de plus de deux ans : distanciation avec la dépendance, réapprentissage de son autonomie, remise en confiance, entretien autour d'un comportement social adéquat....

Nous avons réajusté l'évaluation de sa situation au fur et à mesure de nos interventions et de l'évolution de M. C.

Nos constats de vie en collectivité, sur les points évalués par rapport à son autonomie, sont progressivement positifs

- Hygiène corporelle
- Entretien de sa chambre
- Lessive
- Levée autonome
- Prise de rendez-vous avec la tutelle
- Trajets en bus pour se rendre aux rendez-vous avec la tutelle
- Gestion de son pécule hebdomadaire avec versement sur son compte bancaire
- Achat de son tabac
- Reprise de contacts avec ses deux filles
- Séjour 1 semaine chez une de ses deux filles

Certains points nécessiteront un encadrement

- Prise du traitement médical supervisé par les infirmiers du FAM. Une organisation d'intervention d'un infirmier libéral sera mise en place à sa sortie.
- Livre de recettes simples. Un livret sera confectionné avec lui pour qu'il puisse améliorer son autonomie pour la confection de ses repas.
- Une aide ménagère sera également mise en place pour un réapprentissage autour des courses à faire.

Nous avons évalué avec son mandataire curatelle renforcée UTML, que le départ de M. C. ne pourrait se faire que si nous étions assurés que les derniers objectifs visés seraient validés.

M. C. est entré en Pension de Famille mi-décembre 2017. Nous effectuons des visites mensuelles afin d'accompagner la prise en charge. Mais nous estimons qu'elles n'auront plus lieu d'être d'ici peu.

C'est grâce au travail pluridisciplinaire de l'équipe du FAM, et la volonté de M. C d'accéder à l'autonomie qui ont rendu possible ce projet de sortie du FAM.

La réalisation de cet objectif de vie pour ce monsieur est une prouesse commune et partagée au vu de son parcours et de son histoire. Ce travail nous montre que la collaboration interprofessionnelle et partenariale est fondamentale dans les actions menées auprès de notre public.

Exemple d'un possible projet de sortie vers une MAS

Une orientation en MAS est prononcée par les services de la MDPH le 17/06/2015 avec un maintien en FAM jusqu'à obtention d'une place pour M. D. L'état de santé de ce monsieur nécessite une prise en charge qui devient difficile à assurer pour les professionnels du FAM.

Des contacts avec plusieurs MAS ont été entrepris dès fin 2014.

Des contacts ont été pris avec l'AFTC afin d'aborder la situation particulière de M. D. et de réfléchir à une orientation la plus adaptée possible pour lui.

En avril 2015, nous obtenons la possibilité d'une place à la MAS de TOUL qui vient d'ouvrir ses portes. En préambule un stage de quelques semaines est organisé pour évaluer l'adaptation de M. D. à l'environnement.

Ce stage d'accueil progressif ne s'est pas soldé de manière concluante. Le public accueilli était bien plus jeune que M. D. et le passé de grand marginal de celui-ci, s'est avéré un frein. La demande d'orientation vers cet établissement est présentée par la MAS comme non adaptée.

N'ayant pas de possibilités concrètes sur les différents sites sollicités pour une orientation MAS en France, nous nous sommes intéressés à la possibilité qu'offre la Belgique.

Le 30/08/2016, nous avons fait une visite à la MAS de la Canopée en Belgique avec M. D. pour évaluer la pertinence de ce possible accueil. Pour l'équipe pluri professionnelle du FAM et la tutrice de M. D. la proposition de prise en charge semble adaptée à la situation médicale et psychologique de M. D.

En décembre 2016, nous sommes prévenus qu'une place serait disponible dès fin janvier 2017. Les dossiers et documents administratifs ont été transmis aux services administratifs français afin de pouvoir concrétiser cette admission en établissement approprié pour M. D.

Décembre 2016, le FAM reçoit une confirmation de la possibilité d'admission imminente pour M. D. au sein de la MAS Le HOUPIER en Belgique au sein de la même association de l'établissement visité précédemment avec M. D. Cette admission hors frontières est invalidée par les services de la MDPH en mai 2017. Les services de tutelle font recours à cette décision en juillet 2017. En effet, il s'avère que les services Belge, en cas d'inadaptation, renvoient précipitamment la personne accueillie en France, sans garantir l'attente d'une nouvelle place en France. Cette pratique met en danger le parcours de M. D. dans le cas où la MAS ne souhaiterait plus maintenir la prise en charge de M. D.

L'orientation MAS semble toujours un bon objectif de prise en charge compte tenu de la perte de capacités progressives de M. S.

Une Cescic¹² est organisée à l'Agence Régionale de Santé Grand Est en septembre 2017 au sujet de M. D.

Un coordonnateur PAG¹³ est identifié au sein du FAM pour le suivi du parcours de M. D. Des dossiers de demande dans d'autres MAS sont en cours, sept d'entre elles ont été sollicitées. Il nous faudra visiter chacune d'entre elles pour nous assurer de l'adaptation réelle de la structure aux besoins de M. D.

Pour ce cas précis nous n'avons pas de solution concrète à l'heure actuelle. Des acteurs de tous horizons ont été interpellés afin de nous aider à résoudre ce manque. Il nous tient à cœur de respecter l'adéquation des structures dans nos recherches de moyen. C'est pourquoi la visite des établissements demeure indispensable.

Conclusion de l'action sociale et pluridisciplinaire conduite au FAM

«Depuis 2015, l'ensemble des territoires s'est engagé progressivement dans la démarche «Une réponse accompagnée pour tous ». Au cœur de la démarche, le droit pour les personnes de demander l'élaboration d'un plan d'accompagnement global (PAG), introduit par l'article 89 de la loi de modernisation de notre système de santé, entre pleinement en vigueur au 1^{er} janvier 2018.»

«Le projet « Une réponse accompagnée pour tous » est une mise en mouvement progressive et concertée de l'ensemble des acteurs d'un territoire. Elle se généralise ainsi dans une dynamique de co-responsabilité des acteurs afin d'être au rendez-vous de la réponse aux situations sans solution. »

Réf : site CNSA.

Nous illustrons ici, par différentes études de cas, que le Parcours Accompagné fait parti de notre savoir faire professionnel médico-social.

Qu'il fait parti (sans l'avoir nommé ainsi jusque là) de la démarche de prise en charge des projets de vie des résidents dans notre établissement avant le 1^{er} janvier 2018.

Bilan du Conseil de Vie Sociale FAM Pierre VIVIER

Le Conseil de la Vie Sociale (CVS) est une instance qui doit favoriser l'expression des personnes accueillies au sein du Foyer d'Accueil Médicalisé.

Il est composé de différents membres. Ainsi y participent la directrice du Pôle CHRS & Santé, l'animateur, une AMP et quatre résidents. L'un d'eux est président et secrétaire du CVS. Celui-ci, à l'issue d'une séance, est chargé de rédiger le compte rendu en lien avec l'animateur.

12 Dispositif d'alerte et de traitement des « situations critiques » : A l'échelon départemental, les MDPH mettent en place une commission en charge de la gestion des situations critiques. A l'échelon régional, les Agence Régionale de Santé désignent un référent régional ayant pour mission d'identifier des solutions régionales pour prendre en charge et accueillir les personnes pour lesquelles aucune solution n'a pu être identifiée par les MDPH.

13 Plan d'accompagnement global : élaboré par L'équipe pluridisciplinaire de la MDPH, le PAG est proposé d'élaborer dans l'un des trois cas suivants : par manque de place ou inadéquation des réponses connues ; en cas de complexité de la réponse à apporter ou de rupture de parcours ; dans la perspective d'améliorer la qualité de l'accompagnement.

Les membres du Conseil de la vie sociale formulent des avis et des propositions sur toute question intéressant le fonctionnement de l'établissement ou du service. Sont particulièrement concernés l'organisation intérieure, la vie quotidienne, les activités, l'animation socio-culturelle et les services thérapeutiques, et les projets de travaux et d'équipements.

En 2017, 4 Réunions Conseil de la vie sociale ont eu lieu.

Ainsi voici quelques exemples de sujets qui ont pu être abordés au cours de l'année 2017 en Conseil de la Vie Sociale :

- **Les fêtes de fin d'année 2017 :**

Lors du CVS le sujet a pu être abordé. Les membres ont pu faire part de leurs souhaits concernant les repas et les animations qu'ils souhaitaient voire mis en place.

Pour les différents repas les membres ont fait part de leurs envies. Ensuite l'encadrement a pu travailler avec le prestataire afin de construire des menus qui tiennent compte des souhaits de résidents. Comme chaque année cela a pu être le cas et différentes demandes ont pu être satisfaites. Les résidents souhaitaient également pouvoir prendre un verre de crémant à l'apéritif pour les repas du 24 décembre soir et du 31 décembre soir. Après consultation du médecin coordonnateur nous avons pu accéder à leur demande et ils ont pu avoir un apéritif lors de ces repas.

Concernant les animations, les membres du CVS ont relayé le souhait des résidents et nous avons mis en place un karaoké et faire appel à un prestataire magicien.

- **Les travaux :**

Lors du CVS les différents chantiers prévus sur le site Pierre Vivier ont pu être abordés. En effet en 2017 deux chantiers ont débuté. L'un concerne la construction de quatre nouvelles salles dédiées à l'autonomie, en lieu et place de l'ancienne terrasse couverte du FAM. L'autre concerne la construction d'un nouveau service sur le site, des Lits d'Accueil Médicalisés.

Les membres du CVS se sont montrés très intéressés par ces deux chantiers. Des sujets comme le déroulement, le calendrier, l'accessibilité ou encore le circuit d'évacuation ont pu être abordés.

Ils se sont également montrés très curieux concernant le nouvel espace autonomie et ces quatre nouveaux espaces dédiés :

- Une salle bien être avec une baignoire à bulles, adaptée et accessible aux personnes à mobilité réduite ;
- Une salle d'activités physiques ;
- Une salle de remédiation cognitive ;
- Un salon d'accueil pour les familles et proches.

- **L'évacuation en cas d'incendie :**

Le CVS est aussi une instance qui permet d'aborder des questions de sécurité au sein du site.

Ainsi la directrice du Pôle CHRS & Santé a pu échanger avec les membres sur la question de l'évacuation en cas d'incendie et à pu préciser quelques principes de base.

- **L'alimentation :**

Cette instance est aussi l'occasion de recueillir les souhaits et envies des résidents concernant les repas. Chaque demande fait l'objet d'un échange et d'une réflexion afin de toujours essayer d'améliorer les menus en lien avec notre prestataire.

- **L'organisation du réfectoire :**

Les résidents ont pu faire part de leur souhait de réaménager et décorer la salle à manger. La réflexion va se poursuivre en 2018 afin d'envisager des travaux de réaménagement et de décoration.

Enfin le CVS est aussi le lieu où les résidents peuvent échanger sur le quotidien et la vie en collectivité. La question du respect et du savoir être est un sujet qui leur tient à cœur.

3.5.2 Animation – Sorties extérieures

Pensée créative et ateliers artistiques

L'atelier théâtre

Chaque année, nous avons à cœur de proposer aux résidents des ateliers visant à l'ouverture artistique, à la créativité et à l'expression. L'année 2015 était placée sous le signe de la musique où l'atelier musique instauré depuis 2013 a évolué vers l'écriture et la composition de chansons. Le projet de réaliser un disque a abouti. On y découvre des textes introspectifs, drôles et touchants inspirés de tranches de vie des résidents et écrits avec leur participation active.

En 2016, l'équipe sociale a longuement mûri l'idée de poursuivre un travail sur l'expression verbale et corporelle par la mise en place d'un atelier théâtre dans l'optique de continuer à stimuler les capacités artistiques et créatives de nos hébergés.

Au cours de l'année 2017, nous avons fait appel à l'association AUTREMENT DIT qui est un collectif d'artistes de la région Lorraine intervenant auprès de personnes handicapées, fragilisées, par leurs conditions ou parcours de vie qui propose des ateliers d'expression théâtrale. Nous avons échangé avec deux de ces artistes et avons été séduit par leur éthique de travail et leur façon d'aborder les publics vulnérables.

Depuis juin 2017, nous travaillons en partenariat avec Christophe RAGONNET, acteur, danseur, performeur et metteur en scène. Son parcours d'éducateur et d'enseignant en prévention spécialisée et en milieu carcéral lui confère une grande ouverture d'esprit et a certainement facilité sa capacité à entrer en contact avec notre public.

Il propose des ateliers hebdomadaires, tous les jeudis matin de 9h30 à 11h30 au sein du FAM. Environ 7 résidents participent assidument à cette activité accompagnée d'un ou deux professionnels de l'équipe sociale.

Le groupe est très hétérogène, il est composé de personnes ayant des profils, pathologies, troubles et capacités très différentes. Néanmoins, Christophe parvient à créer un équilibre et une harmonie entre les membres du groupe. Son sens aiguisé de l'observation et de l'écoute lui permet de s'adapter et de respecter la singularité de chacun. Il diversifie ses interventions et ne manque pas d'imagination ce qui a le don d'entretenir une dynamique tout au long de la séance.

Il accorde autant d'importance à l'expression verbale qu'à l'expression corporelle et invite chacun au « lâcher-prise », à sortir de soi et de la réalité, à oser raconter, à écouter l'autre, à jouer ensemble et partager un moment convivial.

Il prodigue des conseils personnalisés, valorise la moindre potentialité, stimule les capacités d'expression et ainsi permet à chacun de trouver sa place au sein de l'atelier.

Créativité et semaine du goût

Cette année la semaine du goût avait pour thème le chocolat. Ce qui fût très apprécié par les personnes accueillies. En plus de certains plats confectionnés par notre prestataire à base de chocolat, nous avons tout au long de la semaine mis en place des activités autour du chocolat. De nombreux ateliers pâtisserie ont été mis en place avec une grande variété de recettes. Cela a permis de cuisiner le chocolat de façon moins classique et de déguster de nombreux plats. La visite d'une chocolaterie de Nancy a également eu lieu et de nombreux résidents ont pu découvrir la façon dont on travaille le chocolat pour ravir petits et grands. Bien sûr cette visite s'est finie par une dégustation.

Au fil du calendrier

Pour les fêtes de fin d'année les résidents ont préparés des décorations à l'aide de matériel récupéré comme des pommes de pin, des bouchons en plastique et autres éléments de décoration, afin créer des petits sapins de Noël, laissant place à la créativité de chacun.

Enfin le site Pierre Vivier a été décoré (sapins, guirlandes, création des résidents...).

	Atelier poterie	Atelier créatif pour la fête du printemps	Atelier créatif sur le thème d'halloween	Ateliers sur le thème du chocolat durant la semaine du goût	Ateliers créatifs pour les fêtes de fin d'année
Nombre de résidents	3	4	4	15	15
Nombre d'interventions	1	1	1	1	1

Communication, gestion des émotions, éveil cognitif et médiation animale

La médiation animale

Lors des réunions du Conseil de la Vie Sociale, les résidents ont exprimé le souhait que des activités en lien avec les animaux soient mises en place au sein du FAM et que des sorties extérieures en lien avec les animaux soient également organisées. Nous avons alors proposé différents supports que les résidents ont appréciés :

- **Asino thérapie**

Ainsi nous avons rencontré l'association « La Compagnie des ânes » située à Eulmont. Sa vocation est une approche de la nature et de l'animal. Elle propose aux résidents des visites commentées et participatives du poulailler, de la chèvrerie, des vergers et du patrimoine. La médiation animale, notamment avec les ânes, contribue à apporter du bien-être aux résidents, suscite des réactions en favorisant leur potentiel cognitif, psychologique ou social. Les sorties au sein de cette structure ont connu un franc succès auprès de certains résidents qui ont tissé un lien affectif avec ces animaux particulièrement doux et affectueux.

- **Médiation canine**

Dans le prolongement de ce type d'activité, des séances de médiation canine ont été mises en place au cours de l'année 2017. Deux éducatrices canines interviennent tous les 15 jours au sein du service. Elles sont accompagnées de leurs 3 chiens : Juno (un mâle Border Collie), Louna (une femelle Jack Russel) et Maë (une femelle Bouvier Bernois). Les séances durent 2 heures et se composent d'un temps à l'extérieur : promenade avec les chiens et d'un temps à l'intérieur : brosser, caresser, jouer, partager avec les chiens.

Nous constatons que les participants bénéficient des bienfaits de la présence animale et cette action répond positivement à la demande du Conseil de la Vie Sociale du FAM.

Le contact avec les chiens permet de créer du lien social entre les résidents. Source et objet d'affection, partenaire d'une relation dans laquelle il n'y a pas de jugement, les chiens favorisent la distraction et facilitent les contacts sociaux et citoyens.

Ils suscitent également des réactions positives (sourires, rires) chez les résidents même les plus isolés et fragilisés. Les moments passés en leur compagnie procurent un bien-être, de l'apaisement par le contact physique, les caresses, les moments de jeux. Les séances favorisent aussi l'expression et développent la valorisation en permettant à chacun de se sentir responsable par sa participation au toilettage, prendre soin de l'animal et de pouvoir échanger avec les animaux.

La médiation canine est une ouverture qui alterne les temps ritualisés des prises en charges avec des temps et des supports où les personnes accueillies sortent de leur quotidien. Ces séances animent leur curiosité, suscite de l'envie et du plaisir, brise la solitude et aident certains à reprendre contact avec leurs émotions.

	Compagnie des ânes (Eulmont 54)	Médiation canine	Atelier théâtre
Nombre de résidents	4	13	7
Nombre d'interventions	16	11	17

Maintien de l'autonomie, gestion du stress et éveil musculaire

Les personnes accueillies au sein du FAM revendiquent le besoin de pouvoir accomplir seul le plus longtemps possibles les actes de la vie quotidienne en ayant recours le moins possible à l'accompagnement de professionnels. Pour favoriser ce maintien de l'autonomie, nous accueillons depuis 2017 un professionnel en contrat en alternance qui prépare un diplôme un Diplôme d'Etat de la Jeunesse, de l'Éducation Populaire et du Sport (DE JEPS).

Il propose différentes activités aux résidents en fonction de leur projet d'accueil personnalisé et des demandes des résidents. Les AMP participent également à certains de ces projets en lien avec l'animateur. Les activités sont adaptées aux situations de handicap des résidents.

La Boxe (Anglaise et Thaïlandaise) :

Cette activité a lieu au sein du service. Trois résidents ont pratiqué cette activité, chaque intervention est individualisée.

Les premières séances ont eu comme objectif pour le pratiquant de découvrir cette discipline. Pour l'animateur, cela a permis d'évaluer les capacités de coordination dans les gestes, de déplacements et de mémorisation. Le choix de faire de la boxe Anglaise ou Thaïlandaise se situe dans la variété des coups possibles pour le pratiquant selon ses capacités.

- **Eveil musculaire :**
Pour atteindre cet objectif l'animateur a travaillé avec les résidents sur l'apprentissage des gestes, puis des enchainements avec phase de restitution sur des « pattes d'ours », ce qui permet de solliciter en boxe tous les muscles des membres inférieurs et supérieurs.
- **Maintien de l'autonomie :**
Ici le maintien de l'autonomie passe par la maîtrise des gestes spécifiques à ce sport (exemple direct, crochet, uppercut...) qui peut viser des améliorations physiques comme la souplesse, la précision, la coordination, la vitesse d'exécution.
- **Gestion du stress :**
La gestion du stress est un enjeu éducatif en boxe, cela passe par des situations d'opposition ou de coopération dans le respect de l'autre et des règles.
- **Bien-être :**
La boxe permet aussi un apprentissage de la respiration et de relâchement des tensions après l'effort.

Les 3 résidents ont donné des retours différents sur ce que la boxe peut leur apporter ou a comme effet.

Pour l'un, se concentrer sur l'activité, coopérer avec l'animateur sur des enchainements à réaliser et apprendre des gestes, distancie dans le temps, sa colère du matin. Après l'effort celui-ci se sentait plus détendu.

Pour le deuxième, les mots employés sont « j'ai besoin d'évacuer », « de me défouler »,

Enfin pour le troisième, c'est le « plaisir » de l'effort musculaire, reprendre connaissance avec son corps et avec ses capacités qui lui a plu.

La Musculation :

Cette activité a lieu à l'espace Jean Jaurès à Tomblaine. A la demande d'un résident nous avons mis en place cette activité à partir de la fin du mois de juillet 2017. 2 résidents ont pratiqué cette activité en extérieur le mardi et jeudi après-midi chaque semaine durant 1h.

L'éducateur sportif qui est gérant de la salle de musculation, nous a présenté les différentes machines selon les objectifs des deux résidents. L'animateur pratique avec les deux résidents afin d'assurer la sécurité, et le bon déroulement de l'activité.

- **Eveil musculaire :**

La musculation permet de prendre conscience de son corps, les efforts musculaires sont plus ou moins intenses selon la charge ou les répétitions que l'on effectue.

- **Maintien de l'autonomie :**

La musculation permet une auto-évaluation de ce que l'on est capable ou non d'effectuer comme effort musculaire. Elle contribue au maintien de l'autonomie et à la prise de conscience de son potentiel de progression. L'animateur fixe des objectifs en fonction de ce que le pratiquant est capable de réaliser, et également en fonction de ce que le pratiquant veut obtenir comme résultat.

- **Gestion du stress :**

La musculation permet d'évacuer les tensions. Les retours après-séance ont démontré que les résidents se sentaient détendus.

Les retours sont différents, pour l'un, qui avait déjà pratiqué par le passé, les motivations et les effets sont : « je veux faire de la musculation car je veux être musclé » ; « Cela me détend » ; « c'est dur » ...les questions régulières qu'il pose à l'animateur est « en combien de temps puis-je prendre en muscles ? »

A cette question l'animateur répondait que « c'est un processus, que ce n'est dans l'immédiat que l'on prend des muscles ». Parfois le résident ressentait de la frustration sur le fait de ne pas observer des effets visuels immédiats sur son corps.

Pour l'autre le discours est un peu différent : « c'est dur ». Le résident exprimait ici sa difficulté à être régulier aux séances de musculation.

L'éducateur physique : Il a observé des problèmes de représentation dans l'espace chez l'un des résidents dans la réalisation de gestes lorsqu'il faut travailler de manière symétrique, la solution était donc de travailler à l'aide du miroir.

Course à pied :

L'activité course à pied concerne principalement un résident. Elle a lieu 2 fois par semaine, dure entre 30-45 minutes le lundi et mercredi matin.

Ici la course à pied est la première activité que le résident a voulu reprendre, cela faisait, selon ses dires plus de 9 ans qu'il n'avait plus fait d'activité physique. La première séance a servi à l'animateur pour évaluer les capacités du résident en endurance. Les autres séances ont permis de fixer des objectifs de temps et de distances afin que le résident évalue sa progression à l'aide d'un chronomètre et détermine la distance qu'il parcourt ou qui lui reste à parcourir.

- **Eveil musculaire :**
En course à pied, tous les muscles sont sollicités, le travail est en endurance modérée.
- **Maintien de l'autonomie :**
Dans les objectifs que l'animateur fixe, il y a des outils (chronomètre et éléments visuels) qui permettent au résident une auto-évaluation de sa progression et de ses capacités. Sur l'autonomie physique, la coordination et le travail de flexibilité dans les jambes, et l'activité physique régulière contribue au maintien de l'autonomie.
- **Gestion du stress :**
La gestion du stress peut s'effectuer par la concentration sur la respiration durant la course à pied et également sur les objectifs de distance et temporels.

Le Renforcement Musculaire :

L'activité renforcement musculaire a une durée de 45 minutes, elle est souvent proposée en complémentarité avec l'activité boxe ou course à pied. Cette activité peut se faire en collectif ou individuellement.

- **Eveil Musculaire :**
Nous travaillons sur tous les groupes musculaires, généralement fessiers, abdos, et cuisses (FAC) mais nous pouvons également travailler le haut du corps. Les exercices sont en 4 séries de 8 répétitions par groupes musculaires avec des variantes (augmentation de la vitesse d'exécution ou diminution, travail en isométrie...).
- **Maintien de l'autonomie :**
L'activité est adaptée en fonction des capacités de chacun. Le renforcement musculaire permet d'entretenir la force physique. Et le fait de travailler avec des charges légères ou à poids de corps diminue le risque de blessures ou de douleurs aux articulations.
- **Gestion du stress :**
La sensibilisation au travail de la respiration durant les mouvements effectués permet une meilleure gestion des tensions.

Journée activités motrices et sportives du sport adapté à Metz :

Cette journée, organisée par la ligue du sport adapté le 29/11/2017, a permis aux résidents de revisiter ou découvrir des activités sportives adaptées avec d'autres personnes, de voir l'aspect social que le sport apporte notamment à travers le partage, le respect des règles et de l'autre.

Tableau de synthèse des activités réalisées en 2017

	Nombre de résidents	Nombre d'interventions
Musculation (2 séances de 1h les mardi et jeudi après-midi)	2	22
Boxe (2 séances d'une heure par semaine)	3	15
Marche (3 séances d'une heure par semaine)	4	40
Renforcement musculaire	3	20
Course à pieds (2 séances de 30-45 minutes par semaines)	1	15
Pétanque (2heures) durant mai, juin, juillet, août, septembre 2017	3	12
Journée activités motrices physiques et sportives (sport adapté)	6	1
Tennis de table	2	10
Badminton	3	1
Sortie Flavigny randonnée	5	1
Balade en forêt	11	3
Jeux de table 1 à 3 fois par semaine (tarot, jeux des chevaux, scrabble)	4	45
Sortie randonnée sur les rives de la Meurthe	3	
Sortie individuel pépinière (marche)	1	4

Les sorties et animations socialisantes et citoyennes

Les résidents souhaitent tout au long de l'année sortir de l'établissement et participer à des festivités. Comme nous l'avons évoqué précédemment, les personnes accueillies expriment notamment en Conseil de la Vie Sociale leur souhait de participer à des sorties en lien avec les animaux, mais pas exclusivement.

Quelques commentaires sur les différentes sorties faites au cours de cette année 2017 :

- **Sortie au Parc Zoologique d'Amnéville:**

Cette sortie collective avait plusieurs objectifs :

- Diminuer l'isolement des résidents ;
- Voir ou revoir des animaux ;
- Sortir au grand air et profiter du beau temps.

Tous les résidents inscrits étaient présents pour cette sortie. Ils ont apprécié de voir les animaux, profiter de moments de partage (pique-nique, glace en fin de journée, voir les animaux sauvages).

Les limites :

- ⇒ la forte affluence due à la période de l'année a dérangé les résidents. Il est préférable de revoir le calendrier.
- ⇒ Enfin le fait de marcher sur de trop longues distances n'a pas été apprécié par les résidents les plus en difficulté avec la marche, il y a beaucoup de pauses en raison de la difficulté.

Ces éléments sont à prendre en compte dans l'organisation des sorties. Les personnes accueillies sont vieillissantes et il nous faut veiller au mieux à adapter les activités en fonction des capacités de chacun.

- **Sortie Pêche à TANTONVILLE-HAROUÉ avec la fédération française de pêche :**

Nous avons mis en place cette sortie avec comme objectif de découvrir ou redécouvrir l'activité pêche, transmettre et partager des connaissances.

Le site est adapté aux personnes à mobilité réduite et l'équipe du site est très présente pour accompagner les personnes tout au long de l'activité pêche.

Les résidents ont pris du plaisir à pêcher et il y a eu un très bon accueil de l'équipe de pêche.

Cette sortie est toujours très appréciée. C'est toujours l'occasion de passer une journée en plein air et de pique-niquer.

- **Sortie Volerie des aigles au Château de Kintzheim :**

L'initiative de ce projet vient d'un résident qui manifestait son désir de retourner à la volerie des aigles. Il y est allé dans sa jeunesse et voulait redécouvrir ce lieu.

5 résidents ont participé à cette sortie qui s'est déroulée sur une journée entière.

Le spectacle à la volerie des aigles a plu aux personnes. Nous avons également visité les ruines du Château de Kintzheim.

- **Sortie ville vieille à Nancy :**

Cette sortie répondait à un besoin de certains des résidents qui était de voir les monuments, les maisons taillées dans la pierre Porte de la Craffe mais aussi de se remémorer quelques passages de leur vie à Nancy.

Les résidents ont évoqué beaucoup de souvenirs de leur vie passée, les quartiers où ils ont vécu, ce qu'ils y ont vécu... Ils décrivaient l'ambiance de l'époque lorsqu'ils y vivaient.

Nous avons pu voir la place de la Carrière, la basilique Saint EVRE, la porte de la Craffe mais aussi « la rue des voyous » !

Ce fut un beau moment de partage, parfois teinté d'une certaine émotion.

- **Sortie Jardin des Panrées à Cornimont :**

Situé dans les Vosges, le site a pour vocation de faire connaître la flore régionale et les objets anciens utilisés dans les Vosges. Elle vise également la protection, voire l'amélioration de la diversité naturelle des organismes vivants (insectes, oiseaux, batraciens, flore, etc...).

7 résidents ont participé à cette sortie.

Ils ont beaucoup apprécié la convivialité des propriétaires ainsi que la relation avec le chien du jardin.

3 résidents ont remarqué les nouveaux aménagements qui ont été fait dans le jardin par rapport a leur première visite, il y a plus d'un an.

Les sorties de l'année 2017

	Nombre de résidents	Nombre d'interventions
Animation de Magic Christophe (magicien)	24	1
Sortie pêche à Tantonville-Haroué	6	1
Projection du film "le pari" dans le cadre du mois sans tabac	14	1
Sortie restaurant	4	2
Sortie cinéma UGC Ludres et Kinépolis Nancy	19 (total des 5 sorties)	5
Animation musicale (après-midi festif, chant, danse)	15	1
Spectacle d'improvisation au CPN de Nancy	4	1
Match d'handball au Parc des sports de Vandoeuvre	3	1
Sortie théâtre (centre pénitentiaire de Maxéville)	1	1
Visite du musée de l'automobile à Velaine en Haye	5	1
Sortie Cirque d'hiver (parc des expositions Nancy)	8	1
Repas à thème (Brésil) sur site	24	1
Visite des serres municipales de la ville de Nancy	4	1
Visite de la chocolaterie BATT à Nancy	7	1
Sortie feux d'artifice à Nancy	4	1
Après-midi dansant sur le thème des années 70/80 avec DJ	20	1
Repas à thème (Sénégal) sur site	24	1
Visite de la vieille ville de Nancy (train touristique)	9	1
Sortie au jardin des Panrées (Cornimont 88)	8	1
Visite de la basilique de Saint Nicolas de Port	2	1
Sortie volerie des aigles (Kintzheim 67)	5	1
Sortie Parc richard Pouille à Vandoeuvre	7	1
Sortie Association des paralysés de France(Tarot)	1	1
Sortie ludothèque (Tarot) à Jarville la Malgrange	2	1
Sortie Zoo d'Amnéville	6	1
Sortie Vieilleville (visite a pied)	4	1
Journée loto	15	1

4 CONCLUSION

Nous avons présenté en introduction les différents défis auquel doit faire face le FAM Pierre VIVIER, du fait de l'évolution du champ du handicap, du vieillissement des personnes accueillies, des réponses adaptées qu'ils faut mobiliser en interne et en externe afin de pouvoir répondre aux situations singulières et souvent complexes qui se présentent aux équipes pluri professionnelles.

Les personnes en situation de handicap, issues de la marginalité, comme beaucoup, aspirent à une vie hors institution, souhaitant trouver au sein d'un territoire qui leur est proche, des solutions locatives, des aides humaines et un réseau social permettant de vivre un chez soi hors les murs d'une institution. En même temps, demeurent des résidents qui trouvent sécurité et tranquillité au sein du FAM, et attendent de l'établissement une prise en compte de leur singularité, une adaptation à l'évolution de leur handicap, de leurs pathologies, de leur autonomie.

Ainsi, le FAM Pierre VIVIER questionne ses capacités à répondre à ces attentes, tout en prenant en compte ses ressources qui sont contraintes. Questionner les prestations, les évaluer à l'aune des besoins des personnes accueillies, en mesurer leur qualité. Peut-on toujours répondre à toutes les demandes ? Doit-on y répondre ? Quels compromis sont à discuter avec les personnes accueillies ? Quelles ressources internes et externes mobiliser afin d'adapter au mieux l'offre de service du foyer, pour permettre aux personnes accueillies de concevoir l'avenir dans et hors le FAM ?

Nous avons développé en 2017 des partenariats avec l'AFTC, avec les services du Centre Psychothérapique de Laxou, avec les services du logement adapté, et de nombreux partenaires du champ de la citoyenneté, du sport, de la culture.

En 2018, nous poursuivons avec un prestataire externe notre réflexion visant une évolution de notre organisation afin d'adapter l'offre de service du FAM au public accueilli. L'ouverture attendue en 2018 de l'espace autonomie du FAM est une des réponses qui permettra à la fois de répondre aux besoins des résidents mais également une opportunité pour construire des partenariats avec d'autres services et établissements qui pourraient être intéressés par les activités et projets à venir. Agir en complémentarité avec d'autres est une des pistes à explorer afin de garantir une prise en charge adaptée tout au long de la vie des personnes que nous accueillons.

ANNEXES

Tranches d'âges adultes	2017				2016			
	Ménages		Nbre personnes différentes		Ménages		Nbre personnes différentes	
plus de 56 ans	16	46%	16	47%	20	55%	19	54%
46 à 56 ans	17	48%	16	47%	12	33%	12	34%
36 à 45 ans	0	0%	0	0%	2	6%	2	6%
26 à 35 ans	2	6%	2	6%	2	6%	2	6%
Totaux	35	100%	34	100%	36	100%	35	100%

Niveau d'instruction adultes	2017				2016			
	Personnes		Nbre personnes différentes		Personnes		Nbre personnes différentes	
Sans diplômes	15	43%	15	44%	16	45%	15	43%
C.A.P.	12	34%	11	32%	12	34%	12	34%
Autres	3	8%	3	9%	3	8%	3	8%
B.E.P.C.	2	6%	2	6%	3	8%	3	9%
B.E.P.	2	6%	2	6%	2	5%	2	6%
CEP	1	3%	1	3%	0	0%	0	0%
Etudes supérieures	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Totaux	35	100%	34	100%	36	100%	35	100%

Ressources à l'entrée	2017	2016
	Personnes	Personnes
AAH	34	35
Pension invalidité	0	/
autre ressources	1	1
Retraite	0	1
Totaux	35	37

Ressources des personnes sorties	2017	2017
	Personnes	Personnes
AAH	3	6
Retraite	1	1
Totaux	4	7

* les personnes accueillies peuvent avoir plusieurs ressources

