

2018

FOYER D'ACCUEIL MÉDICALISÉ

Carole JOLLAIN

Directrice

Sandra DENIS

Médecin Coordonnateur

Caroline ANDRE

Cheffe 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 (Commission 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 psychologue	0,31 ETP
1 cadre de santé	0,45 ETP
3 infirmiers	3,00 ETP
1 aide-soignant de nuit	1,00 ETP
6 aides-soignants	6,00 ETP

ACTIVITÉS 2018

Public

37 personnes accueillies :
6 femmes seules
31 hommes seuls

Problématiques de santé

Les personnes peuvent avoir plusieurs problématiques de santé

Psychiatrie et troubles de la personnalité ou de l'humeur	27
Complications liées à l'alcoolisme dépendance.....	24
Addictions	23
Neurologie.....	21
Pneumologie.....	14
Cardiologie + vasculaire	14
Soins dentaires	10
Hepatho-Gastro-Entérologie HGE.....	8
Urologie + néphro	8
Traumatologie + Orthopédie	6
Altération de l'état général.....	6
Endocrinologie	5
ORL	5
Chirurgie.....	4
Ophthalmologie	2
Dermato	2
Phlebo	1
Cancerologie.....	1
Gynéco	1
Maladies infectieuses	1

Activité

Taux d'occupation net : 97,11 % • 10 633 journées réalisées

Flux

7 personnes sorties dont 6 accueils temporaires et 1 accueil permanent
6 personnes admises dont 5 accueils temporaires et 1 accueil permanent

Orientations à l'issue de la prise en charge

CHRS	1 personne
LHSS.....	3 personnes
ACT.....	1 personne
ADOMA – Lits de stabilisation	1 personne
Pension de famille Marie Leszczynska.....	1 personne

30 personnes présentes au 31 décembre 2018

SOMMAIRE

1	INTRODUCTION	2
2	RAPPORT QUANTITATIF	2
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	5
3	RAPPORT D'ACTIVITE EN SOIN PARAMEDICAL	6
3.1	Motif de la demande d'admission dans le service	6
3.1.1	Problématiques de santé prises en compte	6
3.2	Evaluation de la dépendance et projet d'accueil personnalisé	8
3.3	Cas clinique	9
3.4	Psychologue	11
3.4.1	Ouverture et coordination du service avec l'extérieur	11
3.4.2	L'activité auprès de l'équipe pluridisciplinaire du FAM et la coordination interne	11
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)	11
3.4.4	Autres	12
3.4.5	Conclusion de l'activité du psychologue	12
3.5	Suivi social	13
3.5.1	Le suivi social individuel	13
3.5.2	Animation - Sorties extérieures	20
3.5.3	Bilan du Conseil de Vie Sociale FAM Pierre VIVIER	23
4	CONCLUSION	24
	ANNEXES	25

1 INTRODUCTION

En 2018, nous avons poursuivi le travail de réflexion visant l'adaptation de l'organisation aux enjeux liés à 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 l'ouverture en 2019 d'un nouvel établissement « Lits d'Accueil Médicalisés » de 15 places. Dans la continuité de ce travail, nous avons préparé la création d'un poste de chargée de coordination de parcours individualisé des personnes en situation de handicap au sein du FAM. Il s'agit de développer l'animation du projet d'accueil personnalisé des résidents du FAM. Il vise à mieux adapter les prestations internes du FAM au service des personnes accueillies, mais également de développer des partenariats permettant de répondre aux besoins des résidents. Lors des projets et des articulations des parcours avec d'autres partenaires, des plans de transition seront préparés avec le résident afin de faciliter l'adaptation à d'autres formes de prises en charge qui répondent aux besoins et aux demandes des personnes accueillies.

Comme nous l'avons évoqué en 2017, le FAM est confronté au vieillissement des personnes accueillies, qui conduit à une moindre autonomie et à des problématiques de santé multiples. Afin d'accompagner les équipes à ces évolutions, nous avons mis en place différentes formations visant l'adaptation des professionnels à l'évolution des résidents du FAM.

2 RAPPORT QUANTITATIF

2.1 Taux d'occupation

2018	2017
97.11 %	100.47 %

Le taux d'occupation, même s'il est inférieur à celui de 2017, est toujours proche des 100%.

Cette légère baisse trouve une double origine. D'une part, nous avons au cours de l'année 2018 observé quelques jours de latence entre des accueils temporaires. Soit en raison de travaux de rénovation d'une chambre, afin d'accueillir les personnes dans des conditions optimales, soit en raison d'un épisode de grippe qui nous a contraint de décaler l'arrivée de la personne, déjà fragile sur le plan de la santé, pour limiter les risques. D'autre part, en 2018, un résident du FAM en accueil permanent a été orienté vers le dispositif des Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT) de l'ARS. Ainsi, il s'agissait d'une période « d'essai » de trois mois afin de consolider le projet futur de retour en logement autonome. Comme en 2017, nous avons demandé l'accord à l'Agence Régionale de Santé pour occuper cette place temporairement vide pour un accueil temporaire. Notre demande a été acceptée. Nous avons néanmoins fait le choix d'attendre un mois avant d'accueillir quelqu'un. Ce temps nous a permis de sécuriser un éventuel « échec » de l'accueil en ACT.

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.

Le projet ACT s'est avéré concluant, nous avons donc accueilli une personne en accueil temporaire durant cette période. A l'issue, la place est redevenue une place d'accueil permanent et une nouvelle admission a pu avoir lieu.

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	37	37
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	35	35

FILE ACTIVE

Type ménage	2018						2017					
	Ménages		Personnes		Nbre personnes différentes		Ménages		Personnes		Nbre personnes différentes	
Hommes isolés	31	84%	31	84%	31	86%	30	86%	30	86%	29	85%
Femmes isolées	6	16%	6	16%	5	14%	5	14%	5	14%	5	15%
2017	37	100%	37	100%	36	100%	35	100%	35	100%	34	100%

A l'instar de l'année 2017 par rapport à 2016, nous avons accueilli une femme de plus en 2018. Malgré tout, l'accueil d'hommes isolés reste largement majoritaire.

2.3 Situation matrimoniale

Situation matrimoniale	2018				2017			
	Ménages		Nbre personnes différentes		Ménages		Nbre personnes différentes	
Célibataire	27	73%	27	73%	23	66%	23	68%
Divorcé	8	22%	8	22%	9	26%	8	23%
Séparé	2	5%	2	5%	3	8%	3	9%
Totaux	37	100%	37	100%	35	100%	34	100%

Contrairement à 2017, nous retrouvons en 2018 des chiffres proches de 2016 avec une majorité de célibataires. Malgré tout, ces écarts d'années en années sont relativement faibles et sont peu significatifs sur un échantillon aussi faible.

2.4 Une population plutôt âgée

Tranches d'âges adultes	2018				2017			
	Ménages		Nbre personnes différentes		Ménages		Nbre personnes différentes	
plus de 56 ans	19	51%	19	51%	16	46%	16	47%
46 à 56 ans	15	40%	15	40%	17	48%	16	47%
36 à 45 ans	1	3%	1	3%	0	0%	0	0%
26 à 35 ans	2	6%	2	6%	2	6%	2	6%
Totaux	37	100%	37	100%	35	100%	34	100%

Alors qu'en 2017 nous avons observé un « rajeunissement » des personnes accueillies, en 2018 les chiffres se rapprochent de ceux de 2016. Les personnes en accueil vieillissent et les variations observées d'une année à l'autre sont à mettre en lien avec l'âge des personnes venant au FAM en accueil temporaire.

2.5 Origine de la demande

Origine de la demande nouvelles entrées	2018		2017	
	Ménages		Ménages	
ARS Pierre VIVIER CHRS	1	17%	0	0%
ARS Pierre VIVIER LHSS	2	32%	3	52%
ARS Pension de famille	1	17%	0	0%
ARISTIDE BRIAND	1	17%	0	0%
ADOMA service lits stabilisation	1	17%	1	16%
ARS ACT	0	0%	1	16%
Services hôpital psychiatrique	0	0%	1	16%
Autres services sociaux	0	0%	0	0%
Services hôpital	0	0%	0	0%
Totaux	6	100%	6	100%

Dans la continuité des années précédentes, nous maintenons notre choix de ne prendre en compte que les personnes accueillies au cours de l'année 2018, en accueil permanent ou en accueil temporaire. Cela nous semble plus pertinent de faire un focus sur l'origine de la demande sur l'année écoulée plutôt que sur l'histoire du FAM depuis son ouverture.

Nous pouvons observer une évolution par rapport à 2017. En effet, cette année nous n'avons admis aucune personne en provenance des ACT. En revanche, nous avons accueilli une personne d'une pension de famille et une d'une résidence sociale. Comme en 2017, les lits de stabilisation sont toujours présents comme service orienteur. Au cours de l'année 2018 les services hospitaliers n'ont fait aucune demande.

Enfin, il est à noter que, même si la répartition entre le CHRS Pierre Vivier et les LHSS Pierre Vivier est un peu différente de 2017, ces services représentent toujours la moitié des services d'origine.

2.6 Hébergement antérieur à l'admission

Hébergement antérieur nouvelles entrées	2018		2017	
	Ménages		Ménages	
Structure médicale CHRS ou assimilés	0	0%	2	34%
Foyer logement ADOMA	6	100%	3	50%
	0	0%	1	16%
Totaux	6	100%	6	100%

Nous pouvons observer un vrai changement par rapport à 2017. Cette année, l'ensemble des personnes accueillies étaient précédemment hébergées dans des structures de type CHRS ou assimilés. Il est à noter tout de même qu'une personne accueillie en 2018 était hébergée en résidence sociale. Elle n'apparaît pas de façon distincte dans ce tableau car cette résidence sociale n'est pas gérée par ADOMA mais par l'AGAFAB.

2.7 Provenance géographique

Provenance géographique	2018	2017
Domicile de secours pour les nouvelles entrées 2017	Nbre	Nbre
Communauté Urbaine du Grand Nancy	4	4
Nancy	4	4
AUTRES COMMUNES 54	2	1
Maxéville	0	1
Neuves Maisons	1	0
Pulligny	1	0
AUTRES COMMUNES	0	1
Lorraine (55, 57, 88)	0	1
Totaux	6	6

La seule évolution notable en 2018 est l'absence d'orientation émanant d'un autre département que la Meurthe-et-Moselle.

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

Motif de sortie	2018	
	Personnes	
CHRS ARS Pierre VIVIER	1	14%
LHSS ARS Pierre VIVIER	3	44%
ACT ARS Pierre VIVIER	1	14%
ADOMA - Lits stabilisation	1	14%
Pension de famille Marie LESZCZYNSKA	1	14%
Totaux	7	100%
Présents au 31/12/2018	30	
Totaux	37	

Durée de séjour des personnes sorties de l'hébergement permanent en 2018	> de 24 mois	SOUS-TOTAL	Durée de séjour des personnes sorties de l'hébergement temporaire en 2018	de 1 à 3 mois	SOUS-TOTAL	TOTAL
Femmes isolées	0	0	Femmes isolées	2	2	2
Hommes isolés	1	0	Hommes isolés	4	4	4
En ménages	1	1	En personnes	6	6	6
En personnes	1	1	En personnes	6	6	6

Les orientations à l'issue de la prise en charge sont à mettre en lien avec l'origine de la demande et l'hébergement antérieur. En effet, pour les personnes qui sont prises en charge dans le cadre d'un accueil temporaire, systématiquement elles reviennent là où elles habitaient antérieurement.

Concernant les personnes en accueil permanent, nous avons cette année fait une sortie positive vers un autre dispositif médico-social de l'association, à savoir les Appartements de Coordination Thérapeutique. Après une période d'essai ayant pour objectif de valider et consolider le projet futur de logement autonome, la personne a définitivement quitté le FAM pour intégrer les ACT, dans la continuité de son parcours, pour à terme réaliser son projet.

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 compte

* les personnes peuvent avoir plusieurs problématiques de santé

Psychiatrie et troubles de la personnalité ou de l'humeur	27
Complications liées à l'alcoolodépendance	24
Addictions	23
Neurologie	21
Pneumologie	14
Cardiologie + vasculaire	14
Soins dentaires	10
Hépatogastro-Entérologie HGE	8
Urologie + néphrologie	8
Traumatologie + Orthopédie	6
Altération de l'état général	6
Endocrinologie	5
ORL	5
Chirurgie	4
Ophthalmologie	2
Dermatologie	2
Phlébologie	1
Cancérologie	1
Gynécologie	1
Maladie infectieuses	1

NOMS ANONYMES DES PATIENTS	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 + vasculaire	Hépatogastro-Entérologie HGE	Maladie infectieuses	Chirurgie	Traumatologie + Orthopédie	Urologie + néphrologie	Gynécologie	Pneumologie	Soins dentaires	Phlébologie	Dermatologie	Ophthalmologie	Cancérologie			
A	psychose+toxicomanie	5	1	1	1												1							
B	psychose + déficit intellectuel	1			1																			
C	Démence post éthilique	6	1	1	1		1		1	1					1									
D	Démence post éthilique	12	1	1	1	1	1			1	1					1	1		1	1				
E	Psychose	4		1		1					1					1								
F	Démence post éthilique	5	1	1		1											1							
G	séquelles alcoolodépendance + Déficit moteur	8	1				1	1	1	1					1	1		1						
H	Psychose	6			1	1			1	1											1	1		
I	Psychose	2				1					1													
J	Alcoolodépendance + AOMI + coronaropathie + BPCO	4	1	1							1										1			
K	Psychothique + Déficit	6	1	1		1					1										1	1		
L	Déficit intellectuel grave	5	1	1	1	1																		
M	Démence post éthilique + AOMI	2	1								1													
N	Psychose + Troubles neurologiques + Cérébro lésé	3			1	1											1							
O	AVC + Alcool + Toxicomanie	9	1	1	1	1					1	1	1				1	1						
P	Psychose + Syndrome Klinefelter	6		1		1		1				1										1		
Q	Sclérose en plaque + psychose paranoïaque	2			1	1																		
R	Complications alcoolodépendance	5	1		1	1					1													
S	Déficit intellectuel	2				1																1		
T	Alcoolodépendance, pathologies cardiovasculaires	6	1	1	1		1				1						1							
U	Psychose, alcoolodépendance	6	1	1	1	1						1					1							1
V	diogène, diabète, déficit intellectuelle	2				1					1													
W	Démence post éthilique	3	1								1											1		
X	Alcoolodépendance + hystérie	5	1	1	1	1				1									1					
Y	Déficit intellectuel grave + alcoolodépendance	8	1	1	1	1						1												1
Z	Démence post alcoolique	3	1	1		1																		
AA	Démence post éthilique	7	1	1	1	1					1	1									1			
BB	Troubles cognitifs induits par l'alcool	4	1	1		1																1		
CC	Alcoolodépendance et complication hépatiques	5	1	1	1		1					1												
DD	trouble de l'humeur, epilepsie	4		1	1	1																1		
EE	Cérébro lésé + psychopathie	9	1	1	1	1					1	1									1	1		
FF	Sclérose en plaque + trouble de la personnalité	6	1	1	1	1	1		1															
GG	Complication alcoolodépendance	5	1	1	1	1					1													
HH	Alcoolodépendance+troubles orthopédiques	7	1	1	1	1										1	1	1						
II	Trouble du comportement + Alcoolodépendance	11	1	1	1	1						1	1			1	1	1	1					1
	TOTAUX	184	24	23	21	27	6	5	5	14	8	1	4	6	8	2	14	10	1	2	2	1		

Au cours de l'année 2018, une seule entrée en accueil permanent est constatée. Cette entrée fait suite à un séjour d'hébergement temporaire. Les autres mouvements concernent les résidents accueillis en hébergement temporaires, soit 5 résidents qui ont été accueillis en hébergement temporaire. La population n'a pas beaucoup évolué. La dégradation de l'autonomie et la présence de troubles cognitifs chez certains résidents, ont maintenu la charge en soins du service. Le nombre de consultations, même si il a diminué par rapport à l'année précédente ne peut être le seul reflet de la nécessité d'accompagnement des personnes dans leur prise en soin. Il est d'ailleurs à noter que cette baisse est principalement liée à une nette diminution des actes de kinésithérapie.

Tableau récapitulatif des consultations par spécialité 2018	
Cs méd. générale sur site	9
Médecine générale	236
Addictologie	14
Anesthésie	2
Angiologie	4
Cardiologie	18
Chirurgie générale	2
Chirurgie de la main	2
Chir ortho trauma	7
Dentaire	41
Echographie	10
Gynécologie	4
Hépatogastroentéro	9
IRM / TDM	8
Kinésithérapie	26
Neurologie	7
Oncologie	2
Ophthalmologie	4
ORL	2
Orthophonie	52
Phlébologie	7
Podologie	2
Pneumologie	13
Psychiatrie et CMP	26
Radiologie	17
Rhumathologie	1
Urologie	13
Maxillofacial	3
Pédicure	1
Rééducation	2
Totaux	544

Tableau récapitulatif des principaux soins infirmiers 2018	
BILANS SANGUINS	74
ECBU	12
INR (injection Neuroleptique Retard)	172
PANSEMENTS	1223
INTRAMUSCULAIRES	6
GLYCEMIES CAPILLAIRES	125
SURVEILLANCE PARAMETRES VITAUX	461
POSE DE SONDE URINAIRE	7
Totaux des actes	2 080

Les actes infirmiers ont quant à eux évolué à la hausse notamment sur le nombre des injections de neuroleptiques retardés. Il est à noter que ce soin technique est associé systématiquement à un accompagnement à l'adhésion aux soins des résidents souffrant de pathologies psychiatriques.

Il a été ajouté dans ce rapport des soins non comptabilisés mais qui mettent en évidence la présence soignante au quotidien dans son rôle de prévention et de surveillance.

En effet, les actes de surveillance des différents paramètres vitaux et des glycémies ont toute leur importance dans le suivi de pathologies chroniques. Elle permet de déceler au plus vite une éventuelle aggravation ou décompensation et ainsi éviter au maximum le recours aux hospitalisations.

3.2 Evaluation de la dépendance et projet d'accueil personnalisé

L'essentiel des projets d'accueil personnalisés ont été réalisés en 2017.

Des réévaluations sont en cours en 2018 selon l'illustration ci-dessous :

➤ Identification du résident :

- Nom, prénom : L.S.

- Date de naissance : ../../1956

- Date d'entrée au FAM : 01/09/2011

- Date de réalisation du suivi PAP : 14/10/2018

➤ Evolution du profil MAP/GIR :

Légère amélioration depuis l'an passé, avec passage de MAP3/GIR4 à MAP4/GIR5. Monsieur L. présente une certaine stabilité depuis l'année dernière.

Toutefois, cet état dépend en grande partie de l'évolution de sa maladie et des potentielles phases de poussée.

➤ Réévaluation des objectifs :

L'aspect relationnel est stable par rapport au dernier PAP.

Monsieur L. est autonome au niveau de ses activités. Il est capable de faire ses achats seul mais a besoin d'être accompagné. On note une bonne évolution de la compétence activités essentielles. Attention toutefois, au niveau de la toilette, si Monsieur L. est autonome, il faut rester vigilant par rapport à son état cutané (fauteuil roulant).

En ce qui concerne le suivi de sa santé, Monsieur L. suit correctement ses RDV, y compris kinésithérapie et orthophoniste, il connaît son traitement. Les séances d'orthophonie ont d'ailleurs permis d'améliorer la variable parler, puisque Monsieur L. est aujourd'hui à nouveau côté A.

➤ Proposition d'actions ciblées :

Sorties extérieures : Envisager sortie collective, par exemple restaurant avec d'autres résidents.

Cuisine thérapeutique : Continuer la cuisine mais en variant les personnes présentes.

➤ Planning de suivi et d'évaluation (à corrélérer avec les prochaines échéances de bilan MDPH) :

Bilan MDPH prévu le : Juillet 2021.

Prochaine évaluation le : 1^{er} semestre 2019.

3.3 Cas de prise en charge paramédicale

Monsieur Z. est âgé de 61 ans, divorcé depuis une vingtaine d'année. Il a une fille qui vit en Moselle, avec qui il avait rompu le contact pendant de nombreuses années.

Ses antécédents sont marqués par une cyphose, une hernie hiatale, un éthylo-tabagisme chronique compliqué par un syndrome de Korsakoff, de plaies variqueuses chroniques et d'une ostéite calcanéenne.

Il bénéficie d'une curatelle renforcée.

Bien qu'ayant souffert d'une enfance particulièrement difficile avec un père violent et ayant perdu sa maman très jeune, (décédée d'un cancer à l'âge de 38 ans), Monsieur Z. a eu une vie tout à fait intégrée socialement. Il a travaillé à au sein d'une grande entreprise pour qui il était installateur de câbles électriques. Il est également amateur de football, ce qui l'a même amené à jouer en tant que gardien pour une fédération d'une grande ville.

Sa séparation conjugale sera à l'origine de l'apparition d'une forte dépendance à l'alcool l'ayant fait basculer dans la marginalisation et dans un isolement profond. Monsieur Z. connaîtra alors l'errance et la vie dans la rue. Son accueil en structure collective pendant plus d'une dizaine d'années fut relativement compliqué du fait des troubles du comportement, de ses alcoolisations massives et son état d'hygiène déplorable.

Il intègre le FAM en fin d'année 2011 dans un contexte de perte d'autonomie lié à une démence de type Korsakoff.

En effet les troubles cognitifs présentés par Monsieur Z. nécessitent un accompagnement dans la réalisation des actes de la vie quotidienne.

Besoins fondamentaux et besoins en accompagnement

- **Respirer** : tabagisme actif, 10 cigarettes lui sont transmises par jour
- **Boire et manger** :
 - alcool-dépendant, pas de régime alimentaire particulier
 - Boit beaucoup de café et de vin rouge
- **Eliminer** : RAS
- **Se mouvoir, maintenir une bonne posture** : présente des plaies aux pieds et chevilles ce qui entraînent une boiterie par la gêne occasionnée.
- **Dormir, se reposer** : RAS
- **Se vêtir, se dévêtir** : a besoin d'être stimulé pour changer ses vêtements. Refuse d'entretenir lui-même son linge
- **Maintenir sa température corporelle** : a tendance à la frilosité
- **Etre propre, soigner et protéger ses téguments** :

- Est capable de réaliser lui même sa toilette mais doit être stimulé quotidiennement par les professionnels pour le faire
- Bénéficie de soins infirmiers quotidiens pour la réfection de pansements pour ses pieds et chevilles
- **Eviter les dangers :**
 - Vaccinations à jour (grippe, pneumovax)
 - Alcoolisation quotidienne mais dans les limites de l'état d'ébriété acceptable en collectivité
 - Peu compliant au suivi médical indispensable pour la surveillance de ses plaies (phlébologie et chirurgie vasculaire) nécessitant un accompagnement par les professionnels
 - Préparation des traitements et distribution pluriquotidienne par les professionnels
 - N'a pas conscience des dangers qu'il peut encourir pour sa santé
- **Communiquer avec ses semblables :**

A tendance à la répétition du fait de ses troubles cognitifs, sociable
- **Agir selon ses croyances et ses valeurs :** athée
- **S'occuper en vue de se réaliser :**
 - N'apprécie pas les activités collectives
 - Sort se promener quotidiennement à l'extérieur seul ou accompagné d'autres résidents
 - Est capable d'entretenir lui-même sa chambre pour la maintenir dans un état de propreté tout à fait acceptable
- **Se divertir :**
 - Passionné par les matchs de football à la télévision
 - Lit le journal chaque matin, notamment la page sportive
- **Apprendre :** n'a pas conscience de sa pathologie et de ses troubles cognitifs

A l'heure actuelle, la prise en charge de Monsieur Z. ne pose pas de problème particulier. Son comportement est globalement cohérent. Toutefois, les rapports peuvent parfois être délicats avec le personnel soignant pour les soins d'hygiène et la réfection des pansements.

Le séjour au FAM de Monsieur Z. met en évidence plusieurs axes:

- La stabilité offerte par la structure a permis à Monsieur Z. de prendre à nouveau soin de lui, de maintenir une hygiène corporelle correcte et de prendre en charge ses plaies variqueuses chroniques ;
- Une reprise de contact familial : l'accompagnement a permis de renouer des liens avec sa fille qui vit en Moselle. Un rendez-vous est organisé mensuellement avec un accompagnement professionnel le plus souvent autour d'un repas ;
- Le travail d'accompagnement pluri-professionnel permet de minimiser les troubles du comportement de Monsieur Z. ce qui a pu lui permettre de s'adapter à une vie en collectivité indispensable à la prise en charge de sa pathologie.

3.4 Psychologue

Nous avons accueilli en décembre 2018, un nouveau psychologue. Le précédent a orienté sa carrière vers de nouveaux projets. La présentation de l'activité 2018 du psychologue est réalisée par le psychologue arrivé le 3 décembre 2018, sur la base des informations transmises par son prédécesseur. Ce rapport d'activité est basé sur les données quantitatives disponibles transmises durant l'année 2018.

La lecture du rapport d'activité précédent (période 2017) montre que la fonction du psychologue au sein du FAM est récente, tant au niveau de la représentation institutionnelle que des modes d'organisation de la pratique au sein du service. L'année 2018 fait, en effet, directement suite à l'année de son instauration sous cette forme.

Le mois écoulé a permis au psychologue de se rendre compte que les choses étaient davantage ancrées grâce au travail réalisé depuis deux ans.

Le temps du psychologue (0.30 ETP) est connu et investi par les usagers comme par les professionnels et les trois axes de travail repérés en 2017 sont :

- Ouverture et coordination avec l'extérieur ;
- Activités au sein du groupe des professionnels ;
- Réponses aux besoins des résidents sur le plan psychique et cognitif qui ont donné lieu à une continuité d'action en 2018.

3.4.1 Ouverture et coordination du service avec l'extérieur.

L'objectif identifié en 2017 était de « s'appuyer sur les compétences du réseau existant et de coordonner les actions autour du résident » sont :

- Une réunion avec le Centre Psychothérapique de Laxou et notamment un médecin, en vue de préparer la mise en place d'un atelier de remédiation cognitive,
- De multiples contacts avec des partenaires institutionnels : UCC, CMP, Pension de famille, ACT, soins palliatifs, EMPP, CPN.

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

Le psychologue a proposé une lecture clinique des situations, partagée avec les équipes en tenant compte de la notion de secret partagé.

Les données quantitatives relatives aux réunions sociales et de soins (36 actes en 2018) montrent la poursuite de ces objectifs en 2018.

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 456 actes réalisés auprès des usagers en entretien individuel attestent de la réalité de cette action du psychologue au sein du FAM.

3.4.4 Autres

En synthèse :

Axes d'actions	catégories	Nombre d'actes	total
Ouverture et coordination vers l'extérieur	Organisation rencontres partenaires	12	12
Activité auprès de l'équipe pluridisciplinaire du FAM et coordination interne	Information équipe	Participation à 1 réunion par quinzaine	40 + réunions d'équipe
	PAP	4	
	Réunion médico-sociale	36	
Soutien et accompagnement des résidents	Rencontre individuelle	456	460
	Entretien de groupe	4	
Autres	Accueil stagiaire psychologue	0	10
	Formation	0	
	Réunion de pôle, commission d'admission, entretien avec la directrice	10	

3.4.5 Conclusion de l'activité du psychologue

L'année 2018 a été particulière, compte-tenu du départ du psychologue au cours de l'été, du recrutement temporaire d'un psychologue dans l'attente de l'arrivée de celui-ci recruté et qui a pris son poste le 3 décembre 2018. Le soutien aux équipes et le travail thérapeutique auprès des résidents s'est poursuivi mais le travail en réseaux avec les partenaires, et notamment l'action de remédiation cognitive doit être relancée en 2019 avec le nouveau psychologue.

3.5 Suivi social

3.5.1 Le suivi social individuel

Investissement important du travailleur social de suivi, qui met en valeur l'accompagnement mené, et notamment le lien avec les services de tutelles.

Type de mesure	Nombre
Curatelle renforcée	19
Tutelle	12
Personne sans protection	5
Totaux	36

Mandataire	Nombre
UDAF	25
UTML	4
Privé	2
Totaux	31

Introduction

Le projet individuel est et doit être partagé par un questionnement pluridisciplinaire au sein des équipes du FAM, accompagné par un travail coopératif des différents corps de métier ainsi que les partenaires extérieurs à la structure.

Il ne s'agit pas d'appliquer de façon mécanique les lois et/ou les orientations, il en va de même sur les relations partenariales et plus particulièrement les mandataires de tutelles qui sont nos coopérants privilégiés. Les rencontres et relations avec les autres partenaires sont également indispensables et se mettent en place en fonction de l'objectif des prises en charge et des projets.

Les travailleurs sociaux travaillent sur de l'humain avec des situations toujours singulières. Ils ont à analyser et à évaluer les situations en se méfiant de leurs propres représentations, d'où l'importance de partage des points de vues.

L'illustration en sera faite au travers de deux études de cas très différentes n'ayant pas les mêmes objectifs de travail :

- L'une est une prise en charge longue qui inscrit le travail partenarial et de suivi sur plusieurs années,
- L'autre sera une prise en charge en accueil temporaire (90 jours au maximum).

Etude de cas d'un résident en accueil permanent

Anamnèse

Monsieur A a vécu en famille jusqu'à l'âge de 14 ans. Puis il est placé en Foyer de l'enfance jusqu'à ses 18 ans. Il intègre deux lycées successivement.

A 18 ans, il a une place en CHRS dans le Sud de la France. Puis il fera plusieurs centres de détention jusqu'en 2009. Il intégrera un CHRS en Moselle, il arrivera à Nancy en octobre 2009. Il n'a pas de contact avec sa famille d'origine.

Sa prise en charge sera ponctuée de divers événements : exclusion, hébergements précaires, rue, projets avortés, accueil en structure médicale sur Nancy.

Un travail sur le versant santé mentale suivi d'une demande aux services de la MDPH a pu être mené pendant cette période instable mais géographiquement centré sur le grand Nancy.

En octobre 2011, Monsieur A est admis sur le FAM P. VIVIER à Nancy.

Evaluation des équipes FAM Pierre VIVIER et EMPP partenaires CPN

Monsieur A est intolérant à la frustration, il peut être impulsif. Il est dans l'incapacité de se projeter dans un avenir proche ou d'aller au bout d'un engagement.

Monsieur se met parfois dans une position de victime et aurait tendance à développer des angoisses abandonniques (liées à son histoire familiale).

Monsieur A est toxicomane, il faut être vigilant, trafics de stupéfiants possibles qu'il peut mettre en place sur la structure.

Les prises de traitements peuvent faire l'objet de chantage vis-à-vis de l'équipe paramédicale, une vigilance particulière est mise en place.

Réflexion de travail d'accompagnement

- Aider Monsieur A dans une certaine acceptation de la frustration ;
- Rassurer ses angoisses ;
- L'amener à conduire un « petit » projet dans un premier temps et qu'il puisse aller au bout d'une démarche.

Posture de travail

- Eviter l'escalade symétrique,
- Encouragement et valorisation,
- Adopter la bonne distance face aux comportements impulsifs,
- Rôle contenant.

Axe de travail mis en place

Trouver des activités qui lui tiennent à cœur. L'aider dans la planification, travailler par écrit qu'il puisse s'y référer.

Le valoriser, reprendre avec lui ses ressentis quand il se met à l'œuvre sur une activité choisie.

Eviter les recadrages sans explications approfondies, s'assurer qu'il a bien compris l'objet de l'échange car il se sent parfois persécuté.

Travail d'échanges réguliers avec le mandataire de curatelle afin d'éviter tout quiproquo.

Proposition de projet

Le travail s'est amorcé sur une volonté de concrétisation de projet professionnel en 2015. Monsieur A souhaiterait vivement pouvoir bénéficier d'un emploi protégé. Nous avons travaillé avec lui sur la stabilité comportementale indispensable à démontrer pour pouvoir avancer dans cet axe.

Nous remarquons assez vite de réels efforts de sa part après avoir fait des expériences d'activités au sein de la structure, ou progressivement en extérieur de celle-ci.

- Jardinage, encadré par l'équipe sociale,
- Travail avec un encadrant technique sur site, de petites tâches d'entretien lui sont confiées,
- Projet entrepris avec une professionnelle de l'équipe sociale sur la rédaction de poèmes sous la forme d'acrostiches,
- Activités sportives (Hand-ball) en extérieur encadrées par des associations sport adapté avec qui nous avons travaillé en coopération.

Malgré les difficultés que rencontre M. A, nous remarquons une évolution positive, et surtout une demande sur le projet qui restera constante. Le travailleur social restera vigilant à la bonne coordination entre les différentes parties tout au long de cette mise en place.

En accord avec monsieur A, une demande d'autorisation de travail en milieu protégé est déposée conjointement avec la curatrice de Monsieur aux services de la MDPH en 2015.

Dans un premier temps en 2015, la MDPH répond avec un sursis à statuer sur la RQTH (Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé) et oppose une stabilisation de l'état de santé de Monsieur A pour pouvoir statuer sur la demande d'orientation travail en milieu protégé.

Idem en 2017, mais valide une RQTH. Pendant ce temps, le travail de réflexion et de coopération autour de cette situation se poursuit avec la tutrice afin de trouver une ligne d'action.

Nous entamons avec Monsieur A un objectif à suivre pour arriver à cette orientation professionnelle en milieu protégé car nous sommes tous conscients, partenaires et équipes sur site, que Monsieur A ne peut prétendre à un travail en milieu ordinaire, ce que nous propose pourtant une RQTH.

Nous allons donc travailler sur 3 ans en partenariat avec : le Pôle emploi, handisport, le médecin traitant, CMP, associations, salle de musculation de quartier, psychologue, CAP emploi, Espoir 54 dispositif DIMO et enfin ESAT d'Heillecourt.

Monsieur A est positionné sur un stage de deux semaines en ESAT en février 2019, ce stage a pour but d'évaluer ses capacités à pouvoir prétendre à l'orientation ESAT et ainsi avoir une projection professionnelle possible et peut-être pouvoir construire un autre projet de vie à la suite.

Le but ultime restant un accord de la MDPH pour une orientation professionnelle en milieu protégé.

Cet objectif, s'il est atteint, pourra ouvrir les champs du possible pour Monsieur A dans son projet de vie.

Etude de cas d'un résident en accueil temporaire

L'objectif de la prise en charge temporaire est défini avec le service demandeur et avec l'accord de la personne.

Elle est souvent une période d'évaluation qui permet de mesurer la compatibilité entre la demande et l'offre de prise en charge du FAM P.VIVIER.

C'est aussi l'opportunité de mesurer les besoins exprimés par la personne et de sa capacité d'adaptation au foyer.

Anamnèse

Monsieur J. souffre d'un mal-être récurrent qui a interrompu sa carrière professionnelle de cordonnier. Un repli sur soi, de fortes montées d'angoisses et une grande vulnérabilité en sont les principales manifestations. Par ailleurs, il souffre d'une addiction à l'alcool pour laquelle il a suivi plusieurs sevrages.

La solitude qu'il ressentait dans son appartement était devenue trop anxiogène, ce qui a motivé son admission en pension de famille.

Monsieur J. nous est orienté par une pension de famille pour faire une évaluation en FAM car son contrat d'occupation est suspendu depuis décembre 2016. Après plusieurs avertissements pour manquement et mise en danger de sa personne et d'autrui. Ses alcoolisations devenant de plus en plus fréquentes, Monsieur est en perte d'autonomie et a failli mettre le feu avec ses cigarettes qu'il laissait tomber en s'endormant.

Parallèlement il ne s'investissait plus du tout dans la vie collective, ni dans ses activités extérieures. Monsieur J. est autorisé à rester dans son appartement jusqu'à trouver une possibilité d'hébergement adapté.

Monsieur est très solitaire. Il fréquentait tout de même un peu les résidents de la pension de famille ou les personnes d'Espoir 54 avec qui il fait du théâtre, ainsi que les personnes du club de scrabble.

Evaluation du service demandeur

Malgré la mise en place de services et d'activités extérieures autour de Monsieur J, le maintien de celui-ci en pension de famille est problématique car Monsieur J se met en danger.

La qualité de vie de Monsieur s'est dégradée de façon importante.

L'occupation de son logement présente de sérieuses inquiétudes en termes de sécurité. Alcoolisé, il a failli mettre le feu en s'endormant avec une cigarette à plusieurs reprises.

Les conséquences de ses alcoolisations sont de plus en plus prégnantes sur son bien-être.

Il ne souhaite plus l'aide et le soutien que lui propose l'équipe de la pension de famille.

L'objectif de prise en charge est de pouvoir évaluer si les axes de travail à mettre en place sur un lieu d'accueil plus cadrant, avec un suivi également sur le plan médical, peuvent faire évoluer positivement la situation en dégradation de Monsieur J.

Réflexion de travail d'accompagnement

Prise de contact avec la tutrice de Monsieur J. afin de pouvoir échanger son point de vue sur la situation afin d'orienter notre accompagnement plus précisément.

Echange avec Monsieur J. pour recueillir sa projection dans ses envies et ses freins afin d'affiner les objectifs de travail.

Une évaluation se fera également en fonction du tableau « volets capacités fonctionnelles et activités » issu du bilan MDPH. Celui-ci est déterminant sur la vision globale d'interventions à mettre en place.

Posture de travail

Encouragement et valorisation.

Observation du comportement et réajustage si besoin.

Axe de travail mis en place

Observation et accompagnement dans les gestes de la vie quotidienne tant sur les soins que dans l'écoute interactive. Susciter l'expression, le dialogue autour des envies d'activités et des difficultés rencontrées par Monsieur.

Afin d'illustrer nos actions, les items que vous trouverez ci-dessous sont une base de travail d'évaluation.

VIE SOCIALE

- **Rapport aux autres résidents**
- **Rapport au travailleur social**
- **Rapport à la règle**
- **Loisirs**

VIE AFFECTIVE

- **Capacité à créer des liens**
- **Expression des émotions**
- **Relation avec la famille (parlée ou vécue)**
- **Son histoire**
- **Sexualité**

VIE INTELLECTUELLE

- **Curiosité intellectuelle**
- **Capacité à se projeter / s'investir sur le long terme**
- **Prise de conscience de ses capacités et de ses limites**

VIE QUOTIDIENNE

- **Habillement, présentation**
- **Rapport à la nourriture**

VIE DANS L'ENVIRONNEMENT

- **Comportement à l'extérieur**
- **Perception de la distance sociale**

Actions mises en place durant l'accueil temporaire et évaluation de fin de prise en charge

Au FAM, Monsieur s'est très bien adapté. Il entretient des relations sociales avec quelques résidents mais il n'a pas lié de véritables amitiés.

Son accueil temporaire de 90 jours a été fructueux. Effectivement, nous avons travaillé à sa reprise d'autonomie ainsi que sur le respect des règles sociales sur différents points :

- Respect des règles de vie en collectivité ;
- Participation au repas en collectivité tous les jours, matin, midi, soir ;

- Reprise d'activités sociales, tant en interne avec l'atelier théâtre du jeudi matin, la participation aux ateliers cuisine, aux sorties, etc..., ainsi qu'en externe avec reprise régulière des soirées scrabble et l'atelier théâtre les mardis soirs ;
- Travail entrepris sur l'hygiène et l'image de soi (accompagnement à la toilette, chez le coiffeur, vêture, salon bien-être...);
- Respect de ne pas rentrer de boissons alcoolisées en chambre.

Monsieur J, avant son arrivée au FAM, n'avait plus de rythme social réel. Sa principale activité tournait autour de ses alcoolisations journalières, il ne trouvait plus d'intérêt à la rencontre avec les autres personnes.

Son séjour au FAM, qui se veut plus encadrant tout en laissant sa liberté au résident, a eu pour effet une reprise de confiance pour Monsieur J et a ainsi contribué à son évolution positive.

Nous avons préparé son retour à la pension de famille par un entretien avec l'équipe éducative de celle-ci, le psychologue du FAM et sa tutrice, le but étant d'aider Monsieur J à ne pas retomber dans ses mauvaises habitudes.

Nous avons réfléchi avec lui à une ritualisation différente pour lui permettre de garder le bénéfice de ses acquis en structure FAM.

Nous avons convenu avec sa tutrice et Monsieur J après le calcul de ses besoins en alcool, d'octroyer l'argent tout juste suffisant pour quelques sorties bistrot par semaine et ainsi éviter que Monsieur J ne se ré-alcoolise seul dans sa chambre et de manière conséquente.

Monsieur J est d'accord pour prendre 3 repas par jour dans l'espace collectif ou dans son appartement à la pension de famille.

Il est demandeur de contrôles pour ne pas retomber dans les travers d'avant sa venue au FAM. En effet, il avait perdu beaucoup de poids et ne prenait pas beaucoup soin de lui.

Monsieur J est satisfait de ses entretiens avec le psychologue du FAM, il aimerait poursuivre un suivi psychologique. Le psychologue de notre structure propose de faire le lien et d'aider Monsieur à reprendre contact avec le CMP et son psychiatre.

Monsieur J est très content d'avoir repris régulièrement ses activités en club à l'extérieur, et fait le constat d'avoir eu besoin de la prise en charge FAM qu'il décrit comme plus « cocoonante » et plus cadrante.

L'objectif est que Monsieur J puisse garder le bénéfice de son accueil au FAM en attendant une place d'accueil permanent au FAM.

Conclusion

Avant d'émettre des préconisations de la prise en charge, le travailleur social se demandera toujours comment prendre en compte à la fois la personne, ses contraintes, ses aspirations, sa dignité, le cadre législatif existant et les conséquences des décisions qui seront prises.

L'éthique, pour le travailleur social, s'accompagne d'un dialogue avec la personne, l'équipe, les mandataires ou autres partenaires et envisage, avec ceux-ci, les décisions à prendre dans le respect de la personne concernée et, avec elle, dans le respect des règles du « vivre ensemble » et dans le respect des droits et des libertés de la personne accueillie.

C'est dans ce cadre relationnel et collectif, en y adjoignant la personne concernée, qu'il est indispensable d'évoluer pour pouvoir être professionnellement bienveillant.

Face à un public qui a souvent eu le sentiment d'être laissé pour compte, invisible dans l'environnement, la remise en confiance et retrouver une image de soi positive passe par l'inclusion et l'implication de chacun des protagonistes dans le projet de vie.

La coopération avec les référents, notamment les services de tutelle qui ont un rôle décisionnaire majeur, est indispensable.

Il nous appartient donc en tant que Foyer d'Accueil Médicalisé d'adapter notre intervention avec chaque mandataire en fonction bien sûr de la singularité de chacun et de leur projet personnalisé tout en prenant en compte la continuité du parcours.

3.5.2 Animation – Sorties extérieures

- Atelier théâtre

En 2018, nous avons poursuivi notre partenariat avec le Collectif Autrement Dit proposant des ateliers d'expression théâtrale ouverts à tous : comédiens, amateurs et professionnels, personnes en situation de handicap et/ou fragilisées par leurs parcours de vie.

Les ateliers se déroulaient dans la salle d'animation du FAM le jeudi matin de 9h30 à 11h30.

Ils ont eu le mérite de permettre un échange particulier entre résidents et professionnels participants. En effet, les professionnels s'investissaient au même titre que les résidents et suivaient les mêmes consignes. Ce rapport égalitaire a permis à chacun d'appivoiser ses peurs, ses doutes, ses forces dans un climat empreint de respect et de tolérance.

Nous avons travaillé sur divers points : l'expression corporelle, les déplacements dans l'espace, la mémorisation de textes. L'intervenant invitait chacun à s'exprimer, à « lâcher-prise », à dépasser les contraintes de la réalité et à profiter de cet esprit de liberté que nous offre le théâtre.

Grâce à lui, nous avons découvert les textes de l'auteur Daniil HARMS, précurseur de l'absurde. Au fur et à mesure des séances, résidents et professionnels se les sont appropriés. Le projet était de les présenter lors de la fête de l'été du site Pierre VIVIER, le 29 juin 2018. La fête avait pour thème, l'art.

Grâce à l'assiduité et l'implication de 5 résidents et 2 professionnels, nous sommes parvenus à proposer un spectacle de théâtre de proximité. Facilement identifiables grâce à un code vestimentaire commun (chemise, cravate et lunettes noires), nous nous sommes baladés dans la foule et avons raconté à une ou plusieurs personnes nos histoires loufoques. Nous nous sommes amusés de l'effet qu'elles pouvaient produire : surprise, confusion, rire, etc...

Ce moment d'échange avec le public a contribué à valoriser les compétences des résidents. Pour la plupart, c'était la première fois qu'ils se produisaient en public. Ils ont donc vécu cette expérience intensément et en sont ressortis fiers et heureux d'avoir surmonté leurs appréhensions de départ.

Un second projet a vu le jour le 16 décembre 2018 où plusieurs troupes de la Compagnie Autrement Dit ont pris possession de la Médiathèque Manufacture de Nancy le temps d'un après-midi, afin d'y bouleverser le cours des choses, du temps et de la "normalité".

Avec des univers théâtraux poétiques, décalés, drôles, graves ou colorés, mais toujours intensément humains, les compagnies du collectif Autrement Dit sont allées à la rencontre de tous les spectateurs et ont fait vivre les lieux autrement.

Cette fois ci, l'intervenant avait opté pour une autre formule dans la représentation. Nous nous sommes produits dans un cube en verre donnant l'illusion d'un photomaton. Le public rentrait dans le cube et nous enchaînions à tour de rôle nos histoires qui ont produit de nombreuses réactions auprès des spectateurs.

Cette expérience nouvelle en dehors des murs de l'institution s'est révélée être très forte et valorisante tant pour les résidents que les professionnels participants. Nous avons été enchantés des nombreux retours positifs sur notre intervention, fruit d'un travail de longue haleine.

Par ailleurs, à deux reprises, nous avons participé à des ateliers au théâtre de Mont Désert encadrés par des personnes du collectif Autrement Dit. Ces temps nous ont permis de rencontrer des étudiants de l'IRTS et des personnes d'autres troupes en partageant un temps d'expression en commun. Ainsi ces échanges ont contribué à s'ouvrir aux autres, à s'adapter à des mises en scènes différentes, à accepter le regard de nouvelles personnes.

Pour conclure, l'atelier théâtre aura été un bon support pour :

- Travailler sur la diction, l'élocution ;
- Stimuler les capacités mnésiques par l'apprentissage de textes ;
- Savoir s'investir et rester assidu dans le travail entrepris ;
- Vaincre ses peurs et ses doutes, apprendre à lâcher-prise ;
- Savoir improviser, rebondir en cas de difficultés ;
- Partager avec le groupe, savoir s'écouter les uns les autres pour jouer ensemble : faire Confiance aux autres ;
- Retrouver confiance en soi ;
- Valoriser l'estime et l'image de soi.

- Fête de l'été du 29 juin 2018

Cette année, les membres du conseil de la vie sociale ont validé le thème de l'art pour la fête de l'été qui s'est déroulée sur le site de Pierre Vivier.

Le thème de l'art était la bonne occasion de mettre en valeur la fibre artistique des résidents. Divers ateliers ont été mis en place par l'équipe sociale en fonction des compétences de chacun.

Tous ces ateliers ont permis aux résidents qui le souhaitaient d'exprimer leur créativité, leur sensibilité et leur personnalité à travers leur expression artistique.

Ils ont permis la mise en valeur de leurs compétences, habiletés et savoir-faire.

Ils ont également contribué à travailler sur des notions telles que l'implication, la confiance en soi, la régularité dans le travail entrepris, le partage des connaissances et savoirs, le lâcher-prise, la valorisation, la curiosité, la minutie, la patience...

Ci-dessous, les différents ateliers mis en place :

- Atelier peinture (de type abstrait) ;
- Atelier dessin avec pastels (de type psychédélique) ;
- Pyrogravure ;
- Poésie ;
- Expression théâtrale ;
- Atelier peinture sur verre.

Le jour de la fête, les réalisations ont été présentées sur des grilles d'exposition afin de les mettre en valeur. Ainsi, chacun a pu contempler les créations et le savoir-faire des résidents.

Le jour de la fête diverses animations ont été proposées :

- Atelier pyrogravure ;
- Fresque collective ;
- Peinture sur toile ;
- Représentation du groupe théâtre du FAM ;
- Initiation et démonstration de boxe.

La journée s'est terminée autour d'un repas festif où nous avons dégusté des grillades au rythme de la musique.

Le site de Pierre Vivier met un point d'honneur à organiser cet événement annuel car il favorise les échanges, permet aux professionnels et aux résidents des différents services de se rencontrer. Il contribue aussi à valoriser le travail quotidien des équipes et à mettre en lumière les habiletés des personnes hébergées.

- Activités physiques

- Actions collectives regroupant les 3 services du site Pierre VIVIER :
 - Tournoi de pétanque ;
 - Tournoi de tennis de table.
- Natation :

Sept séances ont eu lieu dans les bassins du Grand NANCY (Nancy thermal /Piscine du Lido).

Les résidents pratiquant cette activité se sont retrouvés confrontés à des règles, notamment celle de l'hygiène, et ils les ont acceptés (port d'un bonnet de bain, se laver avant de se baigner...).

Pour les personnes qui ont su dépasser leurs appréhensions de départ, nous observons des effets bénéfiques. Les personnes en situation de handicap physique vivaient leur corps autrement. Elles pouvaient se mouvoir, faire des gestes, expérimenter des mouvements qu'ils leur étaient impossibles hors de l'eau. Les résidents ont apprécié la sensation de légèreté et de liberté que procure l'eau. Cette activité leur a aussi permis d'être en contact avec des personnes d'horizons différents (enfants, parents, autres personnes en situation de handicap, personnes âgées...).

o Le sport adapté :

Cette activité est le fruit d'un partenariat avec la Fédération Française du Sport Adapté (FFSA) de la zone Lorraine GRAND-EST. Cette association intervient sur tout le territoire régional pour promouvoir le sport adapté (athlétisme, basket-ball, natation, football, tennis de table). Elle est reconnue de haut niveau par le Ministère chargé des Sports. Elle a signé des conventions de partenariat avec de nombreuses fédérations sportives ordinaires et avec des associations nationales chargées des personnes en situation de handicap.

Avec les résidents, nous avons participé à plusieurs de leurs manifestations :

- L'équitation ;
- Les journées d'activités motrices ;
- La boxe thaïlandaise adaptée.

Animations - Sorties extérieures	Nombre d'interventions	Nombre de résidents
Animations et sorties collectives en lien avec la nature et l'environnement	15	86
Animations et sorties collectives en lien avec la médiation animale et les animaux	9	31
Animations et sorties collectives en lien avec le sport	17	43
Animations et sorties collectives en lien avec la culture	41	205
Totaux	82	365

5.5.3 Bilan du Conseil de Vie Sociale FAM Pierre VIVIER

Le conseil de la vie sociale est l'un des outils créés par la loi du 2 janvier 2002, afin de garantir le respect des droits des usagers dans les institutions médico-sociales, et donc favoriser l'expression des personnes accueillies au sein du Foyer d'Accueil Médicalisé Pierre VIVIER.

Extrait de la loi : « Le conseil de la vie sociale donne son avis et peut faire des propositions sur toute question intéressant le fonctionnement du FAM, notamment sur l'organisation intérieure et la vie quotidienne, les activités, l'animation socio-culturelle et les services thérapeutiques, les projets de travaux et d'équipements, la nature et le prix des services rendus, l'affectation des locaux collectifs, l'entretien des locaux, les relogements prévus en cas de travaux ou de fermeture, l'animation de la vie institutionnelle et les mesures prises pour favoriser les relations entre ces participants ainsi que les modifications substantielles touchant aux conditions de la prise en charge. »

En début d'année 2018, un travail de clarification sur l'implication des résidents sur cette instance à été réalisé.

Une présentation plus explicite de l'instance CVS a été proposée afin que les personnes puissent s'approprier réellement les objectifs du CVS et puissent le faire vivre différemment.

Un nouveau règlement intérieur a été validé en séance puis rédigé dans ce sens.

Une démarche participative a été imaginée au CVS en différentes étapes afin d'impliquer plus avant tous les résidents du foyer :

- L'information : c'est-à-dire donner accès et expliquer une manière de faire, un projet, un résultat, un dispositif ;
- La consultation : c'est récolter des avis, des opinions, des aspirations ;
- La concertation : débattre et développer ensemble des propositions, développer l'idée de manière démocratique ;
- La co-construction : concevoir ensemble une manière d'agir pour un résultat collectif.

La composition du Conseil de la Vie Sociale

- La directrice du Foyer d'Accueil Médicalisé qui représente l'organisme gestionnaire, l'ARS ;
- Cinq résidents dont un secrétaire et un président du CVS qui sont élus par les résidents du Foyer d'Accueil Médicalisé ;
- Deux professionnels du FAM.

En 2018, quatre réunions du Conseil de la Vie Sociale ont eu lieu. Des petites enquêtes ont été faites par les membres élus auprès des résidents pour aborder leurs préoccupations. Différents thèmes sont abordés régulièrement en 2018 :

- Les repas (composition des menus, respect des horaires...) ;
- L'accessibilité durant la période des travaux sur site ;
- Les tapages nocturnes, comment y remédier ;
- Le règlement et son respect vis-à-vis de comportement parfois difficiles de certains résidents ;
- La décoration du réfectoire et les travaux d'aménagement envisagés ;
- La mise à disposition suffisantes de serviettes de toilettes ;
- L'investissement des membres du CVS dans les réflexions et questionnements de la vie de groupe.

4 CONCLUSION

La faible capacité du FAM à accueillir de nouveaux résidents, du fait de rares sorties, conduit à l'allongement de la durée des personnes en attente. Il s'agit de développer le travail de partenariat afin de permettre des expérimentations en direction des résidents qui aspirent à vivre d'autres possibilités que la vie en établissement. Toutefois, il s'agit en même temps de garantir la sécurité des prises en charge. Il demeure une tension parfois entre l'aspiration des personnes et les solutions existantes permettant une vie hors établissement en situation de handicap. Choisir son « chez soi », ses relations sociales, relèvent d'aspirations légitimes. Le développement, en 2019, d'un poste de chargée de coordination de parcours individualisé, tourné vers le partenariat et l'expérimentation, a pour but de faciliter l'accès à ces attentes.

Ensuite, l'année 2019 nous amènera à la préparation d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyen (CPOM), contrat qui sera signé avec l'Agence Régionale de Santé et le Département de Meurthe et Moselle et qui engage l'établissement pour 5 ans.

Enfin, nous poursuivrons le travail d'évaluation de la qualité en mettant en œuvre l'évaluation interne du FAM avec les équipes, les résidents, les partenaires.

ANNEXES

Niveau d'instruction adultes	2018				2017			
	Personnes		Nbre personnes différentes		Personnes		Nbre personnes différentes	
Sans diplômes	18	49%	18	49%	15	43%	15	44%
C.A.P.	13	36%	13	36%	12	34%	11	32%
Autres	2	5%	2	5%	3	8%	3	9%
B.E.P.C.	2	5%	2	5%	2	6%	2	6%
B.E.P.	2	5%	2	5%	2	6%	2	6%
CEP	0	0%	0	0%	1	3%	1	3%
Totaux	37	100%	37	100%	35	100%	34	100%

Ressources à l'entrée	2018	2017
	Personnes	Personnes
AAH	37	34
Pension invalidité	0	0
autre ressources	1	1
Retraite	0	0
Totaux	38	35

Ressources des personnes sorties	2018	2017
	Personnes	Personnes
AAH	7	3
Retraite	0	1
Totaux	7	4

* les personnes accueillies peuvent avoir plusieurs ressources

