

**2016**

# **FOYER D'ACCUEIL MÉDICALISÉ**

**Carole JOLLAIN**

*Directrice*

**Sandra DENIS**

*Médecin Coordonnateur*

**Pierre ROCHEBOUET / Virginie HURPEAU**

*Chefs de service paramédical*

**Laurent LEROY**

*Chef de service éducatif*

**Maxime YAHIMI**

*Chef 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

Ce foyer accueille 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 et leur comportement.

## 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 (CAE)	0,50 ETP

### Personnel 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

# ACTIVITÉS 2016

## Public

36 personnes accueillies :  
4 femmes seules  
32 hommes seuls

## Flux

6 personnes admises  
7 personnes sorties

## Activité

Taux d'occupation : 99,80 %  
10 958 journées réalisées

## Problématiques de santé

Les personnes peuvent avoir plusieurs problématiques de santé

Psychiatrie .....	30
Complications liées à l'alcool dépendance .....	27
Addictions .....	23
Neurologie .....	20
Cardiologie .....	16
Pneumologie .....	14
Soins dentaires .....	10
Traumatologie + orthopédie .....	9
Hépto-Gastro-Entérologie HGE .....	8
Altération de l'état général .....	6
ORL .....	6
Urologie + néphrologie .....	6
Endocrinologie .....	4
Chirurgie .....	3
Cancérologie .....	2
Gynécologie .....	2
Handicap sensoriel .....	1
Maladies infectieuses .....	1
Ophtalmologie .....	1

## Orientations à l'issue de la prise en charge

Décès	2 personnes
Hospitalisation	4 personnes
Disparition	1 personne

29 personnes présentes au 31 décembre 2016

## SOMMAIRE

<b>1</b>	<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>2</b>
<b>2</b>	<b>RAPPORT QUANTITATIF</b> .....	<b>2</b>
2.1	Taux d'occupation.....	2
2.2	L'activité.....	3
2.3	Situation matrimoniale .....	3
2.4	Une population plutôt âgée.....	3
2.5	Origine de la demande.....	4
2.6	Hébergement antérieur à l'admission .....	4
2.7	Provenance géographique .....	5
2.8	Les orientations à l'issue de la prise en charge .....	6
<b>3</b>	<b>RAPPORT D'ACTIVITE EN SOIN PARAMEDICAL</b> .....	<b>7</b>
3.1	Motif de la demande d'admission dans le service.....	7
	Problématiques de santé prises en comptes.....	7
3.2	Evaluation de la dépendance et projet d'accueil personnalisé .....	9
	Exemple de Projet d'Accueil Personnalisé .....	10
3.3	Cas cliniques.....	12
	Cas clinique dans le cadre de l'accueil permanent.....	12
	Cas clinique dans le cadre de l'accueil temporaire.....	13
3.4	Suivi social .....	14
	Partenariat avec les mandataires de protection.....	15
	Les mesures de protections.....	15
	Notion de protection pas toujours comprises. ....	15
	Travail partenarial avec les partenaires.....	16
	Conclusion.....	16
3.5	Animation - Sorties extérieures .....	17
	Accompagnement des résidents du FAM : vie sociale .....	17
	Introduction .....	17
	Une démarche qui précède l'action.....	17
	De l'élaboration de la parole des résidents à la mise en œuvre d'activités .....	17
<b>4</b>	<b>CONCLUSION</b> .....	<b>23</b>
	<b>ANNEXES</b> .....	<b>24</b>

# 1 INTRODUCTION

L'année 2016 a été ponctuée par plusieurs temps forts.

Dans le prolongement de l'action impulsée en 2014 et 2015, le foyer d'accueil médicalisé Pierre VIVIER a mis en œuvre le travail d'évaluation et pour 2016, a conduit la démarche d'évaluation externe, et ce conformément au code de l'action sociale et des familles. Le cabinet DUBOIS psychologie a été retenu pour mener le travail d'évaluation externe du foyer d'accueil médicalisé Pierre VIVIER. Les évaluateurs externes ont conduit leurs travaux au cours du premier semestre 2016. Ils ont notamment mené un travail par questionnaire à destination des professionnels du foyer, puis ils ont conduit des entretiens individuels, et ils ont effectué des observations sur site. Conformément au cahier des charges de l'évaluation externe, ils ont mené l'ensemble des investigations nécessaires à la production du rapport d'évaluation externe. Ce dernier a été transmis aux autorités de tutelle, à savoir à l'Agence Régionale de Santé du Grand Est et au Conseil de Département de Meurthe-et-Moselle.

Ensuite, nous avons évoqué dans le rapport d'activité 2015, la création d'espaces spécifiques pour maintenir les capacités des personnes accueillies au FAM. L'actuelle terrasse couverte du FAM (Rue de Tomblaine) étant très peu investie, elle a vocation à être fermée et transformée en salles d'activités physiques, et thérapeutiques. Un espace est également dédié pour l'accueil des familles et proches, dans le prolongement des actions menées par le FAM avec les résidents. Les travaux sont prévus pour 2017. Toutefois au cours de l'année 2016 nous avons mis en place un groupe « projet » pour les professionnels et pour les résidents. Il s'agit de présenter les plans, le projet et de recueillir les remarques des professionnels et des résidents et d'ajuster selon les possibilités techniques, réglementaires, budgétaires.

A noter également que la dynamique de travail impulsée lors de l'évaluation interne pour favoriser l'expression des résidents, accompagnée par l'Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé de Lorraine, se poursuit, tout comme la mise en place d'une fête annuelle dite « fête de l'été » en juin. Au-delà de préparer un événement festif et de partager des temps forts, la fête de l'été est l'occasion de recevoir les familles et les proches des résidents, et ce alors que certains résidents n'avaient pas vu leurs proches depuis de nombreuses années.

## 2 RAPPORT QUANTITATIF

### 2.1 Taux d'occupation

2016	2015
99,80%	99,59%

Dans le prolongement de l'année 2015, le taux d'occupation est encore en augmentation.

Le travail mené depuis l'ouverture sur la création d'un réseau partenarial et d'information produit les résultats attendus. En effet, depuis l'ouverture le taux d'occupation est en constante évolution.

## 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	36	36
Nombre de ménages et de personnes passés deux fois ou trois fois	1	1
<b>Nombre de ménages et de personnes réellement passés une fois dans l'année</b>	<b>35</b>	<b>35</b>

### FILE ACTIVE

Type ménage	2016						2015					
	Ménages		Personnes		Nbre personnes différentes		Ménages		Personnes		Nbre personnes différentes	
Hommes isolés	32	89%	32	89%	31	89%	34	89%	34	89%	34	89%
Femmes isolées	4	11%	4	11%	4	11%	4	11%	4	11%	4	11%
<b>Totaux</b>	<b>36</b>	<b>100%</b>	<b>36</b>	<b>100%</b>	<b>35</b>	<b>100%</b>	<b>38</b>	<b>100%</b>	<b>38</b>	<b>100%</b>	<b>38</b>	<b>100%</b>

Les chiffres sont stables d'année en année avec un accueil prépondérant des hommes.

## 2.3 Situation matrimoniale

Situation matrimoniale	2016				2015			
	Ménages		Nbre personnes différentes		Ménages		Nbre personnes différentes	
Célibataire	25	70%	25	71%	28	74%	28	74%
Divorcé	9	25%	8	23%	7	18%	7	18%
Séparé	2	5%	2	6%	3	8%	3	8%
<b>Totaux</b>	<b>36</b>	<b>100%</b>	<b>35</b>	<b>100%</b>	<b>38</b>	<b>100%</b>	<b>38</b>	<b>100%</b>

La situation matrimoniale des personnes accueillies est relativement stable. On peut toutefois noter une légère diminution de la proportion de célibataire au profit des personnes divorcées.

## 2.4 Une population plutôt âgée

Tranches d'âges adultes	2016				2015			
	Ménages		Nbre personnes différentes		Ménages		Nbre personnes différentes	
plus de 56 ans	20	55%	19	54%	17	45%	17	45%
46 à 56 ans	12	33%	12	34%	17	45%	17	45%
36 à 45 ans	2	6%	2	6%	1	2%	1	2%
26 à 35 ans	2	6%	2	6%	3	8%	3	8%
<b>Totaux</b>	<b>36</b>	<b>100%</b>	<b>35</b>	<b>100%</b>	<b>38</b>	<b>100%</b>	<b>38</b>	<b>100%</b>

La pyramide des âges continue son évolution vers le haut. Nous sommes en présence d'une population vieillissante. La tranche des 46 à 56 ans baisse à nouveau au profit des plus de 56 ans.

## 2.5 Origine de la demande

Origine de la demande nouvelles entrées	2016		2015	
	Ménages		Ménages	
Autres services sociaux	2	32%	0	0%
Services hôpital	1	17%	1	12%
ARS Pierre VIVIER LHSS	1	17%	2	28%
ARS Austrasie	0	0%	1	12%
Services hôpital psychiatrique	1	17%	1	12%
Aristid Briand Neuves-Maisons	0	0%	1	12%
ADOMA service lits stabilisation (1)	1	17%	1	12%
Le Beillard Gérardmer	0	0%	1	12%
<b>Totaux</b>	<b>6</b>	<b>100%</b>	<b>8</b>	<b>100%</b>

Comme en 2015 nous avons fait le choix cette année de ne prendre en compte que les personnes admises en accueil permanent ou accueillies temporairement dans l'année 2016. Ces données correspondent au flux et non à la totalité des personnes prises en charges.

Nous pouvons constater cette année une vraie évolution dans l'origine de la demande. En affinant quelque peu les données ci-dessus, il s'avère que les deux demandes issues « d'autres services sociaux » sont des demandes faites par des mandataires, ces demandes avaient totalement disparues en 2015. Ceci met en évidence le travail partenarial et la reconnaissance du FAM ARS Pierre Vivier comme accueillant un public spécifique, en l'occurrence les grands précaires et les personnes issues de la grande marginalité.

Les LHSS font toujours partie des services orienteurs.

Enfin en 2016 nous avons accueilli une personne en provenance des « Lits de stabilisation », 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 2017. 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.

## 2.6 Hébergement antérieur à l'admission

Hébergement antérieur nouvelles entrées	2016		2015	
	Ménages		Ménages	
Structure médicale	4	66%	4	50%
CHRS ou assimilés	1	17%	2	26%
Logement personnel	1	17%	1	12%
Hôtel	0	0%	1	12%
<b>Totaux</b>	<b>6</b>	<b>100%</b>	<b>8</b>	<b>100%</b>

<sup>1</sup> 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.

Nous pouvons observer une légère redistribution de l'hébergement antérieur des personnes. Les structures médicales continuent à progresser au détriment du CHRS.

## 2.7 Provenance géographique

Provenance géographique Domicile de secours	2016	2015
	Nbre	Nbre
<b>Communauté Urbaine du Grand Nancy</b>	<b>24</b>	<b>24</b>
<b>Nancy</b>	<b>21</b>	<b>23</b>
Vandoeuvre-les-Nancy	2	1
Heillecourt	1	0
<b>AUTRES COMMUNES 54</b>	<b>9</b>	<b>8</b>
Toul	0	1
Lunéville	1	1
Champigneulles	1	1
Essey les Maizerais	1	1
Gibeauveix	1	1
Neuves maisons	2	1
Pompey	1	0
Saint Nicolas de Port	1	1
Vannes le chatel	1	1
<b>AUTRES COMMUNES</b>	<b>3</b>	<b>6</b>
Lorraine (55, 57, 88)	3	6
<b>Totaux</b>	<b>36</b>	<b>38</b>

Provenance géographique	2016		2015	
	Ménages		Ménages	
<b>Nancy</b>	<b>20</b>	<b>56%</b>	<b>22</b>	<b>58%</b>
Autres départements	7	19%	6	17%
Bassin de Toul	2	5%	3	9%
Laxou	2	5%	2	6%
Essey les Nancy	1	3%	1	2%
Vandoeuvre lès Nancy	1	3%	1	2%
Bassin de Lunéville	1	3%	1	2%
Bassin de Pont à Mousson	1	3%	1	2%
Bassin de Saint Nicolas de Port	1	3%	1	2%
<b>Totaux</b>	<b>36</b>	<b>100%</b>	<b>38</b>	<b>100%</b>

L'agglomération Nancéenne 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	2016		2015	
	Personnes		Personnes	
Hospitalisation	4	57%	1	13%
Décès	2	29%	2	24%
Disparition	1	14%	0	0%
Maisons relais pension de famille	0	0%	2	24%
Résidence pour personnes âgées	0	0%	1	13%
Maison d'accueil spécialisée Rohrbach-lès-Bitche	0	0%	1	13%
Foyer Aristide Briand	0	0%	1	13%
<b>Totaux</b>	<b>7</b>	<b>100%</b>	<b>8</b>	<b>100%</b>
<b>Présents au 31/12/2016</b>	<b>29</b>		<b>30</b>	
<b>Totaux</b>	<b>36</b>		<b>38</b>	

Au cours de l'année 2016 il y a eu 7 sorties. Nous pouvons constater une nette redistribution des orientations à l'issue de la prise en charge. En effet cette année plus de la moitié des sorties ont conduit les personnes vers une hospitalisation. Ceci met en évidence une dégradation de l'état de santé des personnes accueillies en lien avec le vieillissement. Si certaines personnes connaissent des périodes d'hospitalisation avec un retour au sein du Foyer d'Accueil Médicalisé à l'issue, d'autres ont un état de santé qui n'est plus compatible avec un retour au sein de l'établissement.

Nous pouvons également constater qu'au cours de l'année 2016 aucune sortie vers du logement accompagné n'a pu être envisagée.

Enfin nous devons déplorer cette année la disparition d'une personne que nous prenions en charge depuis l'ouverture de l'établissement. Tout a été mis en place avec le mandataire, les services de police, la presse, et malheureusement, à ce jour nous ne savons pas où se trouve cette personne et ce qu'il lui est arrivé.

### 3 RAPPORT D'ACTIVITE EN SOIN PARAMEDICAL

#### 3.1 Motif de la demande d'admission dans le service Problématiques\* de santé prises en comptes

\* Les personnes peuvent avoir plusieurs problématiques de santé

Psychiatrie	30
Complications liées à l'alcoolodépendance	27
Addictions	23
Neurologie	20
Cardiologie	16
Pneumologie	14
Soins dentaires	10
Traumatologie + orthopédie	9
Hépatogastro-entérologie HGE	8
Altération de l'état général	6
ORL	6
Urologie + néphrologie	6
Endocrinologie	4
Chirurgie	3
Cancérologie	2
Gynécologie	2
Handicap sensoriel	1
Maladies infectieuses	1
Ophtalmologie	1

Nom et nomme des Patients	Anamnèse des pathologies	TOTAL	Complications liées à l'alcoolodépendance	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	Gyneco	Pneumologie	Fin de vie	Soins dentaires	Ophtalmologie	Cancérologie	
A	Psychose + toxicomanie	2	1		1																	
B	Maladie de Korsakoff	2	1							1												
C	Démence post éthylique	10	1	1	1			1		1	1		1	1	1		1					
D	Démence post éthylique	11	1	1	1	1	1			1	1		1	1			1		1			
E	Psychose	4		1	1					1					1							
G	Déficit intellectuel grave	4	1	1	1												1					
H	Séquelles alcoolodépendance + Déficit moteur	6	1			1	1		1					1						1		
I	Psychose	5				1		1	1								1		1			
J	Psychose	2				1				1												
K	Psychothique + Déficit	6	1	1		1				1							1		1			
L	Déficit intellectuel grave	5	1	1	1	1																
M	Psychose + Troubles neurologiques + Cérébro lésé	3			1	1								1								
N	Trouble du comportement + Alcoolodépendance	6	1	1	1	1			1					1								
O	AVC + Alcool + Toxicomanie	9	1	1	1	1				1	1	1				1	1					
P	Encéphalopathie de Gayet Wernicke	3	1		1	1																
Q	Psychose + Syndrome Klinefelter	5		1		1		1			1									1		
R	Sclérose en plaque + psychose paranoïaque	2			1	1																
S	Cancéro + Complications alcoolodépendance + Psychose	6	1			1	1			1							1					1
T	Complications alcoolodépendance	5	1		1	1				1												
U	Déficit intellectuel	2				1														1		
V	Troubles psychiatriques et complications alcoolodépendance	5	1		1	1		1						1								
W	Démence post éthylique	3	1						1								1					
X	Alcoolodépendance + hystérie	5	1	1	1		1									1						
Y	Déficit intellectuel grave + alcoolodépendance	8	1	1	1	1				1					1		1				1	
Z	Démence post alcoolique	3	1	1		1																
AA	Démence post éthylique	7	1	1	1	1			1	1							1					
BB	Alcoolodépendance et complication hépatiques	5	1	1	1		1				1											
CC	Cérébro lésé + psychopathie	9	1	1	1	1				1	1			1			1			1		
DD	Sclérose en plaque + trouble de la personnalité (pervers)	6	1	1	1	1	1		1													
EE	Complication alcoolodépendance	5	1	1	1	1				1												
FF	Addictologie	5	1	1		1				1				1								
GG	Psychose + démence	9	1	1	1	1				1	1				1		1		1			
HH	Séquelles liées alcoolodépendance + déficit intellectuel	3	1	1		1																
II	Alcoolodépendance + troubles orthopédiques	6	1	1	1	1								1			1					
JJ	Trouble du comportement + Alcoolodépendance	11	1	1	1	1				1	1		1		1		1		1			1
TOTALX		188	27	23	20	30	6	4	6	16	8	1	3	9	6	2	14	0	10	1	2	

Au cours de l'année 2016, la population du FAM n'a que peu variée avec un nombre de mouvements limité correspondant essentiellement à de l'accueil temporaire.

La conséquence logique qui en découle est un vieillissement de la population hébergée, qui n'est pas sans impacter la prise en charge avec, d'une part, une perte d'autonomie de certains résidents, et d'autre part, une multiplication des épisodes intercurrents se manifestant au décours de leur séjour.

Ces évènements intercurrents plus ou moins graves ont nécessité, pour certains d'entre eux, un transfert vers une structure hospitalière. La perspective d'ouverture d'une unité LAM<sup>2</sup> disposant d'un plateau technique plus fourni, ainsi que d'une présence infirmière continue, offrira la possibilité d'un maintien sur site de certains résidents dans de bonnes conditions et avec une prise en charge adaptée à leurs besoins.

<b>FAM</b>	<b>Consultations</b>	<b>Accompagnements</b>	<b>Nombre d'heure</b>
Allergologie	3	3	7,5
Anesthésie	4	4	10
Cardiologie	19	14	35
Chirurgie	7	4	10
Dentaire	51	30	70
Dermatologie	2	2	5
Gynécologie	1	1	2,5
Hépatogastroentérologie (HGE)	8	6	15
IRM + Scanner	15	12	30
Kinésithérapie	80	1	2,5
Maladies infectieuses	1	1	2,5
Médecine générale consultation extérieures	300		
Médecine L (alcoologie)	6		
Neurologie	10	6	15
Oncologie	35	3	7,5
Ophthalmologie	8	5	12,5
Orl	5	5	12,5
Phlébologie	6	6	15
Pneumologie	12	8	20
Psychiatrie + EMPP + CMP	37	6	15
Radiologue	34	28	70
Rhumatologie	4	4	10
Traumatologie	3	2	5
Urologie	9	8	20
Orthophonie	72	4	10
Podologie	6		
Diabétologie			
UFATT	19		
<b>Totaux</b>	<b>754</b>	<b>160</b>	<b>395,00</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Total accompagnement x 2 heures 30 minutes (Temps moyen)</li> </ul> Total heures à l'année divisé par 1512 =			<b>0,26</b>

<sup>2</sup> Lits d'Accueil Médicalisés

Tableau récapitulatif bilans sanguins 2016		
FAM	Bilans sanguins	Nombre d'heure
Bilans sanguins	67	22h20
<b>Totaux</b>	<b>67</b>	<b>22h20</b>
• Total en heures de la charge en soins directs =		<b>22h20</b>

Pour cette année, nous avons décidé de modifier les paramètres du tableau. En effet, ne sont plus pris en compte que les prélèvements sanguins, alors qu'auparavant les bilans biologiques étaient groupés avec les ECBU (Examen Cyto-Bactériologique des Urines). Et bien que le nombre de prélèvements sanguins soit légèrement plus élevé que l'année dernière, ceci explique la diminution du volume d'heures de charge en soins.

Tableau récapitulatif imagerie médicale 2016			
FAM	Imagerie médicale	Accompagnements	Nombre d'heure
Imagerie médicale hors hospitalier	18	14	35h
<b>Totaux</b>	<b>18</b>	<b>14</b>	<b>35h00</b>
• Total accompagnement hors hospitalier =			
• Total accompagnement x 2 heures 30 minutes (Temps moyen) Total heures à l'année divisé par 1512 =			<b>0,02</b>
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.			

Les chiffres de cette année sont globalement superposables à ceux de l'année dernière. Le recours à l'imagerie médicale en cabinet libéral reste peu important, essentiellement en raison de la proximité des structures hospitalières et de leur facilité d'accès.

### 3.2 Evaluation de la dépendance et projet d'accueil personnalisé

Sur la lancée de l'année 2015, nous avons développé l'utilisation du logiciel de l'UNAPEI<sup>3</sup>, appelé MAP 2<sup>4</sup>. (Modèle d'Accompagnement Personnalisé) qui est actuellement disponible dans sa version 3.0. Pour rappel, il permet l'évaluation des besoins en accompagnement des résidents et la coordination du projet de vie de ceux-ci, grâce à un modèle graphique. Il est donc particulièrement indiqué afin de mettre en évidence les compétences et difficultés des résidents, qui pourront faire

<sup>3</sup> Union Nationale des Associations de Parents d'Enfants Inadaptés

<sup>4</sup> Modèle d'Accompagnement Personnalisé

par la suite l'objet de propositions d'actions ciblées permettant un maintien voir une amélioration de l'autonomie des personnes prises en charge.

Le PAP (Projet d'Accueil Personnalisé) de chaque résident est réalisé dans le mois qui suit l'arrivée sur la structure de la personne hébergée. Chaque résident bénéficie de 3 référents, à savoir un soignant (infirmier), un accompagnant paramédical (aide-soignant), un accompagnant social (aide médico-psychologique)

Dans le cas des accueils permanents, le PAP est réévalué de manière périodique, une fois tous les 9 à 12 mois, sauf en cas de dégradation de l'état général du résident, ou de toute situation nécessitant une réévaluation précoce, ou à la demande du résident.

Dans le cas des accueils temporaires, un PAP est réalisé environ 2 semaines avant la sortie, afin d'évaluer l'accueil au FAM et permettre des préconisations d'orientation future.

Au cours de l'année écoulée, chaque résident a donc bénéficié d'un PAP qu'il soit initial ou de suivi, ayant permis, soit une adaptation de prise en charge, soit des propositions d'actions particulières centrée sur le résident dans divers domaines, qu'il s'agisse de soins, d'activités sur site ou externes, de repas thérapeutiques...

### **Exemple de Projet d'Accueil Personnalisé 2016 :**

#### ➤ Identification du résident :

- Nom, prénom : AB

- Date de naissance : 07/01/1955

- Date d'entrée : 12/05/2014

#### ➤ Synthèse de l'évaluation MAP/GIR :

- Notation MAP : 2

Les personnes ont besoin d'une stimulation et d'une surveillance forte dans les actes de la vie domestique et sociale. En effet leurs troubles du comportement et des relations induisent des difficultés pour s'adapter aux événements rencontrés dans leur environnement (géographique, humain, matériel).

- Notation GIR : 3

Le GIR 3 regroupe surtout des personnes ayant conservées des fonctions mentales satisfaisantes et des fonctions locomotrices partielles, mais qui nécessitent quotidiennement et plusieurs fois par jour des aides pour les activités corporelles.

Elles n'assurent pas majoritairement leur hygiène de l'élimination tant fécale qu'urinaire.

#### ➤ Détermination des objectifs :

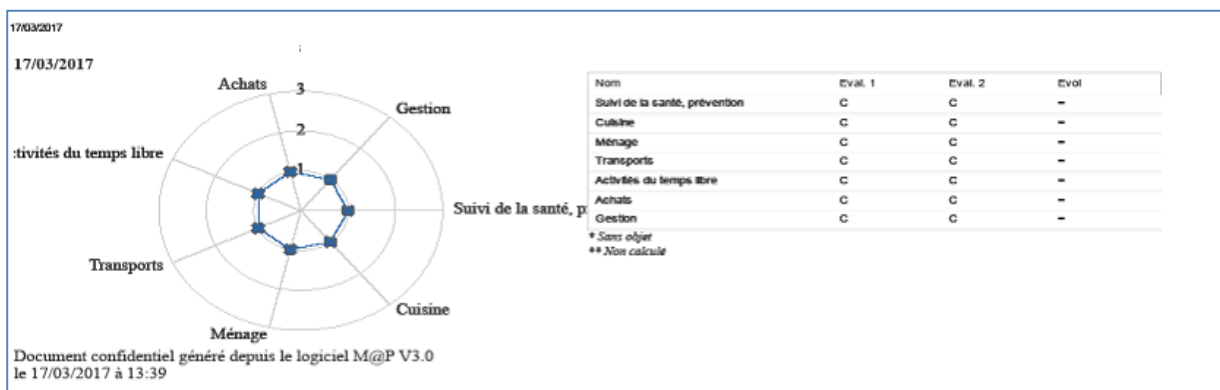
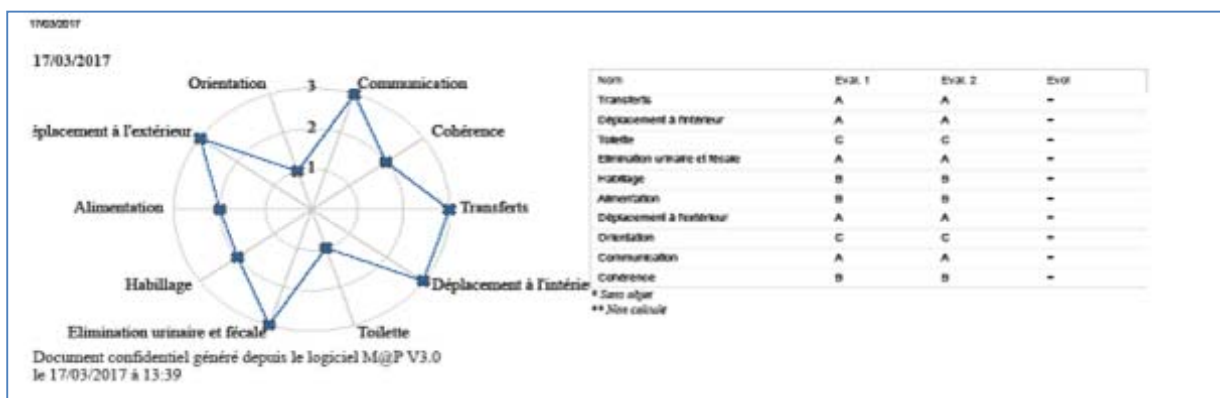
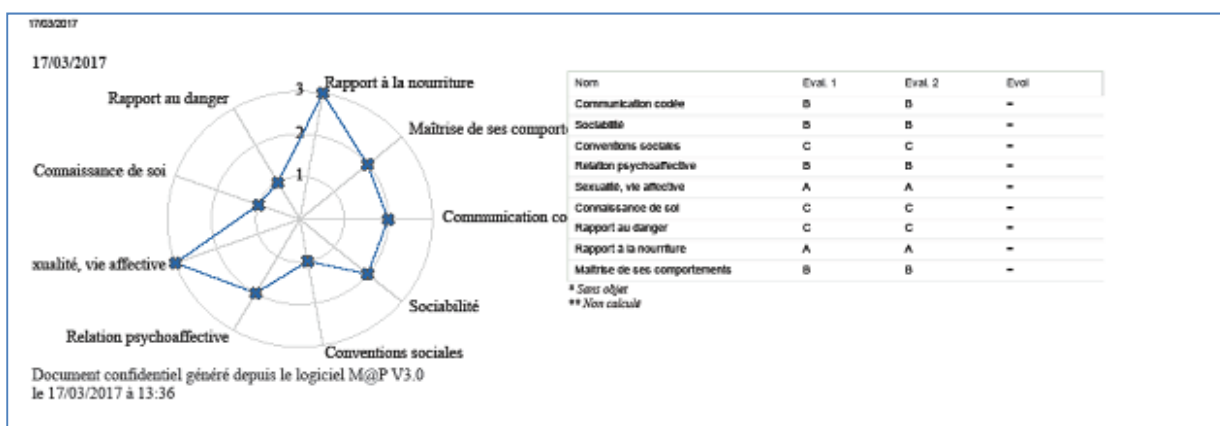
- Activités essentielles :

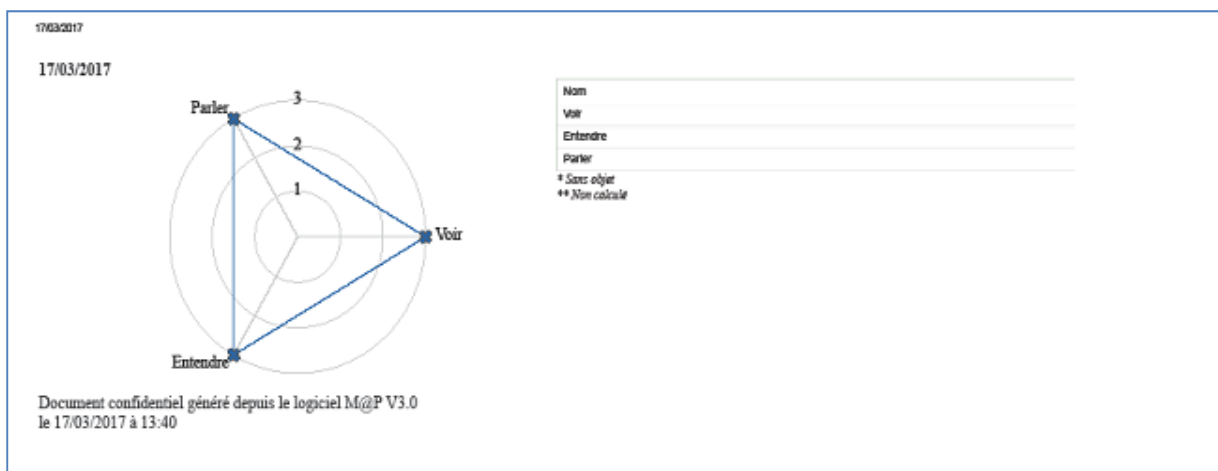
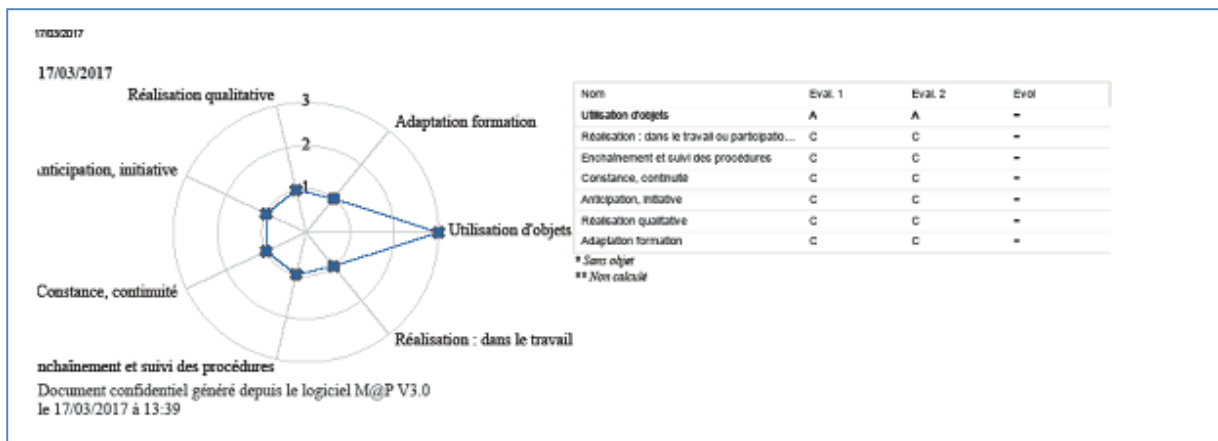
Stimuler pour que Mr AB participe un minimum à l'entretien de son espace personnel : changement du linge de lit, et nettoyage de son lavabo par exemple.

➤ Activités domestique et exercice d'activité :

- Proposer des accompagnements individuels sur l'atelier pâtisserie du week-end. En effet, au vu du handicap, il semble compliqué de proposer de participer à une cuisine pissenlit en individuel (trop long et compliqué).
- Continuer les ateliers gymnastique douce auxquels Mr AB a déjà participé, et il a bien participé.

➤ Planning de suivi et d'évaluation ( à corrélér avec les prochaines échéances de bilan MDPH):  
Prochaine évaluation en mars 2017.





### 3.3 Cas clinique

#### Cas clinique dans le cadre de l'accueil permanent

Monsieur E. est âgé de 53 ans, divorcé, il serait le père de plusieurs enfants. Monsieur E. est bénéficiaire de l'AAH (allocation adulte handicapé), il n'a pas de mesure de protection des majeurs mais il bénéficie, pour la gestion administrative et budgétaire, de l'aide de l'assistante sociale du FAM avec son accord.

Monsieur E., est originaire du Maghreb et il est issu d'une famille nombreuse. Il a des contacts réguliers avec les membres de sa famille et il passe régulièrement des vacances dans son pays d'origine. Deux de ses frères sont très impliqués dans son accompagnement, en particulier en matière de santé (participation aux rendez-vous médicaux...).

Monsieur E. n'a pas de contact avec ses enfants. Il a travaillé pendant de nombreuses années dans la restauration.

Les antécédents de Monsieur E. sont marqués par une sclérose en plaque (SEP) primaire progressive, une dépendance aux anxiolytiques, à l'alcool ainsi qu'aux jeux. Il est fumeur.

Le début du parcours de prise en charge au sein de l'Ars de Monsieur E. remonte à 2009, où il a été pris en charge en CHRS, suite à un état d'incurie à domicile. Mais au regard de sa situation médicale, il a été transféré dans le service des LHSS (Lits Halte Soins Santé) du site Pierre Vivier.

Une décision d'incarcération mettra fin à cette prise en charge.

Dès sa sortie d'incarcération, Monsieur E. sera à nouveau accueilli au sein des LHSS puis alternera des prises en charge dans différents services de l'Ars et l'hébergement chez un ami.

Devant l'évolution de l'état de santé et la situation sociale de Monsieur E. : besoin d'accompagnement pour les gestes de la vie courante, hygiène, alimentation, suivi de santé, gestion administrative, une orientation MDPH en FAM sera préconisée, orientation qui sera suivie par la MDPH. Ainsi Monsieur E. sera accueilli au FAM dès son ouverture en septembre 2011.

Les premières années de prise en charge au FAM ont été complexes du fait de troubles du comportement et du déni de sa pathologie.

La participation régulière de ses frères a été un véritable atout dans la reprise du suivi de sa santé ainsi que des écarts de conduites au FAM.

Actuellement, malgré le suivi médical régulier de sa SEP et l'introduction d'un traitement de fond, l'équipe note une aggravation de ses troubles neurologiques ainsi qu'une perte d'autonomie (marque de l'évolution de ce type de SEP : dégradation progressive sans retour à l'état antérieur). Monsieur E. semble se rendre compte de son état de santé et accepte plus facilement l'aide des professionnels de l'équipe au quotidien.

Une évaluation récente de la situation de Monsieur E. a eu lieu et une réunion de synthèse avec son médecin traitant a permis de rediscuter de l'évolution de la prise en charge de Monsieur E. au sein du FAM.

Cette évaluation, nous conduit aujourd'hui à réévaluer nos préconisations d'orientation.

A l'heure actuelle, l'orientation en Maison d'Accueil Spécialisée paraît de plus en plus appropriée à l'état de santé ainsi qu'à l'évolution de l'autonomie de Monsieur E.

L'accueil au FAM aura permis à ce résident de reprendre contact avec sa famille et cela s'est avéré réellement bénéfique pour sa prise en charge globale.

Le travail de coordination avec le médecin traitant est également essentiel afin de définir au mieux le parcours de vie du résident.

### **Cas clinique dans le cadre de l'accueil temporaire**

Monsieur V. est âgé de 59 ans, célibataire, sans enfant, il est isolé socialement. En effet il a un frère, avec lequel il a peu de contact, ainsi que deux sœurs, avec lesquelles il n'a pas de contact. Son cercle amical est restreint. Il vit seul en appartement.

Il bénéficie d'une mesure de tutelle.

Monsieur V. est un ancien cuisinier et il a été chauffeur routier. Il s'est retrouvé sans emploi à la suite d'un grave accident (à la suite duquel il bénéficie d'une pension d'invalidité).

Ses antécédents sont marqués par : un traumatisme crânien en 1990, une affection psychiatrique, des troubles cognitifs liés à l'alcool, HTA et un syndrome anxio-dépressif.

L'accueil temporaire de Monsieur V. a été décidé suite :

- A des difficultés de maintien à domicile : condition précaire (incapacité à assurer les gestes du quotidien) malgré les aides à domicile mises en place (refus du plan Prestation de Compensation du Handicap).
- A des mises en danger liée aux consommations d'alcool quotidiennes : passages réguliers au Service d'Accueil des Urgences de l'hôpital pour chute, coma éthylique, errance avec désorientation temporo-spatiale, mais également liées à la non prise de son traitement, à des conditions d'interventions à domicile difficiles ou à des vols de produit.



De plus Monsieur V. verbalisait la souffrance liée à son isolement social.

Les objectifs de cet accueil sont principalement :

Faire un point de la situation globale grâce au Projet d'Accueil Personnalisé : outil permettant d'évaluer les besoins et adapter au mieux l'accompagnement des personnes handicapées (déterminer des objectifs de prise en charge en collaboration avec la personne),

De définir si le FAM Pierre Vivier serait adapté à la prise en charge de Monsieur V.

L'équipe médico-sociale a noté une bonne adaptation initiale de Monsieur V. au sein du FAM, malgré la poursuite des alcoolisations.

Au cours des premières semaines, la désorientation temporo-spatiale de Monsieur V. l'a conduit à retourner à son domicile lors de ses sorties extérieures. Dès que ses repères ont été pris au FAM, les fugues se sont arrêtées.

Au cours des différentes réunions d'équipe pluri-professionnelle et en accord avec Monsieur V., des évolutions dans la gestion de son pécule ont permis de limiter les alcoolisations de Monsieur V.

Ces réunions d'équipe pluri-professionnelle, ainsi que les outils d'évaluation de l'autonomie des résidents, et la volonté du résident, ont permis qu'il puisse bénéficier d'une orientation en accueil permanent au sein du FAM Pierre Vivier.

Suite à la disponibilité d'une place et en raison des risques liés à son retour à domicile, cet accueil permanent a pu être réalisé dans les suites immédiates de son accueil temporaire.

L'accueil permanent de Monsieur V. a été marqué par une brutale dégradation de son état général. Les différents bilans de santé conduiront à un diagnostic de maladie néoplasique à un stade très avancé.

La prise en charge médicale sera dès lors palliative et malheureusement suite à un évènement aigu, Monsieur V. décèdera.

L'accueil temporaire au sein du FAM a contribué à une évaluation globale des besoins du résident et à confirmer l'orientation MDPH en FAM de Monsieur V. Même si cet accueil s'est avéré de courte durée, il aura permis à Monsieur V. une fin de vie dans un espace sécurisé, attentif. Il a pu rompre avec l'isolement social dans lequel il se trouvait par le passé et a bénéficié un suivi médico-social personnalisé.

### 3.4 Suivi social

Type de mesure	Nombre
Curatelle renforcée	15
Tutelle	9
Personne sans protection	6

Mandataire	Nombre
UDAF	20
UTML	3
Privé	1

## **Partenariat avec les mandataires de protection**

A la fois indispensable et complexe, le travail de partenariat avec les mandataires de tutelle ou de curatelle reste incontournable.

### **Les mesures de protections**

La loi détermine que tout être humain, mineur ou majeur, Français ou étranger, est titulaire de droits civils attachés à sa personne et à son patrimoine.

Mais une personne peut se retrouver dans l'incapacité d'exercer ces droits, c'est-à-dire d'accomplir les actes de la vie civile, d'exercer ses droits personnels, de gérer son patrimoine.

En France près de 800.000 personnes majeures bénéficient d'une mesure de protection juridique.

Au FAM P. VIVIER 80 % des résidents sont sous mesures de protections juridiques.

Le monde tutélaire est encore incroyablement disparate dans ses références et ses pratiques : chaque fédération ou association de mandataires, à but non lucratif ou d'exercice libéral, possède sa propre charte, ses propres fondamentaux.

Il nous appartient en tant que Foyer d'Accueil Médicalisé donc d'adapter notre intervention avec chaque mandataire en fonction bien sûr de chaque résident.

### **Notion de protection pas toujours comprise.**

Tutelle ou Curatelle sont investies d'une charge symbolique écrasante alimentée par la confusion permanente entre tutelle et « autorité » par la caractéristique sociale de l'argent – moyen d'action et de représentation sociale. En investissant le champ de l'argent, le mandataire investi le champ de l'intime.

Les personnes accueillies au FAM P. VIVIER sont, pour la plupart, de grands marginaux ayant eu un mode de vie extrêmement précaire durant de longues années et possédant un certains nombres de handicaps (problèmes neurologiques, lésions cérébrales, troubles psychiques etc.). Des problèmes d'addictions sont aussi présents pour certains.

L'acceptation de la notion de frustration pour notre public est difficile. La contrainte de la mesure de protection est, par le fait souvent source d'incompréhension ou même de colère de la part des protégés par un mandat de justice (tutelle ou curatelle).

Pour exemple : si le protégé veut changer son abonnement de téléphonie mobile, il lui est indiqué en boutique que c'est au « tuteur de le faire » – quelle que soit la nature de la mesure de protection. S'il souhaite consulter les avoirs de ses comptes et les montants déposés sur les livrets auprès de sa banque, la banque sollicite l'autorisation. S'il doit subir une intervention chirurgicale, le tuteur ou le curateur reçoit parfois une « autorisation d'opérer » sans même que le patient ait été informé de l'acte prévu ou que son consentement soit recherché par l'hôpital où il reçoit les soins. Se pose toute la difficulté ici de l'anticipation.

Dans l'inconscient collectif qui se traduit parfois par des faits concrets dans la vie courante, le mandataire est réputé se substituer à tout acte de la vie du protégé.

Alors que l'information systématique et personnalisée du majeur protégé doit être un principe intangible, quelle que soit la nature de la mesure, informer doit avoir du sens, c'est le processus préalable à l'expression d'une volonté adaptée à la situation.

Sans compter que le relationnel peut parfois être distant entre les protégés et leur mandataire. Les résidents ont des rendez-vous pour certains rares dans l'année alors que pour d'autres, c'est rapproché.

Notre intervention professionnelle partenariale avec des mandataires de protection judiciaire en tant qu'accompagnant d'un Foyer d' Accueil médicalisé prend ici tout son sens afin de faire lien et adapter les informations en fonction de la personne et surtout de son état émotionnel du jour.

Effectivement nous avons la connaissance des compétences et des freins de chacun de nos résidents du FAM, le mandataire ne maîtrise pas forcément cette relation de manière aussi fine. Notre intervention médicale et éducative nous permet d'avoir une vision quotidienne du comportement de chacun.

### **Travail partenarial avec les mandataires**

Il peut nous arriver d'avoir des difficultés de coordination avec les mandataires, nous ne vivons pas les mêmes priorités professionnelles en fonction de notre place et de notre mission.

Pour travailler efficacement ensemble, il faut se connaître, autrement dit savoir ce que l'on peut attendre de tel ou tel partenaire et s'avoir expliquer ce qu'il peut attendre de l'institution « disposer d'éléments objectifs sur la réalité de l'autre ».

Des rencontres sont organisées au FAM tout au long de l'année entre les mandataires et leurs protégés pour qu'il y ait une meilleure connaissance du lieu de vie ainsi que des personnels agissant autour des résidents.

L'articulation de la mission du mandataire et de la prise en charge particulière au FAM est essentielle à la bonne pratique et à la bienveillance pour des personnes protégées.

La coopération partenariale est une méthode de travail à réinventer en permanence, à construire avec la catégorie professionnelle des mandataires judiciaires dans le cadre du projet de vie et bien sûr de la particularité du résident.

Une réflexion partagée entre équipes éducatives, mandataires judiciaires, et justice, dans l'intérêt de la personne qui bénéficie d'une mesure de protection juridique devrait aller de soit, mais elle reste souvent peu évidente. Notre travail d'intervention sociale consiste aussi à permettre de prendre le recul nécessaire pour le professionnel mandataire sur certaines situations. Nous avons aussi en l'occurrence besoin certaines fois d'être soutenu par le mandataire dans le rappel à la règle et à la loi.

### **Conclusion**

La majorité des résidents sont sous mesure de protection judiciaire (curatelle ou tutelle). Un travail régulier est donc effectué avec les mandataires gestionnaires des mesures.

Nous travaillons en coopération permanente pour ajuster les versements d'argent au besoin des résidents.

Un pécule est envoyé chaque mois sur leur compte afin qu'ils puissent bénéficier « d'argent de poche » et permettre l'achat de besoins personnels. L'argent du mois est parfois versé à la semaine afin d'éviter la dilapidation de la somme en début de mois. Pour certain et avec l'accord du mandataire, nous distribuons de toutes petites sommes tous les jours. En effet, nous devons gérer la problématique de dépendance (alcoolisation ou drogue) pour certain et elle est évidemment liée à l'argent. Nous devons toujours avoir à l'esprit d'équilibrer notre intervention entre l'autonomie et le risque de mise en danger des personnes.

Afin de permettre une prise en charge globale de la personne, un accompagnement medico psycho social est nécessaire. Un travail de mise en commun de nos interventions, nous permet de travailler vers le même but avec la personne, surtout lors de situations complexes de prise en charge.

A la fonction d'accompagnant social se rajoute une dimension de médiation entre le résident, son environnement et son mandataire.

### **3.5 Animation – Sorties extérieures**

#### **Accompagnement des résidents du FAM : vie sociale**

##### **INTRODUCTION**

Bien que le point commun des résidents accueillis au sein du FAM soit leur parcours de vie antérieure à l'arrivée au FAM, les publics accueillis sont toutefois hétérogènes. Les pathologies des personnes peuvent être psychiques, physiques. Certains ont une déficience depuis l'enfance, et le parcours de vie difficile a majoré les difficultés de santé. Pour d'autres les difficultés ou handicap ont été acquis au cours de leur trajectoire de vie. Mais la plupart d'entre elles sont en situation complexe du fait d'un cumul de problèmes de santé lié le plus souvent à l'alcool-dépendance, ajoutée à des handicaps physiques et/ou psychiques.

Afin de garantir un cadre de vie satisfaisant aux personnes accueillies, malgré leurs difficultés, le FAM met en œuvre différentes activités au quotidien auprès des résidents afin de garantir un cadre de vie agréable et adapté à leur situation individuelle malgré la vie en établissement.

##### **UNE DEMARCHE QUI PRECEDE L'ACTION**

Lors de la démarche d'évaluation interne en 2015, nous avons réfléchi aux supports qui permettraient de faciliter la participation des personnes accueillies et notamment pour qu'ils puissent participer à ce que recouvre, pour eux, une prise en charge respectueuse de leur besoin de liberté au sein d'un établissement. Deux aides médico-psychologiques ont souhaité travailler à partir d'une photo expression qu'elles ont créée avec des résidents du foyer. Elles ont ensuite contacté l'Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé (IREPS) de Lorraine afin de bénéficier d'un accompagnement méthodologique dans leur démarche. La chargée de projet de l'IREPS Lorraine est intervenue une fois par mois auprès des professionnels et les professionnels ont affiné la photo expression. Les résidents ont choisi des photos au cours de plusieurs séances collectives et individuelles afin d'exprimer leurs attentes. Depuis cette démarche a été reproduit pour la mise en place de différents projets.

##### **DE L'ELABORATION DE LA PAROLE DES RESIDENTS A LA MISE EN ŒUVRE D'ACTIVITES**

C'est à partir de cette méthodologie que les professionnelles mettent en œuvre différentes activités au sein du FAM.

##### **Les objectifs visés :**

- Favoriser l'accès aux activités culturelles, sportives et de loisirs ;
- Accompagner les démarches spontanées et non planifiées ;
- Promouvoir les relations entre les résidents et leur proche selon leur volonté, et entre résidents ;
- Diversifier les espaces :
  - o de prise de repas et les menus
  - o de soin d'hygiène

➤ Favoriser l'accès aux activités culturelles, sportives et de loisirs

Tableaux des activités mises en œuvre :

Activités à l'extérieur de l'établissement	
Sorties collectives repas à l'extérieur	8
Sortie en groupe cinéma	3
Sortie "pêche"	5
Visites de monuments et sites	4
Visites loisirs et festivités	2
Spectacles	2

Activités au sein de l'établissement	
Atelier "Les pissenlits"	Le midi : lundi, mardi, mercredi + le vendredi soir
Atelier "pâtisserie"	Tous les samedis
Atelier "Bien-être" - salon Osiris	Toutes les trois semaines et à la demande
Atelier jardin et fleurissement	Au printemps et en été, selon la météo
Sortie "Marche"	Tous les mercredis selon météo
Gymnastique douce	1 jeudi par mois
Spectacle	Nouvel an
Ateliers collectifs liées à la préparation d'événements festifs	Saisons, anniversaires, et autres «événements du calendrier
Activités au quotidien : jeux de mémoire, de société, peinture...	Tous les jours.
Fête de l'été du site Pierre VIVIER	1 journée en juin

**Les sorties de loisirs :**

• **Les sorties « pêche, pique-nique ou plage »**

Les sorties « pêche et pique-nique ou plage » sont très appréciées et demandées de la part des résidents. Cet été, ces sorties ont été privilégiées à leur demande. Nous avons acheté du matériel adapté afin de garantir le confort des résidents. Durant ces journées, tous participent à leur manière, certains pêchent, d'autres discutent autour d'un café, jouent aux jeux de cartes, ou se reposent à l'ombre d'un arbre, d'autres se baignent (29 juin, 11 juillet, 3 août, 13 août, 21 septembre). Un pique-nique a été organisé en soirée. Les résidents ont été ravis de cette initiative et souhaite la renouveler aux beaux jours de 2017.

Il faut savoir que nous avons mis en place les sorties pêche dans le cadre d'un partenariat depuis Juin 2016. En effet, la Fédération Française de Pêche de Tantonville (54) propose avec l'aide de bénévoles, des parties de pêche sur le Madon sur un parcours adapté a des personnes porteuses de handicap (fauteuils roulants, canne etc...). A proximité, il y a une aire de pique-nique ombragée avec possibilités de faire des barbecues (jetables). Pour la somme de 1,50 €/personne, les résidents ont accès à la fourniture des appâts, des lignes, le prêt des cannes à pêche et les bénévoles sont patients et disponibles. Deux articles de presse sont parus dans L'EST REPUBLICAIN pour la valorisation de cette activité au profit des personnes handicapées.

• **Les activités physiques et les sorties à caractère sportif**

Elles sont adaptées en fonction des pathologies et des situations de handicap de chacun. Nous disposons en interne d'une infirmière diplômée également en éducation physique et sportive. Nous proposons un atelier gymnastique douce, un atelier marche, et des sorties permettant de voir des rencontres sportives (matches). La perspective en 2017 de l'ouverture de l'espace favorisant

l'autonomie des résidents au sein du FAM va permettre, notamment, le développement des activités physiques. En effet cet espace comprend une salle d'activités physiques permettant aux résidents de réaliser, dans un espace plus approprié, les exercices prévus en atelier.

### **Les activités culturelles :**

#### **• L'atelier jardinage**

Depuis 2015, un jardin fruits et légumes a été créé avec les résidents. Il y pousse de la salade, des courgettes, des tomates de différentes variétés, fraises, menthe, poivrons....qui sont dégustés lors des ateliers cuisine « LE PISSENLIT ».

#### **• La fête de l'été**

Pour la deuxième année consécutive, le Pôle Animation Vie Sociale du FAM organise « LA FIESTA DE L'ETE ». Cette année, le thème retenu était « Kermesse et fête foraine ». Les résidents invitent, s'ils le souhaitent, leurs familles et/ou proches, qui viennent volontiers.

Tous les services de l'association ARS et les partenaires sont également conviés. Des bénévoles ont également participé à la journée. Ils nous ont fait partager leur savoir-faire : un clown-jongleur, un chanteur-musicien, un « GRAFF » 4X3 mètres a été réalisé par un professionnel de l'art graphique. Cette fresque représentant le sigle « ARS » sur fond d'un personnage populaire. Les résidents comme le personnel se sont énormément investis, pour que cette journée soit une réussite.

### **➤ Accompagner les démarches spontanées et non planifiées**

#### **Repas extérieur :**

« Plusieurs fois dans l'année des résidents sont à l'initiative de projets "restaurant" qui s'effectue par petit groupe de résidents ou seul avec un professionnel. C'est pour eux un moment privilégié, qui leur permet de sortir du foyer et d'accéder à des menus plus individualisés à leur désir.

- En collectif : ces moments se passent toujours dans la joie et la bonne humeur.
- En individuel, le résident peut mieux exprimer ses besoins, ses doutes, ses questionnements, ses souvenirs, regrets, et se sentir davantage écouté dans sa singularité ».

#### **Les ateliers : en individuel ou en collectif :**

- Programmés. Il y a des ateliers programmés selon les projets personnalisés des résidents.
- Non programmés : les ateliers sont aussi accessibles selon le planning disponible pour des résidents demandeurs, sans planification préalable, et ce afin de faciliter la participation de ceux qui participent peu aux activités programmées.

### **➤ Promouvoir les relations**

#### **Entre les résidents et leur proche selon leur volonté :**

La particularité des personnes accueillies au sein du foyer et que la majeure partie d'entre elles n'ont plus de liens avec leur famille ou leurs proches. Pour autant nous avons constaté au fil des années que les événements festifs organisés par le foyer avec invitation des proches, selon les souhaits des

résidents permettaient de renouer des relations positives avec certains résidents et leur famille. Cet axe développé depuis 2015, se confirme. C'est un axe important des activités du FAM qui mobilisent le savoir-faire et l'expérience des professionnels. Le FAM est un lieu qui permet aux familles de revoir les résidents dans un espace positif, éloignées de l'image qu'ils avaient pu avoir par le passé, lorsque la personne vivait à la rue. La prise en charge assurée par l'équipe est également un soulagement pour les familles. Des relations plus apaisées peuvent voir le jour :

Des liens qui se « re-tissent » :

Monsieur M. qui n'avait pas vu ses frères depuis plus de 15 ans.

Monsieur N. a pu recevoir son frère avec son épouse 2 fois depuis début 2016.

Monsieur T. est allé passer 2 jours en famille chez sa fille.

Monsieur L. a reçu sa maman, sa sœur et son neveu.

Monsieur B. a reçu la visite de ses frères et épouses. Ils viennent régulièrement partager un repas confectionné par Monsieur B. à l'atelier cuisine « LE PISSENLIT ».

Monsieur C. a reçu la visite de sa mère et elle est déjà venue à plusieurs reprises partager un repas qu'il a confectionné à l'atelier cuisine « LE PISSENLIT ».

Monsieur B. a renoué avec son frère qu'il n'avait pas vu depuis une vingtaine d'années. Depuis, ils se voient régulièrement et Monsieur est reçu dans sa famille afin de partager des repas. Un atelier cuisine « LE PISSENLIT » est en perspective.

Madame N. voit régulièrement son fils.

Madame V. a des liens avec toute sa famille, un repas a été organisé en juin avec un de ses fils et son épouse.

Monsieur P. a de bonnes relations avec ses sœurs, qui téléphonent régulièrement du fait de l'éloignement.

Monsieur T. a de très bons rapports avec tous ses frères et sœurs qui viennent régulièrement lui rendre visite ou lui téléphone, des repas à l'atelier Cuisine « LE PISSENLIT » ont lieu 1 à 2 x/an. Son frère aîné, l'emmène à tous ses rendez-vous médicaux.

Monsieur A. garde des relations par téléphone avec sa maman.

Monsieur F. a d'excellentes relations avec sa mère et son beau-père désormais ce qui n'était pas le cas auparavant. Il va 1 fois tous les 3 mois partager un repas chez eux (accompagné d'un membre de l'équipe).

Monsieur L. : des liens se renouent petit-à-petit avec sa sœur et sa nièce malgré des difficultés de santé importantes des proches.

Monsieur L. n'a pas de lien réel avec sa famille du fait d'un contexte très dégradé. Mais il va tous les trimestres (à sa demande) se recueillir sur la tombe de son père au cimetière dans un autre

département, accompagné par les professionnels. Il économise pour acheter une fleur et pouvoir s'offrir un repas qui lui plaît ensuite.

Monsieur V. a de très bons liens familiaux avec sa mère et ses sœurs, elles viennent occasionnellement lui rendre visite, et, il est allé par 2 fois manger chez sa mère, ses sœurs l'ont accompagné.

Monsieur B. : les liens sont difficiles. Toutefois, sa fille vient lui rendre visite 2 fois dans l'année (anniversaires).

Madame G. a renoué avec sa mère avec laquelle elle n'avait plus de contact depuis une vingtaine d'années, par écrit. L'équipe accompagne à la formalisation des courriers.

Monsieur L. maintient les liens qui l'unit à sa fille, son gendre, sa sœur et sa belle sœur, il communique par téléphone. Il reçoit leur visite.

Des visites en famille sont organisées à la demande des résidents. Ils peuvent y passer 1 heure comme 1 journée suivant la disponibilité de la famille. Les résidents sont toujours accompagnés d'un membre du personnel. A noter que les professionnels ont accompagné 12 visites au sein des familles.

Enfin, des résidents quittent le foyer notamment pour aller en EHPAD et des visites de courtoisies sont programmées au sein de ces EHPAD. Les résidents apportent une petite collation et sont ravis de revoir leurs camarades.

### **Entre les résidents du FAM**

Nous sommes également attentifs à mettre en place les conditions qui facilitent **les échanges entre résidents** en suscitant le partage de temps collectifs comme les anniversaires, les jeux de tables, la fabrication collective de supports décoratifs pour le foyer.

Une CAB'A'SONS a été fabriquée en 2016. Par le biais de la musique « primitive » qui utilise les matériaux que la nature peut fournir, les résidents peuvent exprimer : émotions, créativité, et, établir ou rétablir des canaux de communication - avec soi-même et avec les autres - et entreprendre à travers eux un processus de réinsertion sociale. Elle stimule et renforce les parties saines du résident par l'expression de sa créativité et de son affectivité dans un contexte non verbal. La musique utilise des techniques fort différentes selon le domaine d'application (improvisation libre au moyen d'instruments de musique créés par les résidents eux-mêmes, et écoute d'extraits musicaux (chants d'oiseaux, ressac de la mer, bruits de cascade etc...)).

Dans le prolongement de la demande des résidents, notamment dans le cadre du conseil de la vie sociale, la perspective de l'année 2017 est de proposer des activités en lien avec les animaux. Ainsi il est prévu la construction d'un hôtel à insectes. Ce projet des résidents vient également s'inscrire dans le prolongement du projet associatif de l'ARS en faveur de l'environnement durable.

Enfin, le pôle animation sociale du FAM propose chaque jour des activités de société ou manuelles en salle animation du FAM : jeux de table et de société, puzzle, scrabble, dessins, peintures, fabrication des décorations pour les évènements festifs (fin d'année, Halloween, Carnaval, printemps, et repas à thèmes) qui ont lieu sur le site.



## ➤ **Diversifier les espaces de prise de repas et les menus**

### **Les ateliers cuisine « LE PISSENLIT » en collectif**

Ils sont proposés 4 fois par semaine pour 3 résidents : le lundi midi, mardi midi, mercredi midi et vendredi soir. Le repas est confectionné dans une cuisine, nommée "Le pissenlit", comme en logement et ils sont pris dans la salle adjacente et non dans la salle à manger du FAM. Le planning est mensuel, rédigé à l'avance par un membre de l'équipe du pôle animation vie sociale. Les résidents sont sollicités lors de l'élaboration du planning pour s'inscrire et en fonction du projet personnalisé de chacun. Il faut savoir qu'avec le temps les résidents ont souhaité élaborer un livre de cuisine. Le livre de cuisine « sucrée » a vu le jour. Il stipule toute la marche à suivre pour la réalisation.

### **Les ateliers cuisine « LE PISSENLIT » en individuel**

Depuis Mai 2016, des ateliers cuisine « LE PISSENLIT » en individuel sont mis en place prenant en compte le projet individuel de chacun. Il s'agit notamment d'évaluer les capacités, l'autonomie du résident. Il choisit le menu, il élabore une liste de courses, il fait les courses, accompagné par un membre de l'équipe sociale, il gère les achats, il cuisine avec l'aide de l'accompagnateur. Il invite 2 ou 3 résidents de son choix ou sa famille. Il participe activement à l'atelier.

### **L'entre-deux**

Chaque week-end est proposé un atelier pâtisserie « L'ENTRE-DEUX », les résidents sont vivement conviés à l'élaboration des goûters qu'ils suggèrent, ils sont également conviés au service, afin de maintenir leur autonomie.

### **Petits déjeuners en petit groupe**

Depuis le 1er Avril 2016, des petits déjeuners «en petit groupe de 3 résidents » sont proposés aux résidents en salle animation. Les compositions sont variables et diversifie l'offre au niveau des petits déjeuners. Le principe d'inscription est le même que pour les ateliers « LE PISSENLIT ». Le choix des aliments y est varié : fromage, yaourt, œuf au plat ou coque, pain grillé, confiture, beurre, fruits, céréales.

## ➤ **Diversifier les espaces de soin d'hygiène : le projet détente et bien être**

Dans le cadre de notre accompagnement au quotidien, nous avons constaté que de nombreux résidents ne prenaient pas soin d'eux. Ce désintérêt pour leur propre image et celle qu'ils renvoient aux autres est probablement lié à leur vécu empreint d'une grande précarité. Leur conditions de vie très marginalisées les ont progressivement amené à négliger leur apparence et en quelque sorte perdre leur identité. Ainsi, au quotidien, la plupart nécessite d'être stimulé et accompagné pendant leur toilette. Par ailleurs, nous avons également observé que certains soins d'hygiène (coupe des ongles, taille des sourcils, moustache...) se pratiquaient sur des temps informels et dans des lieux pas toujours adaptés.

Suite à ces constats, l'équipe sociale a proposé la mise en place d'un projet bien-être et détente en parallèle du travail des soins d'hygiène effectué par l'équipe soignante. Cette action vise à travailler et valoriser l'image, l'estime et la confiance en soi en offrant aux usagers un moment de bien-être et de détente privilégié lors d'un soin esthétique, de confort et/ou de relaxation. Partager des temps de prise en charge individualisée est également un excellent support pour créer, maintenir et/ou renforcer les liens avec les usagers en créant un espace de parole protégé et médiatisé par des soins

esthétiques. Aussi, ces ateliers ont pour objectif à long terme d'inculquer des savoir-faire pour que les personnes puissent reproduire ensuite ces gestes en toute autonomie et ainsi se réapproprier leur image et leur identité.

Enfin cet atelier et cet espace dédié peut servir de biais pour désamorcer une situation de tension vécue ou ressentie par un résident. Cet espace permet alors de proposer un moment de détente, de libérer la parole et d'apaiser la personne qui se trouve en situation de tension.

Afin d'apporter des repères aux résidents, nous organisons cet atelier toutes les 3 semaines (le jeudi après-midi). Cependant, selon les demandes et besoins, nous agissons aussi dans l'instantanéité, au cas par cas. Par exemple, nous pouvons proposer à un résident ayant refusé de faire sa toilette un bain moussant agrémenté de musique relaxante et de lumières tamisées. Ces conditions contribuent à « mieux vivre » voire à apprécier ce moment de la toilette. Au fur et à mesure des séances, nous observons qu'un lien de confiance s'établit, que ces moments privilégiés sont propices aux confidences. Ces temps individualisés sont bénéfiques car ils permettent aux résidents de s'extraire pendant un moment de la vie en collectivité (qui parfois s'avère pesante) et d'être reconnus en tant que personne à part entière, unique et singulière. Ainsi, ils ont l'opportunité de pouvoir s'exprimer librement sans crainte d'être jugés par leurs pairs.

Quant aux soins proposés, quels qu'ils soient, ils permettent aux résidents de se réapproprier leur corps qui a souvent été négligé, malmené voire oublié. Les soins esthétiques et de détente les amènent à prendre conscience de leur corps, à mieux le ressentir et à le vivre de manière plus positive. Par ces soins et cette attention portée à leur égard, nous tentons également de les conduire à avoir un autre regard et une autre perception de leur image et de celle qu'ils renvoient aux autres. Le temps, la répétition des gestes et la bienveillance sont nos alliés pour les aider à se construire une image saine de leur corps et une bonne estime d'eux-mêmes.

## **4 CONCLUSION**

L'année 2016 s'est inscrite dans la continuité de l'année 2015 en matière de coordination avec les services de tutelles, les professionnels de santé libéraux, les pharmaciens de proximité.

A noter qu'une évolution importante est à prendre en compte. En effet après différentes rencontres avec l'Agence Régionale de Santé du Grand Est, il s'avère que nous pouvons enfin obtenir les crédits nécessaires à la création d'un temps d'intervention pour un psychologue. Un professionnel doit démarrer son activité en janvier 2017. Compte tenu de la fragilité psychologique des personnes accueillies, cette action viendra renforcer le travail d'accompagnement de l'équipe du foyer.

Concernant les perspectives 2017, il s'agit bien évidemment de l'ouverture de l'espace d'autonomie à destination des résidents. L'année sera également consacrée à la recherche d'un logiciel adapté permettant le recueil des informations alimentant le rapport d'activité et le suivi informatisé des informations médico-sociales des résidents.

## **ANNEXES**

Tranches d'âges adultes	2016				2015			
	Ménages		Nbre personnes différentes		Ménages		Nbre personnes différentes	
plus de 56 ans	20	55%	19	54%	17	45%	17	45%
46 à 56 ans	12	33%	12	34%	17	45%	17	45%
36 à 45 ans	2	6%	2	6%	1	2%	1	2%
26 à 35 ans	2	6%	2	6%	3	8%	3	8%
<b>Totaux</b>	<b>36</b>	<b>100%</b>	<b>35</b>	<b>100%</b>	<b>38</b>	<b>100%</b>	<b>38</b>	<b>100%</b>

Niveau d'instruction adultes	2016				2015			
	Personnes		Nbre personnes différentes		Personnes		Nbre personnes différentes	
Sans diplômes	16	45%	15	43%	21	55%	21	55%
C.A.P.	12	34%	12	34%	10	26%	10	26%
B.E.P.C.	3	8%	3	9%	4	11%	4	11%
B.E.P.	2	5%	2	6%	2	5%	2	5%
Etudes supérieures	0	0%	0	0%	1	3%	1	3%
Autres	3	8%	3	8%	0	0%	0	0%
<b>Totaux</b>	<b>36</b>	<b>100%</b>	<b>35</b>	<b>100%</b>	<b>38</b>	<b>100%</b>	<b>38</b>	<b>100%</b>

Ressources à l'entrée	2016	2015
	Personnes	Personnes
AAH ou pension invalidité	35	37
autre ressources	1	1
Retraite	1	1
<b>Totaux</b>	<b>37</b>	<b>39</b>

Ressources à la sortie	2016	2015
	Personnes	Personnes
AAH ou pension invalidité	6	8
Retraite	1	0
<b>Totaux</b>	<b>7</b>	<b>8</b>

\* les personnes accueillies peuvent avoir plusieurs ressources

