

FOYER D'ACCUEIL MÉDICALISÉ

FAM

Carole JOLLAIN

Noah DERFOULI

Directrices

Anne FRANCOMME

Directrice adjointe

Jean-François VINCENT

Chef de service

Abdelaziz GHARBI

Chef de service collectivité

MISSION

Le foyer accueille 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

32 places dont **1 place d'accueil temporaire**

ÉQUIPE

Personnel administratif

1 directrice de pôle	0,4	ETP
1 directrice adjointe	0,4	ETP
2 secrétaires	0,96	ETP
1 agent administratif.....	0	ETP
1 aide comptable.....	0	ETP
1 chargé de prévention des risques professionnels	0	ETP

Personnel médicosocial

1 médecin	0,15	ETP
1 infirmier coordonnateur	0,4	ETP
1 psychologue	0,31	ETP
1 cheffe de service FAM	1	ETP
3 infirmiers.....	3	ETP
1 aide soignant de nuit	1	ETP
6 aides soignants.....	6	ETP
1 cadre social.....	0	ETP
1 travailleur social coordonnateur.....	0	ETP
1 travailleur social.....	1	ETP
2 chargées de parcours PH.....	0	ETP
4 AMP/AES.....	4	ETP

Personnel des services généraux

1 cheffe de service collectivité	0,3	ETP
1 cheffe d'équipe entretien	0,25	ETP
3 agents de service	2,2	ETP
1 surveillant de nuit.....	1	ETP

▲ PUBLIC

35 personnes accueillies :
5 femmes seules

30 hommes seuls

▲ PROBLÉMATIQUES DE SANTÉ

Les personnes peuvent cumuler plusieurs problématiques de santé

Pathologies	Personnes
Troubles cognitifs	23
Troubles de l'humeur	24
Troubles liés aux substances	17
Neurologie	14
Troubles psychotiques	13
Cardiologie + Vasculaires	10
Hépto-Gastro-Entérologie	5
Pneumologie	6
Soins dentaires	8
ORL	6
Troubles anxieux	5
Endocrinologie	4
Cancérologie	2
Urologie / Néphrologie	2
Chirurgie	1
Traumatologie / Orthopédie	2
Maladies infectieuses	1
Dermatologie	1
Ophtalmologie	4
TOTAL	148

▲ ACTIVITÉ

Taux d'occupation net : **98,32 %**

11 484 journées réalisées

▲ FLUX

4 personnes admises dont **2 accueils temporaires** et **2 accueils permanents**

4 personnes sorties dont **2 accueils temporaires** et **2 accueils permanents**

▲ ORIENTATIONS

Vers AARS Appartements de Coordination Thérapeutique..... 1 personne
Vers AGAFAB Résidence sociale Aristide Briand..... 1 personne
Vers ADOMA Résidence sociale Nancy Lemire..... 1 personne
Décès..... 1 personne

31 personnes présentes au 31 décembre 2023



3.2.4. Perspective	17
3.2.5. Les activités du psychologue en 2023 : aspects quantitatifs	17
3.2.5.1. Pour le Foyer d'Accueil Médicalisé	18
3.2.5.2. Pour les actions transversales	19
3.3. Activité des personnes accueillies	53
3.3.1. Activités et animations mises en place par l'équipe médico-sociale	53
3.3.1.1. Animations – Sorties extérieures	53
3.3.1.2. Favoriser la confiance en soi, l'image de soi.	54
3.3.1.3. Encourager l'exercice progressif de la citoyenneté	54
3.3.1.4. Accompagnement au deuil	54
3.3.1.5. Maintien des liens familiaux	55
3.3.2. Suivi social individuel	55
3.3.3. Santé publique FAM	58
3.4. La formation des professionnels	64
4. CONCLUSION	65
ANNEXES	66

1. INTRODUCTION

L'année 2023 a été marquée par des mouvements au sein de l'équipe d'encadrement, notamment avec le passage de trois chefs de service différents et le départ de la directrice de pôle en septembre 2023. Ces changements de personnel n'ont pas favorisé un approfondissement des pratiques professionnelles ni la stabilisation d'une équipe de permanents, qui malheureusement continue de souffrir d'un taux de rotation élevé.

Les réflexions menées depuis 2022 concernant la modernisation, la réorganisation des infrastructures LAM LHSS et la délocalisation du CHRS ont abouti en 2023 un projet qui se précise. Les travaux devraient s'étaler sur les cinq prochaines années (2024/2029) suite à la signature du nouveau CPOM (Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens), avec le soutien de la DDETS 54 (Direction Départementale de l'Emploi, du Travail et des Solidarités) et de l'ARS (Agence Régionale de Santé).

Une des principales évolutions étudiées concerne la relocalisation du service Lits Halte Soins Santé dans le bâtiment du service Lits d'Accueil Médicalisé. Cette démarche implique d'importants travaux, incluant la construction d'un nouvel étage pour les LAM et une extension sur un côté du bâtiment. Cette reconfiguration vise à offrir une cohérence accrue dans l'accompagnement des personnes accueillies, ainsi qu'une meilleure ergonomie et des conditions de travail améliorées pour les professionnels, ce qui entraînera implicitement une amélioration de la qualité des soins. En effet, les résidents des LHSS bénéficieront alors de chambres individuelles plutôt que de chambres doubles, comme c'est actuellement le cas.

Ces divers projets ont été réfléchis, conçus et portés par le CODIR (Comité de Direction) et la gouvernance (Conseil d'Administration) de l'Association ARS, en collaboration avec nos différents partenaires et acteurs locaux.

Remerciements :

Pendant plus de 10 ans, Mme Carole JOLLAIN a été la pierre angulaire de ces changements institutionnels au sein du pôle Pierre VIVIER. Son engagement envers le bien-être des personnes accueillies dans les quatre services a été remarquable. Toujours bienveillante envers ses équipes, Mme JOLLAIN les a accompagnées à travers divers changements, tels que la création des LAMs et la mise en place d'une Equipe Médico-sociale d'Intervention Hors les Murs en 2022. La nouvelle équipe de direction du site Pierre VIVIER tient par ce rapport d'activité à exprimer sa profonde gratitude envers Madame JOLLAIN et à lui témoigner une fois de plus ses remerciements.

2. RAPPORT QUANTITATIF

L'entrée au FAM est actée par la commission d'admission qui se réunit tous les 15 jours pour étudier les demandes transmises. En 2023, la commission a étudié 12 demandes d'entrée en FAM dont les décisions furent les suivantes :

Ajournement	Admission	Annulation	Refus
2	4	2	4

Très peu de places se libèrent dans l'année puisque le FAM est quasiment complet en permanence.

2.1. Taux d'occupation

Taux d'occupation	%
2022	89,72 %
2023	98,32 %

Cette année marque un retour à un taux d'occupation proche de 100% conformément aux années antérieures à 2022. Les absences correspondent à des séjours en famille de nos résidents ou à un temps d'hospitalisation.

2.2. Activité

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

Nombre de ménages et de personnes réellement passés une fois dans l'année	Ménages	Personnes
Nombre de ménages et de personnes dans l'année	35	35
Nombre de ménages et de personnes passés deux ou trois fois	0	0
Nombre de ménages et de personnes réellement passés une fois dans l'année	35	35

FILE ACTIVE

Type de ménages	2023						2022					
	Ménages		Personnes		Nbre de personnes différentes		Ménages		Personnes		Nbre de personnes différentes	
Hommes isolés	30	86	30	86	30	86	35	90%	35	90%	34	90%
Femmes isolées	5	14	5	14	5	15	4	10%	4	10%	4	10%
TOTAL	35	100%	35	100%	35	100%	39	100%	39	100	38	100%

L'accueil des femmes isolées (4 femmes) reste toujours très minoritaire comme depuis près de 12 ans et l'ouverture du service en 2011.

2.3. Situation matrimoniale

Situation matrimoniale	2023				2022			
	Ménages		Nbre de personnes différentes		Ménages		Nbre de personnes différentes	
Célibataire	28	80%	28	80%	31	80%	30	79%
Divorcé	6	17%	6	17%	8	20%	8	21%
Séparé	1	3%	1	3%	0	0%	0	0%
TOTAL	35	100%	35	100%	39	100%	38	100%

La répartition au regard de la situation matrimoniale des personnes accueillies ne présente aucune variation (en pourcentage) au fil des dernières années. Les résidents sont essentiellement des personnes célibataires.

2.4. Une population plutôt âgée

Tranche d'âges	2023				2022			
	Ménages		Nbre de personnes différentes		Ménages		Nbre de personnes différentes	
Plus de 56 ans	26	74%	26	74%	25	64%	24	63%
De 46 à 56 ans	6	17%	6	17%	10	25%	10	26%
De 36 à 45 ans	3	9%	3	9%	3	8%	3	8%
De 26 à 35 ans	0	0%	0	0%	1	3%	1	3%
TOTAL	35	100%	35	100%	39	100%	38	100%

Les plus de 46 ans représentent 91% des personnes que nous accueillons sur le FAM Pierre Vivier.

Cette tendance ne fait que s'accroître au fil des années compte tenu des parcours de vie de nos résidents, du très faible flux entrée/sortie et du vieillissement de la population.

2.5. Origine de la demande

Origine de la demande – Nouvelles entrées	2023		2022	
	Ménages		Ménages	
Personne elle-même	1	25%	1	14%
AGAFAB Foyer Aristide Briand	1	25%	0	0%
Structure médicale Hôpital Hayange service unité de réhabilitation	0	0%	1	14%
Structure médicale Services hôpital psychiatrique	0	0%	1	14%
Structure médico-sociale ARS LHSS ARS PIERRE VIVIER	1	25%	1	14%
Structure sociale ADOMA CHUS Lemire NANCY	0	0%	1	14%
Structure sociale ADOMA Service Lits Stabilisation Lemire NANCY	1	25%	0	0%
Structure sociale AARS Pierre VIVIER CHRS	0	0%	2	30%
TOTAL	4	100%	7	100%

Le tableau ci-dessus présente l'origine des nouvelles demandes. Nous notons une légère baisse de celles-ci en 2023 (-3 demandes). Toutes les demandes sont en lien avec les spécificités de notre FAM qui s'adresse à des personnes issues de la grande marginalité et orientées par la MDPH.

2.6. Hébergement antérieur à l'admission

Hébergement antérieur – Nouvelles entrées	2023		2022	
		Ménages		Ménages
Famille - amis - particuliers	1	25%	1	14%
AGAFAB Foyer Aristide Briand	1	25%	0	0%
Résidence sociale CHUS Lemire	0	0%	1	14%
Structure sociale ADOMA Service Lits Stabilisation Lemire NANCY	1	25%	0	0%
Structure médicale Centre Psychothérapique de Nancy	0	0%	1	14%
Structure médicale unité de réhabilitation Hayange	0	0%	1	14%
Structure médico-sociale ARS LHSS ARS PIERRE VIVIER	1	25%	1	14%
Structure sociale CHRS AARS PIERRE VIVIER	0	0%	2	30%
TOTAL	4	100%	7	100%

L'hébergement antérieur à l'admission est en lien direct avec l'origine de la demande (tableau 2.5). Ainsi, en fonction du mode d'hébergement de la personne, on retrouve le partenaire orienteur qui s'y rattache.

2.7. Provenance géographique

Provenance géographique – Domicile de secours pour les nouvelles entrées 2022	2023	2022
	Nombre	Nombre
Communauté urbaine du Grand Nancy		
Nancy	2	3
Autres communes 54		
Auboué	0	1
Laronxe	0	1
Maxéville	1	0
Neuves-Maisons	1	0
Toul	0	1
Autres région (hors département)		
Hayange (MOSELLE)	0	1
TOTAL	4	7

Comme les années précédentes (sauf 2022) une grande partie des demandes proviennent des communes de la Métropole du Grand Nancy.

2.8. Orientations à l'issue de la prise en charge

Orientation à l'issue de PEC	2023		2022	
	Personnes		Personnes	
AARS Appartements de Coordination Thérapeutique	1	25%	0	0%
CHRS collectif AARS Pierre VIVIER	0	0%	1	13%
Service médico-social Passer'Aile ALAGH	0	0%	1	13%
Accueil en famille	0	0%	2	24%
Décès	1	25%	2	24%
AGAFAB Résidence sociale Aristide Briand	1	25%	0	0%
Hôpital Unité Réhabilitation Hayange	0	0%	1	13%
Structure ADOMA Résidence sociale Nancy Lemire	1	25%	1	13%
Présents au 31/12/2023	31		31	
TOTAL	4	100%	8	100%

Durée de séjour des personnes sorties de l'hébergement permanent en 2023	De 0 à 1 mois	de 1 à 6 mois	de 6 à 12 mois	>De 24 mois	Sous-total	Durée de séjour des personnes sorties de l'hébergement temporaire en 2023	De 0 à 1 mois	De 1 à 3 mois	Sous-total	TOTAL
Hommes isolés	0	0	0	2	2	Hommes isolés	0	2	0	4
En personnes	0	0	0	2	2	En personnes	0	0	0	4

Nous observons une diversité des lieux de sortie. Deux résidents ont été accueillis en 2023 sur de l'hébergement temporaire (maximum 3 mois). Une fois cette prise en charge terminée, les personnes retrouvent leur lieu hébergement antérieur. Ce mode d'hébergement (accueil temporaire) permet de voir si la demande d'orientation (MDPH FAM Pierre Vivier) correspond bien au profil et aux besoins de la personne dans l'attente d'une future orientation.

Par ailleurs, une personne a été orientée sur un autre dispositif de l'AARS (ACT Appartements de Coordination Thérapeutique).

3. RAPPORT D'ACTIVITÉ EN SOINS PARAMÉDICAUX

3.1. Motif de la demande d'admission dans le service

La demande d'orientation est le plus souvent liée à l'épuisement des proches ou une inadaptation de l'accompagnement proposé dans les structures d'hébergement d'origine.

3.1.1. Problématiques de santé prises en compte

Pathologies	Personnes
Troubles cognitifs	23
Troubles de l'humeur	24
Troubles liés aux substances	17
Neurologie	14
Troubles psychotiques	13
Cardiologie + Vasculaires	10
Hépto-Gastro-Entérologie	5
Pneumologie	6
Soins dentaires	8
ORL	6
Troubles anxieux	5
Endocrinologie	4
Cancérologie	2
Urologie / Néphrologie	2
Chirurgie	1
Traumatologie / Orthopédie	2
Maladies infectieuses	1
Dermatologie	1
Ophtalmologie	4
TOTAL	148

Tableau récapitulatif des consultations par spécialité 2023			
Consultation de médecine générale sur site	SANS ACCOMPAGNEMENT	AVEC ACCOMPAGNEMENT	VEHICULE SANITAIRE
Médecine générale	258	31	6
Addictologie	8	0	0
Anesthésie	0	3	0
Angiologie / chirurgie vasculaire	0	0	0
Cardiologie	2	9	4
Chirurgie générale / viscérale	0	0	1
Chirurgie de la main	0	0	0
Chirurgie ortho traumatologie	0	4	0
Dentaire	4	32	2
Echographie	4	3	2
Endocrinologie / diabète	0	4	2
Gynécologie / obstétrique	2	5	2
Hépto-gastro-entérologie	0	12	3
IRM / TDM	0	3	9
Kinésithérapie	42	5	72
Neurologie / neurochirurgie	0	1	0
Neuropsych / évaluation gériatrique	2	2	0
Ophthalmologie +/- Réseau Solène	3	8	0
ORL	0	6	3
Orthophonie	0	1	22
Pédicure / Podologue	0	1	0
Phlébologie / dermatologie	1	18	0
Pneumologie	0	1	1
Psychiatrie et CMP	12	18	11
Radiologie	6	15	2
Rééducation / Réadaptation	0	0	0
Tabacologie	0	2	0
Urologie / néphrologie	0	2	11
EMS + SOMMEIL	0	10	0
TOTAL	344	195	153

Tableau récapitulatif des principaux soins infirmiers 2023	Nombre de soins
Bilans sanguins	108
ECBU	24
COPROCULTURES	8
INR (injection Neuro	192
PANSEMENTS	92
GLYCEMIES CAPILLAIRES	102
SURVEILLANCE PARAMETRES VITAUX	572
SURVEILLANCE PONDERALE	423
PERFUSIONS IV	34
AEROSOLS	121
VACCINATIONS GRIPPES	23
VACCINATIONS COVID	25
TESTS PCR / ANTIGENIQUES	18
POSE DE SONDE URINAIRE	14
PREPARATION DE PILULIER	10668
ADMINISTRATION STUPEFIANTS	744
TOTAL	13168

En 2023, la charge de soins a considérablement augmenté, principalement due à une hausse significative des trois types de bilans : sanguins, ECBU et coproculture. En 2022, nous avons enregistré 90 actes de ces bilans, tandis qu'en 2023, ce chiffre est passé à 140, représentant ainsi une augmentation de plus de 50%.

L'augmentation des principaux soins infirmiers est également observée dans les actes de surveillance des résidents, principalement due au vieillissement de la population et des pathologies associées. En 2022, nous avons référencé 460 actes de surveillance (paramètres vitaux et surveillance pondérale), alors qu'en 2023, ce nombre est monté à 995.

3.1.2. Conduites addictives

Conduites addictives	Nombre de soins
Addiction liée à un produit (alcool, tabac, médicaments, drogue...)	33
Polytoxicomanie	5
Addiction liée à un produit (jeux, internet, téléphone...)	0
En cours de traitement par substitution	2
TOTAL	40

3.2. Psychologue

3.2.1. Nature des activités professionnelles

Au sein de l'Association ARS, le psychologue du Foyer d'Accueil Médicalisé exerce son activité à raison de 0.30 ETP. Cette quotité représente en moyenne 6 journées par mois.

En 2023, cette activité s'inscrivait dans quatre dimensions, d'ordre :

- **Général** : il s'agit des activités propres au métier de psychologue clinicien ;
- **Spécifique** : il s'agit des activités induites par les particularités du public accompagné ou par la nature du dispositif institutionnel du FAM ;
- **Transversal** : il s'agit des activités de portée générale (associative et/ou de pôle) ;
- **Contextuel** : il s'agit des activités en lien avec un contexte exceptionnel et/ou atypique.

3.2.2. Les activités du psychologue en 2023 : aspects qualitatifs

3.2.2.1. Les activités d'ordre général

Les activités d'ordre général renvoient classiquement à :

3.2.2.1.1. *L'accompagnement individuel des personnes*

Cet accompagnement est le plus souvent réalisé grâce à l'outil clinique de l'entretien individuel. Il est ici question de proposer un espace apaisant et protégé aux personnes accueillies, afin qu'elles puissent exprimer ce qu'elles souhaitent sans crainte d'être jugées ou sanctionnées.

La visée peut être psychothérapeutique (accompagner la personne dans la compréhension et/ou la modulation des phénomènes et fonctionnements psychiques qui la concernent) ou à but de soutien psychologique (proposer un espace permettant de trouver un étayage et une prise de recul par rapport aux événements vécus ou à l'histoire de vie globale).

Ces suivis peuvent également être spécifiques, notamment dans le cadre particulier de l'accompagnement au processus de deuil ou à la gestion de la crise psychique (particulièrement en cas de psychose décompensée, de trouble du comportement majoré, de *raptus* anxieux ou encore de situation de crise suicidaire).

Enfin, il peut également s'agir d'entretiens d'orientation, c'est-à-dire d'échanges avec la personne afin de lui proposer de s'inscrire dans un suivi externe adapté à sa situation singulière. Ce suivi, alternatif ou complémentaire de l'action du psychologue institutionnel, peut par exemple être assuré par des intervenants spécialisés en psycho-traumatologie (service dédié de l'Hôpital central), en suivi ultérieur à une crise suicidaire (dispositif Vigilans du CPN) ou encore en addictologie (CSAPA local, voire CAARUD dans certains cas).

La visée et le format des entretiens sont déterminés par le besoin exprimé par la personne, soit au début de l'accompagnement, soit au fil de l'élaboration que ce dernier permet. Il arrive également qu'ils se transforment avec le temps et les événements de vie touchant la personne.

3.2.2.1.2. *La mise en place d'une démarche évaluative*

Il s'agit notamment de la clinique dite « armée », c'est-à-dire s'appuyant sur des outils psychométriques standardisés. Il est alors question d'aider la personne à obtenir des informations permettant de la guider dans sa compréhension d'elle-même, mais aussi de pouvoir adapter l'accompagnement qui lui est proposé.

Ces méthodes prennent des formes variées en fonction du domaine considéré et du but poursuivi. Elles ne s'utilisent, comme pour les techniques d'entretiens individuels, que dans le strict cadre du Code de déontologie des psychologues et dans le respect des principes qu'il énonce.

Au sein de mon activité durant l'année 2023, j'ai effectué les types d'évaluation suivants :

- Fonctionnement cognitif général (outils « MMSE »¹, « MoCA »² et « Test de l'horloge ») ;
- Personnalité (inventaire standardisé « NEO-PI-R »³, échelle EBQ⁴) ;
- Troubles liés à la structuration psychotique (échelle standardisée « COP 13 »⁵) ;
- Évaluation des ressentis (échelle standardisée du ressenti de solitude « ESUL »⁶) ;
- Évaluation de situation psychique spécifique (échelle standardisée de l'anxiété généralisée « HAD »⁷ et inventaire standardisé de la dépression « BDI »⁸).

3.2.2.1.3. *Le soutien de l'équipe pluridisciplinaire*

Le psychologue clinicien, de par son champ de spécialité (psychopathologie, psychologie générale et différentielle, psychologie clinique et de la santé), peut apporter un éclairage à l'équipe pluridisciplinaire dans les registres qui lui incombent. Cela est facilité par une expérience professionnelle dans le champ du handicap (plurihandicap, polyhandicap, multihandicap, handicaps complexes au sens du décret de mars 2009) et une activité de recherche (à titre privé et indépendant de l'association) dans le domaine de l'accompagnement institutionnel et de ses enjeux éthiques. Cet éclairage peut prendre différentes formes.

En 2023, j'ai pu apporter mon concours aux réflexions pluridisciplinaires concernant, entre autres :

- La compréhension des variations de comportement des personnes accueillies ;
- La mise en place de communications adaptées à leurs éventuelles fragilités et atypies cognitives ;
- L'aide à la prise de recul dans la gestion des comportements-défis (contextualisation des conduites au regard de l'histoire de vie des personnes, éléments psychopathologiques ou psychopharmacologiques facilitant la compréhension et/ou l'adaptation des interventions) ;
- La compréhension du phénomène de marginalité et du handicap psychique.

3.2.2.1.4. *L'aide à la réalisation d'un « pas de côté » pour les professionnels*

L'accompagnement des populations très vulnérables peut exposer les professionnels à des phénomènes parfois déstabilisants pour eux.

La violence, la répétition des comportements-défis ou encore les particularités des personnalités difficiles ou pathologiques sont par exemple fortement impliquées dans la possible émergence d'un stress ou d'une difficulté d'élaboration en raison d'une plongée dans l'émotion. Par ailleurs, la fragilité des personnes peut amener à des situations de risques de dérive inhérents au pouvoir institutionnel ou professionnel ; risques qu'il est possible de prévenir et/ou minorer par certaines actions ciblées.

Le rôle du psychologue institutionnel est ici d'une double nature :

- Offrir un espace d'échange aux professionnels, pour qu'ils puissent évoquer leurs questionnements ;

¹ « Mini-mental state examination ».

² « Montreal Cognitive Assessment ».

³ « NEO Personality Inventory », 3^{ème} édition.

⁴ « Echelle de croyances au sujet des émotions ».

⁵ « Clinique Organisée des Psychoses – 13 dimensions ».

⁶ « Echelle de Solitude de l'Université de Laval ».

⁷ « Hospital anxiety and Depression scale ».

⁸ « Beck Depression Inventory ».

- Identifier les comportements, individuels ou collectifs, dévoilant une difficulté des professionnels ; ces comportements pouvant faire ou non l'objet d'une demande explicite de soutien de leur part.

La mission du psychologue institutionnel n'est pas d'accompagner les professionnels du service au niveau psychothérapeutique/soutien psychologique tel que cela s'entend pour les personnes accueillies. Néanmoins, sa vigilance quant à ces phénomènes constitue un élément de prévention pour la question de la prévention de la maltraitance et de la promotion de la bientraitance. Ainsi, en prenant garde aux éventuelles difficultés des équipes, c'est bien la protection des personnes accueillies vis-à-vis de leurs conséquences éventuelles qui se trouve ici recherchée.

3.2.2.1.5. *La participation à certains processus institutionnels*

Ces rôles renvoient au fonctionnement général de l'établissement et à la place attribuée aux psychologues dans ses modalités d'élaboration.

Le psychologue, cadre technique du service, participe en principe:

- A l'élaboration des Projets d'Accompagnement Personnalisé (PAP) ;
- Aux réunions d'équipe et de service ;
- Au déploiement de processus spécifiques, lorsque ses compétences sont estimées utiles à la démarche générale (CVS, signalétique, CPOM, évaluations internes/externes, ...) ;
- A la constitution de démarches observationnelles (supervision d'outils tels que le NPI-ES) ;
- A l'élaboration de projets institutionnels (processus participatifs engageant les usagers) ;
- Aux commissions d'admission.

3.2.2.2. Les activités d'ordre spécifique

En sus des missions liées au cœur de métier, des activités spécifiques sont liées au dispositif du FAM et au public qu'il accueille, accompagne et prend en charge.

3.2.2.2.1. *Particularités du public*

Au sein du FAM « Pierre Vivier », les personnes accueillies sont issues de la très grande précarité, voire de la marginalité (SDF/SDS, sans-abris). Ainsi, les problématiques qu'elles présentent ont des caractéristiques générales mais également particulières. En effet, le vécu de rue, l'exposition à la violence ou aux toxiques de tout ordre, ou encore la désadaptation/désaffiliation sociale et l'auto-exclusion, sont des éléments à prendre en considération afin d'adapter l'accompagnement proposé.

Cela suppose certains ajustements de pratique, en particulier :

L'abandon de la rigidité du cadre clinique traditionnel, au profit d'un accompagnement prenant en compte les besoins de souplesse des personnes. Cela passe, par exemple, par l'acceptation de leur respect aléatoire des dates et horaires d'entretien, ou encore d'une adaptation des lieux d'échange (couloirs, espace fumeur, voire sortie de l'établissement dans le cadre de marches partagées). Cette souplesse est nécessaire au regard des besoins des personnes et doit être guidée par une adaptation du cadre à l'individu singulier et non l'inverse.

Par ailleurs, l'action du psychologue n'a pas vocation à être éducative en ce qui concerne le respect des règles, dès lors que le comportement faisant l'objet d'un compromis ne vient pas constituer une entrave pour le sens de l'accompagnement global ou mettre les personnes en péril. A ce titre, la priorité est donnée à l'instauration de conditions rendant possibles l'échange et/ou le travail clinique plutôt qu'à la normalisation des conduites présentées par les individus.

Une réflexion complexe sur la question de l' « aller vers » : si certaines personnes ont besoin que le psychologue soit une force de proposition (notamment pour briser l'habitude de la solitude ou la méconnaissance d'une possibilité d'être psychologiquement accompagné), d'autres peuvent vivre ce type de démarche dans la violence ou le sentiment d'intrusion. Il convient donc, pour chacun, d'évaluer le registre d'intervention le plus opportun au regard de ses attentes et particularités⁹.

Une action à but de réduction des discriminations : le public accueilli présente des particularités et une histoire sociale pouvant l'exposer à des conduites discriminatoires. L'action du psychologue, particulièrement vis-à-vis des partenaires institutionnels extérieurs (mais aussi auprès des équipes institutionnelles), peut aider à réduire ces inégalités et à favoriser une inscription pleine et entière des usagers dans les droits de tous les citoyens.

Le psychologue a aussi un rôle important dans le combat contre la stigmatisation dont souffrent les personnes en situation de handicap psychique, notamment celles présentant des pathologies fortement médiatisées (troubles de la personnalité de type antisocial, schizophrénies, paraphilies) et/ou faisant l'objet de représentations néfastes dans les communautés civiles et professionnelles.

3.2.2.2. Aide à la compensation du handicap

Les personnes accueillies au sein du FAM présentent des situations de handicap variées, dont certaines nécessitent des adaptations pour être minorées ou compensées.

Dans le cadre du travail pluri- et interdisciplinaire, et dans l'esprit de la loi du 11 février 2005, le psychologue apporte son concours sur plusieurs registres :

- Aide à l'adaptation de la communication à destination des personnes, notamment par des transcriptions de documents sous format « Facile à Lire et à Comprendre » (FALC) ;
- Éclairage des équipes sur les particularités du déficit cognitif, intellectuel et/ou psychique, en vue de favoriser l'adaptation de l'environnement ou de l'accompagnement aux besoins singuliers des personnes ;
- Approche d'éducation thérapeutique à destination des usagers quant aux stratégies permettant d'atténuer les difficultés induites par leur handicap (stratégies mnémotechniques, émotionnelles, comportementales, psycho-relaxation, ...) ;
- Appui et participation à des projets spécifiques, notamment l'aide à la participation aux actes citoyens (accompagnement au droit de vote), suite à la promulgation d'une loi renforçant les droits de personnes sous tutelle.

3.2.2.3. Aide à la réflexion éthique

En tant que lieu de vie, le FAM est sujet à de nombreux défis liés à l'éthique, particulièrement sur la délicate question de l'**équilibre entre contrainte collective et individualisation de l'accompagnement**. De par sa position particulière, située entre l'accompagnement individuel approfondi et l'inscription dans le fonctionnement pluridisciplinaire de l'établissement, le psychologue peut participer à la réflexion éthique en essayant de favoriser la conciliation de ces deux dimensions. Son activité relève alors du soutien à l'effort général visant à les placer en dialectique plutôt qu'en opposition.

La question du pouvoir professionnel et institutionnel, également, se pose de manière répétée face aux comportements déstabilisants et à la dépendance des personnes (tant face aux professionnels qui les accompagnent que face à l'institution et ses fonctionnements). Le rôle du psychologue, dans ce

⁹ Respectant en cela le Code de déontologie des psychologues, précisant que le psychologue n'intervient « [...] qu'avec le consentement libre et éclairé des personnes concernées », et le fait que « [...] nul n'est tenu de révéler quoi que ce soit sur lui-même »).

cadre précis, peut prendre la coloration d'une réflexion sur la nécessité de veiller à la prévention du phénomène de renversement des priorités. Son approche individuelle et son regard sur le fonctionnement psychique des personnes, notamment, peuvent produire des indications utiles à la réflexion globale et à la lutte nécessaire contre la maltraitance (individuelle ou institutionnelle).

Le psychologue a enfin joué un rôle dans l'appropriation, par l'établissement, d'un certain nombre de **standards éthiques dans la gestion des transmissions professionnelles**. Le déploiement d'un outil numérique de transmission (système AIRMES™) a en effet mis en lumière plusieurs difficultés de cet ordre, que ce soit au niveau du respect de la loi que du sens donné à la pratique. Cela s'est notamment traduit par la rédaction d'un livret illustré rappelant l'usage adapté au RGPD.

3.2.2.3. Les activités d'ordre transversal

En complément de ces activités d'ordre général et spécifique, le psychologue réalise un certain nombre d'actions de portée plus globale.

3.2.1.3.1. Actions au niveau du pôle

La création et l'entretien de réseaux professionnels renvoient au fait de prendre contact avec des professionnels ou des dispositifs pouvant être intéressés par la création de partenariats ou de collaborations. (CRIAVALS¹⁰, USP¹¹, collège des psychologues du CPN¹², HADAN¹³, SSR¹⁴, CBV¹⁵, CNRHR¹⁶, association ARELIA, Etc.).

La veille documentaire sur les questions intéressant la psychologie, l'éthique ou l'accompagnement prend la forme d'une veille continue et d'une transmission des informations jugées importantes ou utiles. Cette transmission peut prendre la forme d'une transmission par messagerie électronique, par dépôt sur les espaces numériques institutionnels ou d'une mise à disposition d'exemplaires dactylographiés dans le service.

Le partage d'écrits de recherche, construits dans le cadre d'un collectif de recherche totalement indépendant de l'AARS. Transmission de certains travaux pouvant intéresser les professionnels ; mise à disposition d'ouvrages publiés en 2022/2023 et d'articles de recherche.

La participation aux réunions et à la commission d'admission du pôle : avis cliniques sur les dossiers de demande d'admission comportant un volet psychologique et rencontre des candidats. Refonte de la grille utilisée par la commission (tableau Excel doté de TCD/GCD permettant de simplifier les saisies).

La proposition de groupes de sensibilisation à la gestion des crises suicidaires : délivrance d'éléments théoriques et cliniques, ainsi que d'un outil de dépistage et d'évaluation créé pour l'occasion.

Le pilotage et/ou la coordination de projets institutionnels touchant le pôle : création d'une signalétique d'étage pour le FAM (bilan de démarche en annexe), redéploiement d'un automate en vue de soutenir une démarche de santé publique dans le registre alimentaire et sanitaire (IST).

3.2.1.3.2. Actions au niveau de l'association

Les interventions au sein des autres pôles de l'association se situent dans un cadre de soutien lors d'événements particuliers :

¹⁰ « Centre de Ressources pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles ».

¹¹ « Unité de Soins Palliatifs ».

¹² « Centre Psychothérapique de Nancy ».

¹³ « Hospitalisation A Domicile de l'Agglomération Nancéienne ».

¹⁴ « Soins de Suite et de Réadaptation ».

¹⁵ « Cler Basse Vision ».

¹⁶ « Centre National de Ressources Handicaps Rares ».

- Accompagnements à la pensée et à la gestion du deuil dans le dispositif « HUDA » (rencontre et discussion avec l'équipe, sous forme d'atelier d'expression et d'échange) ;
- Soutien et conseil clinique pour l'instauration d'un groupe de parole au sein du « 32 d'la rue » ;
- Soutien et étayage clinique de situations dans les autres pôles, par des échanges avec les chefs de service concernés.

La diffusion de ressources documentaires et/ou techniques à l'ensemble des pôles : livret de documents FALC, procédure d'identification et de gestion de la crise suicidaire, comptes-rendus des réunions éthiques de l'espace éthique IDF, articles et dossiers de recherche divers, etc.

La participation aux réunions d'encadrement organisées au sein de l'association.

3.2.2.4. Les activités d'ordre contextuel

L'année 2023 fut marquée par plusieurs événements spécifiques.

La tenue de la « nuit des solidarités » sur Nancy a conduit à ma sollicitation par un chef de service de l'AARS ayant à charge le pilotage de la participation associative dans cet événement. La demande était d'offrir un espace d'écoute et de mise en sens au sein même de l'hôtel de ville, afin que les participants de cette nuit d'action solidaire puissent parler des événements vécus auprès du public en situation de grande marginalité. Il avait en effet été constaté, lors des événements des années précédentes, que certains étaient émotionnellement marqués par ce qu'ils avaient vu ou entendu.

Sur la base du volontariat, je me suis rendu disponible lors de cette soirée (21h-minuit) pour proposer une permanence de soutien psychologique directement au sein de l'hôtel de ville de Nancy.

L'action a en effet permis d'aider certains participants à mieux vivre les événements, notamment les élus et citoyens bénévoles, peu familiers du contact direct avec les personnes issues de la grande marginalité ou de l'extrême précarité psychosociale, ou encore des éléments de récit de vie parfois effroyables qu'ils peuvent livrer.

La survenue de plusieurs deuils complexes (brutaux et/ou en lien avec une surdose de stupéfiant) a mené à un soutien spécifique des équipes et des usagers de plusieurs dispositifs de l'AARS.

La refonte de la signalétique du FAM en 2023 m'a incité à assurer le pilotage d'une démarche participative : construction de projet et d'outils dédiés, pilotage de la mise en œuvre, fil rouge auprès des différents intervenants (institutionnels, techniques). Ces actions ont permis de faire en sorte que les usagers du dispositif puissent choisir le nom de leur étage et soient pleinement inscrits dans la logique de l'autodétermination, de l'empowerment et du pouvoir d'agir, en pleine ligne des évolutions du secteur médico-social contemporain.

3.2.3. Évolution de la pratique du psychologue institutionnel

Il existe une certaine évolution qualitative dans la pratique au sein de l'établissement entre 2022 et 2023. Cette dernière peut être exposée selon trois axes :

- **Psychiatisation de l'accompagnement** : nous notons la continuation d'un accroissement des accompagnements à forte dimension psychiatrique (usagers présentant des psychoses à la stabilisation très relative), déjà identifié en 2021 et 2022. Cela modifie sensiblement le cadre des entretiens et la nature du soutien à apporter aux professionnels de l'équipe médico-sociale. Par ailleurs, les compétences mises en œuvre se modifient également sensiblement, car il ne s'agit pas d'un public issu de la marginalité vivant avec une psychose, mais d'un public issu de la psychiatrie s'étant marginalisé en raison des difficultés d'accueil de ce champ sanitaire. Les problématiques ne sont pas similaires, ce qui a supposé pour le psychologue une

transformation de ses modalités d'intervention clinique et une mise à jour de ses connaissances théoriques et techniques ;

- **Accroissement des situations d'urgence psychiatrique sur le FAM** : en lien avec le premier axe, le psychologue a dû intervenir en urgence sur le site à plusieurs reprises en 2023, dans le cadre de décompensations psychotiques (dont une a mené à une hospitalisation sous contrainte de l'utilisateur). Ces interventions se sont déroulées, pour la plupart, en dehors du temps de travail (dimanche, soir et parfois nuit).
- **Inscription dans les interventions portant sur l'éthique et la déstigmatisation du handicap psychique** : les besoins concernant l'éthique avaient déjà été identifiés en 2021 et 2022. Ils ont été aussi saillants en 2023, amenant un accroissement des interventions dédiées à la prévention de la maltraitance et à la promotion de la bientraitance. Par ailleurs, l'accroissement du public en difficulté psychiatrique a engendré un besoin accru d'intervention dans le domaine de la prévention de la stigmatisation et de l'ostracisme des personnes, parfois même contre des discours malveillants venant d'élus associatifs (CSE).
- **Promotion de la bientraitance et de l'inscription des pratiques dans les critères de qualité du secteur médico-social contemporain, face à des dérives institutionnelles identifiées.**

3.2.4. Perspectives

Les perspectives dans la pratique du psychologue du FAM, pour 2024, suivent plusieurs axes :

- **Accompagnement des équipes dans l'identification et la gestion des situations de crise suicidaire** (sensibilisation et formation aux outils) **et des enjeux du handicap psychique** ;
- **Repositionnement du psychologue clinicien sur les missions « cœur de métier »** ;
- **Actions de prévention et de promotion contre la maltraitance institutionnelle.**

Par ailleurs, la question de l'organisation d'une « astreinte psychologique » (structurée et rémunérée) pour répondre aux situations d'urgence rencontrées semble pouvoir être posée, au regard de la récurrence des situations de crise et de l'évolution du public accueilli.

Le système actuel, reposant sur du pur volontariat, voire du bénévolat, est fortement insatisfaisant.

3.2.5. Les activités du psychologue en 2023 : aspects quantitatifs

L'activité du psychologue lors de l'année 2023 est décrite ci-dessous dans ses aspects quantitatifs, avec reprise des indicateurs des années précédentes pour comparaison et éventuel commentaire.

Attention : un contexte très particulier, engendrant des missions spécifiques sur le FAM, a existé en 2023 (coordination institutionnelle par délégation de la directrice du pôle, en absence de cadre intermédiaire suite au départ imprévu du chef de service).

3.2.5.1. Pour le Foyer d'Accueil Médicalisé

Les entretiens individuels					
Nature de l'entretien	2023	2022	2021	2020	2019
Entretiens avec usager	163	114	53	94	159
Entretiens avec professionnels	42	29	16	6	11
Entretiens avec psychologue stagiaire	0	0	0	7	Pas de donnée
Entretiens avec stagiaires d'autres disciplines	3	2	0	0	3
Entretiens avec neuropsychologue du LAM	22	13	9	6	Pas de donnée
Entretiens avec l'ergothérapeute du pôle	15	Pas de donnée	Pas de données	Pas de donnée	Pas de donnée
Entretiens avec psychologue clinicienne de l'EMIH et des LAM	2	2	Pas de donnée	Pas de donnée	Pas de donnée
Entretien avec l'IDEC du site PV	5	31	Pas de donnée	Pas de donnée	Pas de donnée
Entretiens téléphoniques/SMS avec usagers	62*	2	0	5	Pas de donnée

*Gestion de situations et de suites de situations de crise suicidaire.

Les réunions institutionnelles					
Nature de la réunion	2023	2022	2021	2020	2019
Réunions médico-sociales	35	35	18	19	38
Réunions d'élaboration de PAP	0**	1*	0	3	9
Réunions de préparation du CPOM	0	0	0	0	2
Réunions de préparation du tableau de performance médico-sociale	1	1	1	1	Pas de donnée
Réunions avec partenaires extérieurs	8 (MJPM, SAVS)	3	0	2 (MJPM)	2
Réunions en lien avec l'instance GEPI	0***	0	0	2	3
Commissions d'admission	17	28	7	0	1

*Les réunions d'élaboration de PAP étant positionnées sur un jour et un horaire correspondant aux réunions de service d'un autre dispositif, il n'a pas été possible d'y participer, sauf situations exceptionnelles.

**Absence de réunions PAP sur le service.

***Absence de réunions GEPI (équivalent CVS sur le FAM) en 2023.

3.2.5.2. Pour les actions transversales

Les réunions et temps de rencontre					
Nature de la réunion	2023	2022	2021	2020	2019
Réunions transversales (dont réunion de pôle)	17	17	11	19	19
Réunions d'encadrement	1	6	5	6	2

Interventions diverses					
Nature de l'intervention	2023	2022	2021	2020	2019
Intervention auprès d'usagers du pôle	9 (LHSS, LAM)	5 (LHSS)	2 (LAM)	4 (LAM)	Pas de donnée
Interventions sur les autres pôles	3 (HUDA, PF)	0	0	2 (Pensions de Famille et Chantiers d'Insertion).	1 (PF)
Entretiens téléphoniques avec usagers d'autres pôles	0	0	0	3 (pensions de famille)	Pas de donnée
Prise de contact avec partenaires	9 (SAVS, MJPM, EPSM, CPIP, ARELIA)	2 (CPIP)	2 (CRIAIVS, EMIE)	7 (CAARUD, CRIAIVS, Service de psycho-traumatologie, Comité d'éthique du CPN, CMP de Saint-Nicolas-de-Port et d'Essey-Lès-Nancy.	10

Appui technique					
Nature de l'appui	2023	2022	2021	2020	2019
Création de documents en FALC	9	3	2	8	2
Envoi de documents sur l'ensemble des pôles	41	28	19	7	Pas de donnée
Rédaction de documents d'appui technique	5	6	2	1	1

La formation continue et la mise à jour des compétences professionnelles					
Nature de la formation	2023	2022	2021	2020	2019
Formation suivie (cadre professionnel)	0	4 jours (projet d'établissement) 1 jour (incendie)	0	2 jours (« AIRME S »)	1 jour (« fin de vie »)
Formation suivie (cadre privé autofinancé)*	1 jour (psychologie des violences sexuelles) 3 jours (Les auteurs de violence sexuelle) 1 jour (évolutions du métier de psychologue)	1 jour (expertise des personnalités pathologiques) 1 jour (les auteurs de violence sexuelle) 1 jour (les soins pénalement ordonnés) 1 jour (les techniques d'animation de groupe)	Pas de donnée	Pas de donnée	Pas de donnée

*La recherche et la participation/financement à titre privé à des formations renvoie à l'absence de propositions de formation spécifiques aux psychologues au sein de l'association.



**Consultation des usagers
sur la dénomination et l'illustration des
étages du FAM**

28/09/2023

1 Cadre de la démarche

La participation et l'expression des personnes accueillies au sein des établissements et services sociaux et médico-sociaux sont des principes fondamentaux de la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

En prenant appui sur [l'article L.311-6](#) du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF), précisant qu'« *afin d'associer les personnes bénéficiaires des prestations au fonctionnement de l'établissement ou du service, il est institué soit un conseil de la vie sociale, soit d'autres formes de participation [...]* », le FAM du site « Pierre Vivier » a choisi d'interroger les usagers au sujet de la détermination du nom et de l'illustration de ses étages, en tant que forme de participation complémentaire aux autres espaces prévus.

Cette démarche renvoie à trois niveaux de participation, au sens donné à ce terme par l'ANESM :

- L'expression et la communication : par l'invitation à s'exprimer et à faire connaître leur opinion, il s'agit de favoriser l'affirmation de soi des usagers ;
- La consultation : en suscitant l'expression des avis et opinions, le FAM se donne l'opportunité de recueillir de la part des personnes accueillies des éléments lui permettant d'effectuer un choix ;
- La co-décision : par le partage de la décision entre les intervenants professionnels et les usagers, il s'agit d'indiquer à ces derniers qu'ils constituent non seulement une forme de collectivité, mais aussi une « force sociale » ayant un rôle actif dans la prise de décision institutionnelle.

Ces trois niveaux permettent donc une mise en œuvre démocratique concrète au sein de l'établissement, mais aussi d'inscrire les choses dans le champ du pouvoir d'agir. En effet, la démarche touche autant la citoyenneté (démocratie directe) que la participation institutionnelle (reconnaissance du statut d'utilisateur au sens de la loi 2002-2) et l'auto-détermination (appropriation d'un élément du quotidien par expression d'un choix).

Par ailleurs, la spécificité du public accueilli au sein du FAM représente un enjeu essentiel.

En tant que personnes issues de la marginalité et/ou de la précarité, les usagers accompagnés ont une histoire de vie très souvent marquée par l'empreinte de l'isolement, du rejet social et de l'impuissance vis-à-vis des événements vécus.

En sollicitant ainsi leur avis et en les faisant participer à cette décision institutionnelle importante, il s'agit donc également de lutter contre l'exclusion sociale, le ressenti de solitude et la passivité. Cela favorise l'inclusion au sein d'une communauté, prenant ici le sens d'un groupe humain constitué et fonctionnant sur le principe d'une convergence d'intérêts. Par ailleurs, le fait de donner une prise réelle sur le fonctionnement du FAM, en tant qu'entité institutionnelle, permet de lutter contre l'impuissance et le risque de la réification propre aux ESSMS (se situant toujours entre la reconnaissance du sujet humain et sa minoration en tant qu'objet de soin ou d'accompagnement).


Organisation de la démarche

La démarche s'est organisée en plusieurs phases, pensées pour permettre aux usagers d'intégrer le processus de la manière la plus efficace et adaptée possible.

1^{ère} phase : constitution d'une liste de propositions

Les usagers du FAM ont été informés de la démarche par annonce orale lors d'un temps de repas, par le psychologue et l'ASS du FAM. Par la suite, certains membres de l'équipe ont recueilli leurs idées à partir de bulletins spécifiques. La démarche a donc bénéficié d'une approche à la fois collective et personnalisée.

Chaque personne questionnée a été amenée à indiquer deux propositions. Ci-dessous, le bulletin utilisé pour recueillir ces propositions (format A5) :



J'aimerais que mon étage s'appelle :

La plupart des personnes sollicitées ont accepté de donner au moins une proposition, le plus souvent deux, voire trois pour certains.

Chaque personne a été sollicitée pour son étage de vie, et pour cet étage uniquement. En totalité,

cela a permis de recueillir :

- 1^{er} étage : 26 propositions ;
- 2nd étage : 25 propositions.

2ème phase : consultation par voie de vote

Les propositions de toutes les personnes ont été compilées au sein de deux listes (une par étage). Les usagers ont été individuellement sollicités par certains membres de l'équipe du FAM, afin qu'ils puissent indiquer sur la liste liée à leur étage les trois propositions ayant leur préférence. Ce choix reposait sur la volonté d'éviter une mécanique de vote pouvant mener à la neutralisation de la démarche : en effet, ayant théoriquement émis deux propositions, les usagers auraient pu faire le choix de ne sélectionner qu'elles, menant de fait à une égalité sur toute la liste. En demandant un choix sur trois propositions, il s'agissait de faciliter la mention d'au moins une proposition émanant d'un tiers.

Les autres options éventuelles étaient de faire voter tous les usagers indifféremment de l'étage, ou d'opérer un second vote en cas d'égalité (les usagers du 1^{er} votant sur la liste du 2nd, et vice-versa). La première option comportait le défaut de provoquer une liste de 51 propositions, ce qui pouvait constituer une surcharge cognitive chez les personnes les plus vulnérables. Par ailleurs, cela aurait compromis l'idée de favoriser un sentiment d'appartenance, au cœur du principe de lutte contre l'exclusion présent dans la démarche. La deuxième option pouvait engendrer des sentiments d'injustice et de non respect de la démocratie directe, dans le sens d'une décision de tiers pouvant être vécue comme illégitime. La stratégie du choix encadré était donc la plus judicieuse au sein de ce contexte.

La participation à cette consultation a été plus que satisfaisante, sur les deux étages :

1^{er} étage

Nombre d'usagers sollicités	16 (100%)
Nombre d'usagers s'étant exprimés	14 (87,5%)

2nd étage

Nombre d'usagers sollicités	16 (100%)
Nombre d'usagers s'étant exprimés	13 (81,25%)

Tous les usagers ont été sollicités, pour chaque étage.

Les refus d'expression relèvent de la liberté individuelle et de la mise en œuvre d'une autonomie.

En pages suivantes sont présentées les listes telles qu'elles ont été proposées aux personnes accueillies (format A4). La mention des trois propositions à sélectionner a été oralisée par les professionnels accompagnant les personnes lors de leur choix (la décision a été prise après l'édition des listes, sur discussion en équipe lors d'une réunion de service).



J'entoure la proposition qui me plaît le plus.

La proposition recevant le plus de votes sera choisie !

En cas d'égalité, un second tour sera organisé.

Propositions

- Etage du FAM
- Etage Diane
- Etage LBA
- Etage de la Mirabelle
- Etage Oui-Oui
- Etage Cabrel
- Etage Sardou
- Rue Nan-Nan
- Rue de Colmar
- Rue de l'Iris
- Rue des enfoirés
- Rue de Thiefaine
- Rue de Aadle
- Rue d'Hervé
- Rue des pies
- Rue des Mimosas
- Rue des Muguetts
- La vache Marguerite
- Céline Dion
- Valérie
- Dauphin
- Jonquilles
- Lilas
- Pivoine
- Escalier C
- Rue du Pont neuf



J'entoure la proposition qui me plaît le plus.

La proposition recevant le plus de votes sera choisie !

En cas d'égalité, un second tour sera organisé.

Propositions

- Etage des anges
- Etage pleurepasbabeth
- Etage Gaoli
- Etage Gaouli
- Etage du p'tit loup
- Etage Pimouss
- Etage Denis
- Etage du Zodiaque
- Etage du lion
- Rue de la paix
- Rue des Champs Elysées
- Rue Ameno
- Rue des Johnny
- Rue des Mitchell
- Rue d'Eddy Mitchell
- Rue des Œillets
- Rue de la Pépinière
- Rue de la liberté
- Rue numéro 7
- Impasse du « FU »
- Boulevard Saint-Denis
- Avenue Foch
- Mick Jagger
- Le bout du monde
- La fin des temps

Résultats

1^{er} étage

Proposition	Nombre de votes	Proportions vis-à-vis de l'ensemble des votes
Etage du FAM	1	3,85%
Etage Diane	0	0%
Etage LBA	0	0%
Etage de la Mirabelle	5	19,23%
Etage Oui-Oui	0	0%
Etage Cabrel	1	3,85%
Etage Sardou	1	3,85%
Rue Nan-Nan	0	0%
Rue de Colmar	0	0%
Rue de l'Iris	1	3,85%
Rue des Enfoirés	4	15,38%
Rue de Thiefaine	2	7,69%
Rue de Aadle	1	3,85%
Rue d'Hervé	1	3,85%
Rue des pies	2	7,69%
Rue des Mimosas	1	3,85%
Rue des Muguets	1	3,85%
La vache Marguerite	0	0%
Céline Dion	2	7,69%
Valérie	0	0%
Dauphin	0	0%
Jonquilles	1	3,85%
Lilas	1	3,85%
Pivoine	0	0%
Escalier C	1	3,85%
Rue du Pont neuf	0	0%

Ainsi, il se dégage une majorité de votes pour la proposition « Etage de la Mirabelle ».

2nd étage

Proposition	Nombre de votes	Proportions vis-à-vis de l'ensemble des votes
Etage des anges	1	4%
Etage pleurepasbabeth	1	4%
Etage Gaoli	0	0%
Etage Gaouli	0	0%
Etage du P'tit loup	4	16%
Etage Pimouss	1	4%
Etage Denis	0	0%
Etage du Zodiaque	0	0%
Etage du lion	1	4%
Rue de la paix	3	12%
Rue des Champs-Élysées	0	0%
Rue Ameno	1	4%
Rue des Johnny	2	8%
Rue des Mitchell	0	0%
Rue d'Eddy Mitchell	1	4%
Rue des Œillets	1	4%
Rue de la Pépinière	2	8%
Rue de la liberté	2	8%
Rue numéro 7	0	0%
Impasse du « FU »	2	8%
Boulevard Saint-Denis	0	0%
Avenue Foch	1	4%
Mick Jagger	1	4%
Le bout du monde	0	0%
La fin des temps	2	8%

Ainsi, il se dégage une majorité de votes pour la proposition « Etage du P'tit loup ».

3^{ème} phase : proclamation des résultats

Les résultats du vote quant au nom des étages ont été annoncés par le psychologue du FAM lors d'un temps de collation, en salle de vie du service (lieu et moment les plus propices pour toucher le maximum d'usagers).

Un rappel collectif des résultats a été effectué la même journée lors du repas du soir, puis individuellement lors des accompagnements des jours suivants, afin de pouvoir les diffuser aux personnes qui n'étaient pas encore informées.

Les personnes se sont montrées globalement satisfaites. Le constat qu'elles avaient presque toutes le souvenir de la démarche et une attente pour en connaître l'issue est intéressant en termes de légitimité de cette action et de validation de son intérêt.

4^{ème} phase : consultation par voie de vote pour les illustrations des étages

Une fois les résultats du vote connus, il a été possible de lancer la phase suivante, à savoir celle qui consistait à consulter les usagers quant à l'image d'illustration qui sera utilisée sur des panneaux apposés à l'entrée des étages.

En effet, il est prévu d'installer un panneau sur chaque étage (un devant les ascenseurs, un devant les escaliers, soit deux par étage), comportant le nom de celui-ci et une photo illustrative. Il s'agissait donc de proposer aux usagers de choisir cette image. L'information de ce second vote avait été donnée aux usagers par le psychologue du FAM lors de la proclamation des résultats en 3^{ème} phase.

Pour mener cette démarche, l'ASS et le psychologue du FAM ont sélectionné quatre photos par étage (quatre pour le 1^{er}, quatre pour le 2nd), grâce à un stock en ligne indiqué par l'Assistante de Direction du pôle.

Le psychologue a ensuite construit des bulletins de vote avec ces images, sur le même modèle que pour le choix des noms (reprise des couleurs, des illustrations, du format A4 en recto).

Il était cette fois demandé aux usagers de choisir une seule image parmi les quatre.

Certains professionnels du FAM ont proposé le vote lors d'un repas du soir, ce qui a permis à la plupart des usagers de voter en une seule journée.

Les autres personnes (non présentes au repas ou demandant du temps de réflexion) ont été sollicitées individuellement par la suite.

Les bulletins de vote utilisés sont présentés en pages suivantes (format A4).



Je coche le rond au-dessus de l'image qui me plaît le plus.

L'image recevant le plus de votes sera choisie.

L'image choisie représentera mon étage !

Propositions

Choisir une seule image





Je coche le rond au-dessus de l'image qui me plaît le plus.

L'image recevant le plus de votes sera choisie.

L'image choisie représentera mon étage !

Propositions

Choisir une seule image



Résultats

Etant entendu que les images des bulletins sont ici numérotées selon le schéma présenté ci-dessous, les résultats du vote sont les suivants :

Schéma de numérotation



Pour le 1^{er} étage

Nombre d'usagers sollicités : 15 (93.75%, un usager difficile à mobiliser n'a pu être interrogé)

Nombre d'usagers répondants : 15 (100% des personnes sollicitées)

Proposition	Nombre de votes	Proportions vis-à-vis de l'ensemble des votes
Image 1	2	13,3%
Image 2	3	20%
Image 3	9	60%
Image 4	1	6.7%

Ainsi, il se dégage une majorité de votes pour l'image 3.

Pour le 2nd étage

Nombre d'usagers sollicités : 15 (93,75%, un usager étant hospitalisé pour une durée indéterminée)

Nombre d'usagers répondants : 14 (93,3% des personnes sollicitées, un usager ayant refusé de voter)

Proposition	Nombre de votes	Proportions vis-à-vis de l'ensemble des votes
Image 1	3	21,4%
Image 2	5	35,8%
Image 3	3	21,4%
Image 4	3	21,4%

Ainsi, il se dégage une majorité de votes pour l'image 2

1^{er} étage :



2nd étage :



Cas particulier : les panonceaux de rez-de-chaussée

A l'issue de la démarche de consultation, il a été décidé de compléter le projet avec l'ajout de panonceaux relatifs au rez-de-chaussée.

Cet espace institutionnel étant partagé par plusieurs dispositifs, il n'a pas été possible d'inviter les usagers du FAM à en décider du nom, puisque cela aurait constitué une appropriation peu légitime au regard des autres personnes accueillies sur le site. Il a donc été décidé que ces panonceaux se contenteraient d'indiquer l'accès au « rez-de-chaussée » et seraient illustrés par une photographie prise sur le site.

Afin de conserver l'esprit de la démarche, le psychologue du FAM a néanmoins interrogé les usagers du dispositif de manière informelle, afin de recueillir leur avis quant à l'endroit qui serait pris en photo pour cette partie de la signalétique. La question posée était « lorsque vous pensez au rez-de-chaussée du FAM, quel endroit vous vient à l'esprit ? Qu'est-ce que cet endroit vous inspire ? ».

Parmi les idées exprimées, les plus fréquentes concernaient la salle de vie et d'animation du FAM, c'est donc l'endroit qui a été privilégié. Par ailleurs, les usagers semblaient avoir un attachement particulier pour le temps de la collation, notamment les moments de convivialité autour d'un café.

Le psychologue du FAM a donc pris plusieurs photos sur cette thématique, avant de les proposer au groupe de pilotage de la démarche. Cela a permis de sélectionner une illustration qui, certes dans un cadre moins participatif, restait en lien avec les points d'intérêt des usagers eux-mêmes.

5^{ème} phase : choix des panneaux et installation dans le service

L'avis des usagers étant désormais connu, il a été possible de choisir la manière dont les panneaux allaient utiliser les images déterminées collectivement. Ce choix s'est opéré en groupe de pilotage de la démarche, rassemblant la directrice du pôle, l'assistante de direction et le psychologue du FAM.

Il a été choisi :

- L'agencement des informations (numéro d'étage, nom de l'étage, placement de l'image) ;
- La police utilisée, ainsi que sa couleur ;
- La teinte de dégradé qui se trouve en fond de panneau, derrière les informations écrites.

Une vigilance particulière a été apportée à la lisibilité du panneau, tout comme à son respect de certaines règles en usage dans les rédactions FALC :

- Choix d'un agencement facile à percevoir cognitivement (information de contexte en haut, information de spécialité en bas, dans une logique d'intégration cognitive « en entonnoir ») ;
- Choix d'une police sans empattement ni fioritures, afin de ne pas mettre en difficulté les personnes vulnérables au niveau de la lecture ;
- Choix de teintes permettant un contraste efficace fond/police, ainsi qu'une perception aussi fidèle que possible pour les personnes atteintes de troubles spécifiques de la vision (daltonisme, perte chromatique liée à la sénescence ou à des événements vasculaires, Etc.).

Par ailleurs, le plan d'installation des panneaux comportait des points de vigilance spécifiques au champ du handicap :

- Choix d'endroits « repères », facilement accessibles et répétitifs d'un étage à l'autre ;
- Indication au service technique d'une pose de panneau à une hauteur atypique mais nécessaire dans un établissement accueillant des personnes utilisatrices de fauteuils roulants manuels ou électriques : non pas à hauteur des yeux d'une personne debout mais dans une position spatiale de compromis permettant à chacun de lire facilement l'information donnée (ni trop haut pour les personnes utilisatrices de FRM/FRE, ni trop bas pour les personnes se tenant debout).

Les panneaux utilisés sont présentés en pages suivantes.



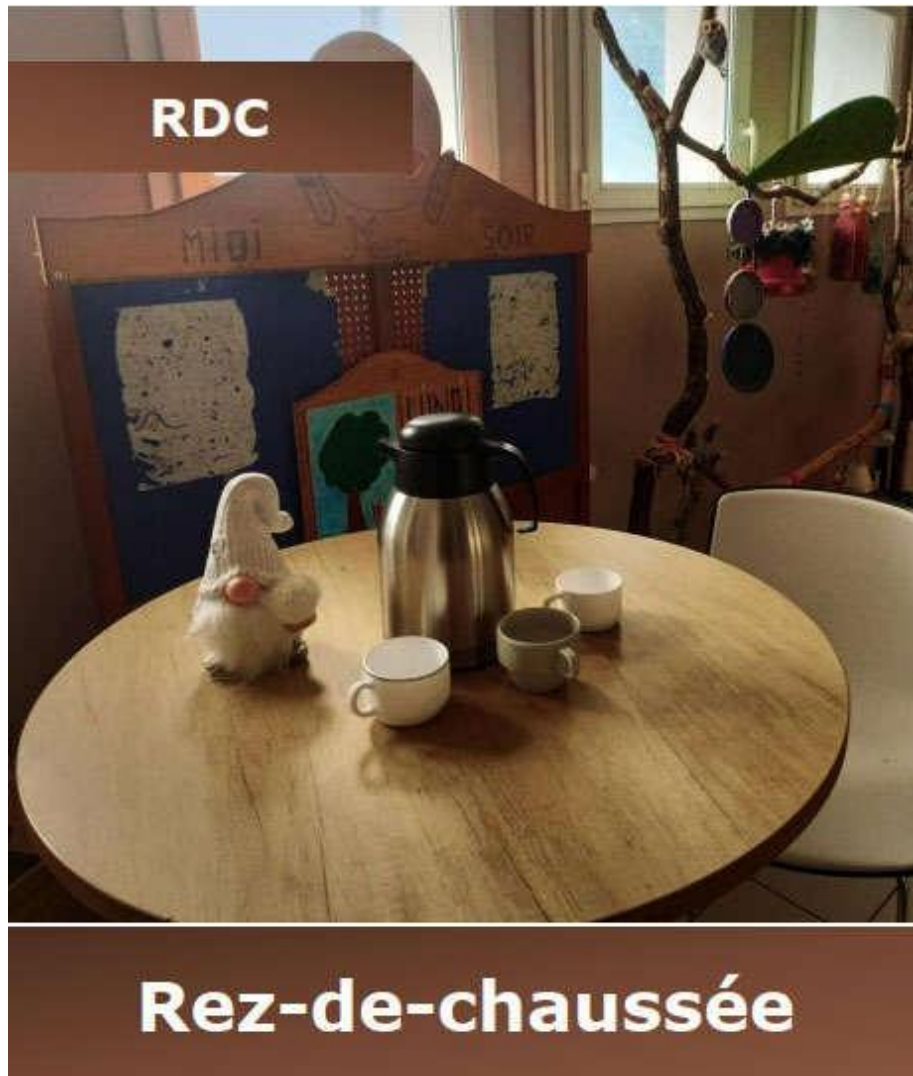
1^{er} Etage

Etage de la mirabelle

2^{ème} Etage



Etage du p'tit loup



Bilan immédiat de la démarche

Cette démarche renvoyait à la mise en œuvre et à la promotion de trois niveaux de participation des usagers, au sens donné à ce terme par l'ANESM :

- L'expression et la communication : par l'invitation à s'exprimer et à faire connaître leur opinion, il s'agissait de favoriser l'affirmation de soi ;
- La consultation : en suscitant l'expression des avis et opinions, le FAM se donnait l'opportunité de recueillir de la part des personnes accueillies des éléments lui permettant d'effectuer un choix ;
- La co-décision : par le partage de la décision entre les intervenants professionnels et les usagers, il s'agit d'indiquer à ces derniers qu'ils constituent non seulement une forme de collectivité, mais aussi une «

force sociale » ayant un rôle actif dans la prise de décision institutionnelle.

Au niveau de l'expression et de la communication, chaque personne accueillie a été sollicitée pour donner son avis et pour voter. Cette opportunité a permis à la plupart des usagers d'indiquer leurs préférences et leurs choix.

Au niveau de la consultation, les dimensions individuelles et collectives ont fonctionné : le choix des noms comme des images est représentatif de l'opinion groupale de chaque étage.

Au niveau de la co-décision, les choix des usagers ont eu un impact dans le réel du service : les étages ont le nom qu'ils ont choisi, et sont illustrés de la manière qu'ils ont également pu déterminer eux-mêmes. Les professionnels ont eu leur rôle (choix des modalités de vote, cadrage des choix d'images), ce qui fait de cette démarche une authentique co-construction institutionnelle.

Il est à noter une implication des usagers allant au-delà de la décision immédiate et induite par la sollicitation tierce : certains ont demandé plusieurs reprises des nouvelles de l'avancée de la démarche, tandis que d'autres commencent déjà à utiliser les noms choisis collectivement pour dénommer leur étage ou celui des autres. Certains expriment également la déception que la proposition qu'ils préféreraient n'ait pas été choisie par les autres (permettant d'échanger autour du concept de démocratie et de majorité).

Une attention spécifique a été portée sur les refus de participation. Nous avons vérifié que ces derniers étaient l'expression d'une volonté et non la résultante d'une problématique (somatique et/ou psychique) empêchant l'acte de choix.

Nous pouvons donc voir dans ces refus non pas une atteinte à la démarche mais un de ses éléments constitutifs : choisir, c'est aussi choisir de ne pas choisir. En cela, les refus exprimés sont des actes d'autonomie et non les conséquences d'une hétéronomie induite par une situation de handicap.

Il reste possible, à notre sens, de prévoir une enquête de satisfaction à M+1 ou M+2, afin d'évaluer les choses plus finement et de disposer d'un appui objectif et formel à d'autres démarches de promotion du pouvoir d'agir au sein du FAM, et plus globalement du Pôle.

Proposition de projet

Apport au Développement du Pouvoir d'Agir (DPA) des personnes accueillies sur le site Pierre Vivier

*Utilisation d'un automate de distribution en tant qu'objet Institutionnel de médiation
médico-psycho-sociale.*

Mars 2022

Contexte de proposition

Le site Pierre Vivier dispose d'un automate de distribution alimentaire, situé au niveau de la salle de repas centrale du bâtiment accueillant les dispositifs CHRS, LHSS et FAM.

Pour des raisons sanitaires, cet automate fut mis hors service en 2021. Cela permettait de répondre à l'obligation de sécurité sur le site, notamment au regard de la possibilité que cet appareil puisse constituer un vecteur de transmission du virus de la COVID-19 par le biais des contacts tactiles imposés par les boutons de sélection de produit.

A l'heure d'un reflux de la pandémie, la question d'une remise en service de cet appareil semble se poser sur site, **notamment par le biais des demandes formulées de façon de plus en plus insistante par les usagers eux-mêmes.**

Pour autant, il apparaît que cet outil ne posait pas uniquement une problématique en lien avec la transmission virale. Le fait qu'il ne propose finalement que des produits apparentés à la « malbouffe » pose la question de la Santé Publique, et par là celle de la démarche éducative qui doit nécessairement l'accompagner. Le processus de changement d'attitude vis-à-vis de l'alimentation (et donc des précautions à développer au sujet des maladies pouvant être facilitées par un apport non maîtrisé de sucre et de graisse) impose en effet une véritable pensée socio-éducative pour pouvoir être soutenu et favorisé. Cela entre par ailleurs dans le cadre des actions de prévention contre le diabète, au sujet desquelles le site s'est engagé auprès de l'Agence Régionale de Santé du Grand Est.

Ce projet vise donc deux buts distincts, mais néanmoins articulés :

- Répondre à la demande des usagers du site de revoir cet appareil en fonction ; afin de respecter l'esprit de la démocratie sanitaire et sociale, qui vise à favoriser la participation et le pouvoir des décisions des personnes accueillies en termes de vie privée et d'autodétermination ;
- Faire de cette réponse l'opportunité d'un travail médico-psycho-social entrant dans le cadre de la dynamique institutionnelle globale, pour qu'il puisse prendre sens auprès des équipes et s'inscrire dans une démarche porteuse d'un Développement réel du Pouvoir d'Agir des personnes accueillies.

Dans cette optique, ce projet développera donc deux approches complémentaires, visant chacune à utiliser « l'objet automate » comme outil de promotion du Développement du Pouvoir d'Agir au sein du site.

1) Éléments théoriques

Avant d'aborder les axes concrets du projet, il convient de résumer brièvement ce qui est appelé « Développement du Pouvoir d'Agir ». C'est en effet la trame de fond des actions proposées, ce qui suppose d'en avoir une vision claire et précise.

L'expression « développement du pouvoir d'agir des personnes et des collectivités » renvoie à la notion centrale d'*empowerment*. Celle-ci se définit de manière générale par « la possibilité pour les personnes ou les communautés de mieux contrôler leur vie ».

De manière plus précise, l'*empowerment* peut être vue comme un processus caractérisé par l'exercice d'une plus grande maîtrise sur l'atteinte d'objectifs perçus comme importants par une personne, une organisation ou même une communauté.

Le Développement du Pouvoir d'Agir est donc une manière, pour l'institution, de favoriser l'autodétermination au sein d'un ou de plusieurs objectifs poursuivis. Il constitue une opportunité de dépasser les manières traditionnelles de faire au sein des dispositifs de type « lieux de vie », souvent concernés par deux écueils dans la pensée du changement personnel :

- **Une conception mécanique**, qui tendrait à dire que le changement ne peut être obtenu qu'en résolvant une carence personnelle présente dans chaque individu. Dans le champ alimentaire, par exemple, cela voudrait dire que chaque personne devrait être considérée de manière singulière pour que l'ensemble, c'est-à-dire l'agrégation de chacune, puisse évoluer de manière globale. Cette conception a l'avantage de la personnalisation mais le désavantage de ne pas permettre la mise en place d'action collective de grande portée ;
- **Une conception structurelle**, qui perçoit les difficultés des personnes comme le résultat de forces qui leur sont extérieures (par exemple les conditions de vie ou la pression économique, culturelle ou sociale). Dans ce cadre, l'action collective est favorisée, mais la prise en compte des singularités de chacun est amoindrie.

Le DPA, en tant que démarche que l'on pourrait considérer comme « interstitielle », constitue l'occasion de promouvoir une approche à la fois structurelle (l'objet de médiation étant « travaillé » au sein même d'une collectivité qui y a accès de manière communautaire) et mécanique (chaque personne peut faire l'objet d'un accompagnement personnalisé dans l'usage qu'elle en fera, notamment par le truchement de son PAP ou de son DIPC, pour les dispositifs qui le mettent en place). L'idée centrale n'est donc pas celle d'un changement imposé mais bien celle d'une réduction de l'impuissance des personnes face à leurs propres conduites. Il s'agira d'utiliser cet objet

comme un vecteur de promotion de l'indépendance et de l'autonomie, face à des problématiques de Santé Publique pour l'instant trop peu prises en compte au sein du site.

- ☒ En ce sens, le DPA n'est pas un pouvoir sur autrui mais bien la capacité que se donne une organisation d'aider l'individu à retrouver son propre pouvoir sur sa destinée, ses choix et ses prises de risque ; voire parfois à sortir d'impasses de pensée qu'il peut ressentir dans son quotidien.

Pour ce faire, nous proposons deux approches complémentaires permettant de transformer l'objet automate en un véritable vecteur médico-psycho-social pour une démarche de type DPA.

2) Approches des deux problématiques identifiées

A) Approche alimentaire

Un des premiers défis identifiés au sein du site relève du champ de l'alimentation, et donc, en conséquence, de celui de la Santé Publique.

En effet, il est constaté que ce type d'automate propose souvent des denrées associées au domaine de la confiserie industrielle. Cela n'est pas sans conséquence en termes de santé et de prise de risque, car l'excès de sucre ou de graisse est une cause bien documentée de nombreuses pathologies telles que l'obésité, le diabète, la dégradation dentaire ou encore les difficultés cardio-vasculaires. Parmi celles-ci, le diabète occupe une place toute particulière car il fait l'objet d'une vigilance spécifique de la part de la région. C'est à ce titre qu'il est demandé aux dispositifs médico-sociaux d'engager des démarches de prévention auprès des personnes accueillies.

Face à ce constat, il paraît donc possible de transformer l'utilisation parfois inadaptée de cet automate en une véritable opportunité de travail pluridisciplinaire au sujet de l'alimentation.

Dans l'esprit du DPA, nous proposons donc de suivre une démarche à la fois structurelle (proposer un contexte de vie plus favorable à la santé) et mécanique (accompagner chaque personne dans son rapport singulier à l'alimentation).

Cela peut prendre la forme très opérationnelle d'un choix éclairé de l'institution quant à ce que propose cet automate. Il s'agirait notamment de veiller à ce que des denrées dites « saines », ou du moins « plus favorables à la santé », puissent être présentes dans les possibilités de sélection.

Nous pensons notamment :

- **A la présence de fruits**, sous forme sécurisée en termes de péremption et de garantie qualitative/gustative (fruits secs, fruits lyophilisés sous conditionnement, Etc.) ;
- **A la présence d'eau minérale, plate et gazeuse**, afin d'offrir une alternative aux sodas et autres boissons industrielles peu propices à la santé ;
- **A la présence de toute denrée adaptée à ce mode de distribution et favorables à la santé.**

Cette optique est donc structurelle, dans le sens où elle propose une « offre » plus adaptée aux enjeux contemporains de l'alimentation dite « healthy ».

Elle ne peut que se conjuguer, dans « l'esprit DPA », qu'avec une optique mécanique, permettant de travailler le rapport que chaque personne entretient avec ces enjeux (c'est-à-dire la « demande »). Dans le cadre de l'accompagnement pluridisciplinaire, cela renvoie particulièrement :

- **A la vigilance quant au choix de produits sans dangerosité au niveau des différentes atteintes somatiques ou fonctionnelles** (par exemple les produits alimentaires déconseillés pour les personnes sujettes aux troubles de la déglutition, ou encore souffrant d'intolérance alimentaire telles que la maladie coeliaque ou l'intolérance à certains sucres) ;
- **A la vigilance aux usages et mésusages alimentaires**, notamment la tendance au stockage de certains usagers au sein des chambres, menant parfois à des situations d'incurie.

La mise à disposition des produits suppose donc une démarche psycho-éducative associée, afin de répondre aux défis singuliers qu'elle peut poser pour chaque personne.

Ainsi, en conciliant l'approche sanitaire et l'approche psycho-éducative, l'utilisation de cet automate peut-elle devenir une médiation pluridisciplinaire s'inscrivant dans la logique médico-sociale telle qu'elle s'entend depuis les lois de 1975 et de 2002.

2 Par ailleurs, il semble essentiel de maintenir, dans les produits mis à disposition, des denrées traditionnelles qui y étaient déjà présentes avant la mise hors service de l'appareil.

Il peut sembler paradoxal de maintenir une offre considérée comme « inadaptée », mais cela renvoie en réalité à l'esprit profond du DPA, sur au moins deux niveaux :

- **Toute conduite de changement doit s'inscrire dans le choix libre et éclairé de la personne, et non dans la contrainte qu'elle est amenée à subir.** Il s'agit ici de promouvoir l'autodétermination et non l'obéissance docile.
- **Le processus de changement comportemental n'a de sens que face à de multiples alternatives.** Il est plus intéressant et plus pertinent, au niveau cognitif et temporel, d'amener une personne à faire des choix plus éclairés pour sa santé que de les lui imposer, car le niveau de changement personnel sera bien plus profond et durable. Une simple contrainte environnementale ne mène souvent qu'à la production de comportements contraires à ceux qui sont désirés (particulièrement par le phénomène de réactance psychologique), voire de recherche d'autres outils pour combler le comportement que l'on souhaite maintenir.

3 Dans le cadre du DPA, il est donc plus adapté de proposer un ratio en faveur de l'alimentation saine qu'une offre hégémonique subie plutôt que choisie. Une proportion comme 75% d'alimentation saine / 25% d'alimentation industrielle pourrait donc être plus adaptée qu'une offre 100% « healthy », car cela constituerait autant d'opportunités éducatives pour travailler le choix libre et éclairé des personnes.

Dans le registre technique, cela suppose de fonctionner sans doute d'une manière différente avec le prestataire venant garnir les rayons de l'automate.

Au niveau opérationnel, il s'agirait en tous les cas de mobiliser toute la sphère professionnelle présente sur le site :

- Les personnels sanitaires (médecin, IDEC, IDE, AS), pour déterminer les denrées les plus adaptées, tant au niveau de la Santé Publique que des garanties de sécurité alimentaire (maintien de la qualité des denrées dans le temps) et de l'adaptation générale aux contraintes somatiques et fonctionnelles (troubles de la déglutition, produits à risque d'allergie grave, Etc.) ;
- Les personnels socio-éducatifs (CESF, ME, ES, AES, Chargé de parcours), pour la mise en place d'actions individuelles favorisant le processus de changement d'une manière personnalisée ;
- Les personnels d'encadrement (direction, cadres hiérarchiques) pour contrôle et validation de la démarche dans le temps ;
- Les personnels transversaux (psychologues, chargée de prévention en Santé Publique, ergothérapeute), pour adaptation de la démarche aux fondamentaux du DPA ;
- Les personnels techniques et de collectivité (cadre hiérarchique, cheffe économat) pour la faisabilité de l'adaptation du matériel et les rapports avec les fournisseurs.

Nous voyons donc que cette démarche englobe l'ensemble de la dynamique institutionnelle et permet de mobiliser de manière pluridisciplinaire les acteurs professionnels.

Par ailleurs, une participation du GEPI ou d'une autre instance de représentation et de participation des usagers pourrait s'entendre après la mise en place de la démarche, afin que l'offre proposée (optique structurelle) et l'accompagnement à la demande (optique mécanique) puissent être intégrés à la démocratie sanitaire et sociale en favorisant le droit de choisir des personnes accueillies. Cela pourrait par exemple passer par un regard sur les denrées proposées, la proposition de nouvelles catégories d'aliments, voire le retrait de certains qui ne rencontrent pas du tout l'approbation des usagers.

En termes de démarche, cela permettrait donc, en une seule opportunité :

- La mobilisation de toute l'institution autour des enjeux de la Santé Publique ;
- La mise en place d'une cohérence d'accompagnement, par la concertation et l'action articulée au sein du champ pluridisciplinaire ;
- La promotion du pouvoir de changement des usagers, hors de tout cadre de contrainte qui rendrait les modifications constatées au mieux artificielles (car basées sur la soumission ou l'absence d'offre alternative), au pire inexistantes (recherche d'alternatives, notamment au sein du supermarché situé non loin et dont les rayons ne manquent pas de produits industriels à bas coût et à stratégies marketing efficaces).

B) Approche de la sexualité en institution

Nous notons la présence de problématiques spécifiques en lien avec la sexualité sur le site Pierre Vivier. Si elles sont très classiques au sein des institutions du médico-social, leurs effets n'en sont pas moins importants à considérer et à penser en vue d'y apporter une réponse.

Dans ce cadre très particulier, il nous semble que l'automate pourrait servir de vecteur d'une démarche de prévention/réponse pertinente. **Nous pensons particulièrement à la mise à disposition d'une distribution facilitée de préservatifs masculins et/ou féminins, en tant que réponse à la prévention nécessaire des IST et à la promotion de l'accès à la contraception sur le site.**

En effet, pour l'heure, les moyens de contraception et de protection restent limités soit à la distribution par le personnel (sur demande des usagers), soit à l'achat individuel par les personnes accueillies (par les voies de distribution « classiques » telles que les pharmacies, les supermarchés ou les distributeurs dédiés dans l'espace public).

Or, cela n'est pas sans poser de difficultés, de part et d'autre :

- **La distribution par le personnel peut rencontrer ou susciter de nombreux problèmes**, au nombre desquels nous comptons la présence éventuelle de honte ou de culpabilité chez l'utilisateur¹, mais aussi la mise à disposition de la sexualité de l'utilisateur. En effet, devoir demander à un professionnel pour obtenir le matériel signifie aussi que son usage n'est possible qu'en fonction de la disponibilité de ce professionnel, ce qui soumet la sexualité de la personne au fonctionnement institutionnel et non à la primauté de ses désirs et de ses opportunités d'assouvissement. Il s'agit donc autant d'un problème psycho-éducatif ou culturel que d'un problème institutionnel pouvant être une forme d'empêchement non délibéré de la sexualité des usagers.
- **L'achat personnel se heurte, pour sa part, à la question des moyens financiers, ainsi qu'à celle de la connaissance des lieux de distribution. Il existe aussi des variables psychologiques à considérer**, notamment celle du rapport au temps. La grande marginalité peut provoquer ou favoriser des fonctionnements cognitifs teintés d'immédiateté et/ou d'impulsivité marquée. Ne pas disposer, sur place, d'un moyen d'accès à la contraception peut alors être un frein car ce rapport particulier au temps peut décourager le fait de différer l'acte sexuel pour avoir le temps de se procurer le matériel nécessaire.

Au regard de ces défis spécifiques, il nous semble que le fait de pouvoir proposer du matériel de contraception/protection au sein même de l'automate peut répondre à une partie des difficultés, et ce dans l'optique tant structurelle que mécanique du DPA :

- Au niveau structurel, il s'agirait de créer un contexte favorable à la prévention au sein du site, par une « offre » en adéquation avec le besoin du public et extraite de toute domination professionnelle directe ou indirecte ;
- Au niveau mécanique, il s'agirait de favoriser l'approche psycho-éducatrice en permettant de travailler le rapport à l'automate et à ces produits particuliers avec chaque usager, considéré individuellement et au regard de ses fonctionnements propres en termes d'image du corps, de rapport à la honte, à la culpabilité et à l'immédiateté.

Là encore, la démarche DPA ne trouverait son sens que dans la mobilisation pleine et entière des équipes :

¹ Au niveau psychologique, il existe une différence fondamentale entre la honte (qui est un ressenti adressé à soi) et la culpabilité (qui est un ressenti adressé à l'autre). Dans le cas présent, la honte renverrait au rapport entretenu avec l'image du corps et la représentation de sa propre sexualité, tandis que la culpabilité pourrait être une réaction face à l'intimité dévoilée à l'autre par la demande de matériel. Ces deux champs sont très classiques dans le domaine de la sexualité et constituent des freins connus aux démarches de prévention, tant dans les espaces institutionnels que dans les espaces plus traditionnels du « milieu ordinaire ».

- Les personnels sanitaires (médecin, IDEC, IDE, AS), pour déterminer les équipements les plus adaptés aux besoins et aux capacités d'usage des personnes accueillies ;
- Les personnels socio-éducatifs (CESF, ME, ES, AES, Chargé de parcours), pour la mise en place d'actions individuelles favorisant un rapport aux protections propice à l'usage de l'automate en toute autonomie et indépendance ;
- Les personnels d'encadrement (direction, cadres hiérarchiques) pour contrôle et validation de la démarche dans le temps ;
- Les personnels transversaux (psychologues, chargée de prévention en Santé Publique, ergothérapeute), pour adaptation de la démarche aux fondamentaux du DPA et la prise en compte de certaines variables individuelles ou groupales spécifiques à la sexualité ;
- Les personnels techniques et de collectivité (cadre hiérarchique, cheffe économat) pour la faisabilité de l'adaptation du matériel (mise sous boîte du matériel, pour adaptation au fonctionnement de la machine).

Au niveau technique, cela demanderait en tous les cas une étude de faisabilité, dans la mesure où il serait souhaitable de fonctionner comme pour les lessives ; c'est-à-dire avec un système de jetons qui pourrait être utilisés pour obtenir le matériel de l'automate.

Ces jetons pourraient être distribués à la demande (constitution d'un stock permettant de s'extraire de la demande « au moment venu », qui n'est pas toujours prévisible, pas toujours en concordance avec les disponibilités professionnelles, et pas toujours dénué d'enjeu de maîtrise sur la sexualité de la personne vulnérable) ou de manière systématique (par exemple en même temps que les jetons de machine à laver).

Encore une fois, le fonctionnement tout entier de la dynamique institutionnelle serait mobilisé, faisant de la démarche une prise en compte de la sexualité à l'échelle du site global et dans un champ pluridisciplinaire propre au secteur médico-social.

Par ailleurs, le fonctionnement par jeton permettrait aussi de réguler certains comportements problématiques qui ont pu être identifiés ou envisagés sur le site. Nous pensons particulièrement à la revente de préservatifs masculins distribués gratuitement, ou encore à la surconsommation dans des contextes de mésusage (par exemple lors de visionnage de film à caractère pornographique prêtant à l'utilisation de très nombreux préservatifs dans un but masturbatoire, et donc à des demandes redondantes et massives d'acquisition de matériel pouvant amoindrir les stocks de manière problématique).

Il permettrait enfin de limiter les risques de création ou d'entretien de contextes relationnels teintés de violence ou d'instrumentalisation (par exemple dans le cadre des personnalités pathologiques pouvant s'inscrire dans une forme de jouissance à imposer la représentation sexuelle par des demandes adressées aux personnels mal à l'aise avec cette tâche, mais aussi, à l'inverse, par l'usage inconscient du pouvoir institutionnel ou organisationnel sur des usagers dépendants pour obtenir ces équipements).

3) Calendrier de mise en place et fonctionnement

Le calendrier reste à définir, mais il nous semble qu'il ne pourra pas s'établir sans validation initiale du projet car chaque discipline sera dépendante de ses temporalités propres d'action et de décision. Cela suppose donc un « pré-calendrier » prenant la forme :

- **D'une création de commission dédiée sur le mois de mars ou d'avril 2022**, comportant des professionnels de chaque discipline, pilotés par l'expertise de la chargée de prévention en Santé Publique ;

Cette commission aurait pour but de formaliser le projet de manière définitive (incluant son calendrier de mise en place) pour proposition à la direction.

- **D'une validation du projet final par la direction lançant l'aspect opérationnel**, avec notamment les modalités de mise en sécurité sanitaire (présence de SHA à proximité, éducation thérapeutique dans l'usage et les précautions de désinfection).

4) Modalités d'évaluation

L'évaluation du projet pourrait s'étendre sur toute l'année, avec des points d'étape permettant de déterminer son succès par des variables objectives :

Pour l'approche de l'alimentation :

- Nombre de denrées « healthy » sélectionnées par les usagers, VS nombre de denrées moins favorables à la santé ;
- Rapports trimestriels du GEPI ou de tout autre comité d'usagers sur la démarche et son appropriation par les personnes accueillies ;
- Présence de cette démarche au sein des PAP, DIPC et autres formalisations de projet personnalisées.

Pour l'approche de la sexualité :

- Nombre de boîtes de matériel récupérées par les usagers ;
- Rapports trimestriels du GEPI ou de tout autre comité d'usagers sur la démarche et son appropriation par les personnes accueillies ;
- Présence de cette démarche au sein des PAP, DIPC et autres formalisations de projet personnalisées.

3.3. Activité des personnes accueillies

3.3.1. Activités et animations mises en place par l'équipe médico-sociale

3.3.1.1. Animations – Sorties extérieures

Développer l'esprit créatif de la personne, assurer son bien-être, son confort dans un cadre épanouissant et dans un environnement sécurisant, en conjuguant recherche de plaisir, respect de la personne et valorisation, en favorisant l'éveil culturel et intellectuel par la mise en place d'activités socioculturelles et sportives adaptées à leurs besoins et attentes.

- Fête de l'été du site Pierre VIVIER sur le thème de l'Espagne : plusieurs services de l'AARS participants aux festivités
- Fêtes de fin d'année interservices : Apéritifs festifs les soirs de Noël et Nouvel an, repas amical et festif le 26/12/2023. Résidents des 4 services du site Pierre VIVIER.
- 2 sorties concerts : Une au Galaxy d'Amnéville, 1 résidente. Une au Zénith de Nancy, groupe de 2 résidents.
- 2 sorties bowling : groupes de 4 résidents
- Exposition jardin éphémère de Nancy : groupe de 6 résidents
- Accompagnement à la Piscine les mercredis matin, 3 résidents.
- 2 sorties muséum aquarium : groupe de 3 résidents par sortie.
- Sortie Cosmic Jump : 1 résident.
- Sortie au Festival Luminescences d'Amnéville : groupe de 5 résidents.
- Sortie au Sentier des lanternes de Metz et repas au restaurant : groupe de 7 résidents.
- Sortie au Festival Michto à Nancy : groupe de 2 résidents.
- Accompagnement Médiation animale : 2 sorties aux écuries, groupe de 2 résidents par séance.
- Sortie au cirque Arlette Gruss : groupe de 3 résidents.
- Sortie à la Foire d'automne au parc de la Pépinière : groupe de 3 résidents.
- Plusieurs sorties au marché de Noël de Nancy : groupe de 3 résidents.
- Sortie au défilé de la Saint Nicolas : groupe de 3 résidents.
- Ateliers créatifs :
 - Création de décorations en lien avec les différentes fêtes tout au long de l'année, groupe de 6 résidents par activité.
 - Réassort en fin d'année de toutes les fournitures nécessaires au fonctionnement de la salle d'animation.
- Sorties promenades/boire un verre : groupe de 2 à 4 résidents par sortie.
- Accompagnement à Adapta'Moove tous les mardis groupe de 3 à 4 résidents.

- Restaurants : 2 sorties avec un groupe de 6 résidents, 5 sorties avec groupe de 2 résidents, 4 sorties individuelles.
- Repas thérapeutiques en cuisine Pissenlit du FAM : groupe de 2 à 3 résidents.
- Sorties Cinéma : groupe de 3 résidents par sortie.
- Collations festives interservices avec réalisation de pâtisseries par les résidents : groupe de 2 à 4 résidents en cuisine, 20 à 30 résidents de tous les services de Pierre VIVIER présents pour la collation. Les samedis et/ou dimanches.
- 2 nouveaux partenaires :
 - L'Autre Canal : accès à tous les concerts pour 4 euros
 - Mairie de Nancy : places gratuites chaque semaine pour assister aux matchs de volley, basket, handball, 3 à 6 résidents par rencontre.

3.1.1.2 Favoriser la confiance en soi, l'image de soi.

- Salon Osiris : 1 résident par séance. Plusieurs créneaux proposés chaque semaine.
- Atelier consolidation des acquis en lecture/écriture : 1 résidente. Une fois par semaine.
- Accompagnement vêture, tout au long de l'année et en fonction des saisons : accompagnement individuel.

3.1.1.3 Encourager l'exercice progressif de la citoyenneté.

- Octobre rose : participation à différentes manifestations et actions de prévention, groupe de 2 à 6 résidents par sortie.
- Remise en route du GEPI (Groupe d'Expression et de Participation Institutionnelle)
- Films avec café/débats autour d'un thème d'actualité et/ou de société: les dimanches un week-end sur 2, entre 10 et 20 résidents.
- Accompagnement projet personnalisé : conception/coordination du projet vacances de M. M à Bordeaux en juillet 2023.

3.1.1.4 Accompagnement au deuil.

- Accompagnement sur la sépulture des proches afin de permettre le recueillement : 1 résident par accompagnement, plusieurs accompagnements tout au long de l'année 2023.

3.1.1.5 Maintien des liens familiaux.

- Plusieurs résidents ont pu bénéficier de week-end en famille en coordination avec l'équipe paramédicale pour permettre la continuité des soins.
- Un résident se rend un week-end sur 2 chez son fils.

3.3.2. Suivi social individuel

Introduction

Le projet de vie de chaque résident doit faire l'objet d'un questionnement pluridisciplinaire au sein de l'équipe du Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM), accompagné par un travail coopératif des différents corps de métier ainsi que les partenaires. Les mandataires judiciaires représentent nos coopérants privilégiés. Le travail avec les autres partenaires est indispensable et se met en place en fonction des projets de vie et des objectifs d'accompagnement.

Le travail en équipe pluridisciplinaire permet à l'assistante sociale un partage de points de vue, de pratiques professionnelles afin d'analyser les situations individuelles de manière globale.

Tableau présentant les types de mesures de protection et leur nombre ainsi que les mandataires judiciaires :

Type de mesure	2023	2022
	Nombre	Nombre
Curatelle renforcée	11	12
Tutelle	18	22
Sauvegarde de protection	1	0
Personne sans protection	5	7
TOTAL	35	41

Mandataire	2023	2022
	Nombre	Nombre
UDAF	22	24
UTML	5	5
Privé	2	3
Service MJPM du CPN	0	1
Association Tutélaire des Vosges	0	1
TOTAL	29	34

Le suivi social sera illustré par deux études de cas :

- La situation d'un résident en accueil permanent ;
- La situation d'un résident en accueil temporaire (de 90 jours).

Etude de cas d'un résident en accueil permanent

- *Anamnèse*

Monsieur K. a 47 ans, il a intégré le Foyer d'Accueil Médicalisé en accueil permanent en 2021. Il a réalisé un accueil temporaire quelques mois auparavant. Il a été orienté par le Centre de Stabilisation Lemire à Nancy.

Il a des frères et sœurs avec lesquels il ne souhaite plus être en contact. Il a grandi en famille d'accueil en milieu rural. Il a connu les foyers d'hébergement depuis son enfance. Il aurait vécu en autonomie dans des logements mais en a été expulsé. Il a ensuite été accueilli chez des tiers avant de finir sans hébergement. Il a bénéficié d'un accueil de nuit pendant l'hiver 2013 avant d'être accompagné par le centre de stabilisation.

- *Evaluation de l'équipe du FAM Pierre Vivier*

Monsieur présente un état d'incurie, il refuse les soins proposés. Il souffre de troubles psychiques. Il n'est pas autonome dans la gestion de ses traitements qui lui sont distribués par les infirmiers du service. Sa chambre n'est pas entretenue, il a besoin d'un accompagnement par les professionnels.

Il n'apprécie pas rester un long moment dans un bureau ou dans un espace fermé. Il sort fréquemment de la structure, sans que nous sachions réellement comment il occupe ses journées. Il lui arrive également de déambuler dans les couloirs du service. Il est présent lors de la plupart des repas en collectivité. Le résident participe peu aux activités qui sont proposées.

- *Accompagnement social*

L'assistante sociale du service a accompagné le résident dans le renouvellement de ses droits (complémentaire santé solidaire, déclaration de ressources aux impôts et renouvellement de sa carte d'identité).

Lors de son arrivée sur le service, Monsieur souhaitait renouveler sa carte d'identité mais les démarches n'aboutissaient pas car il ne souhaitait pas acheter de timbre fiscal. Il a rencontré des difficultés avec sa banque, qui refusait de lui fournir une nouvelle carte bancaire sans CNI à jour. Cela a permis à la démarche initiale d'aboutir en 2023.

Monsieur a également été accompagné lors de ses démarches auprès de son établissement bancaire.

Plusieurs professionnels rendant compte de la vulnérabilité du résident, de ses difficultés à réaliser certaines démarches, un signalement au Procureur de la République pour majeur vulnérable a été réalisé par le chef de service et l'assistante sociale.

Etude de cas d'un accueil temporaire

L'objectif d'une prise en charge en accueil temporaire est défini avec la personne et le service demandeur. Il est souvent une période d'évaluation qui permet de mesurer la compatibilité entre la demande de la personne et l'offre de prise en charge du FAM Pierre Vivier. Il s'agit aussi de mesurer les besoins exprimés par la personne et sa capacité d'adaptation à la structure et au public accueilli.

- *Anamnèse*

Monsieur D. a 55 ans, il est né en Algérie et a la double nationalité. Il a quatre enfants d'une précédente union. Il est encore en contact avec son ex-femme et avec deux de ses enfants. Monsieur a vécu en logement autonome. Au moment de sa séparation, il a été accueilli au sein d'un Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS). En avril 2021, il intègre une résidence sociale qui travaille avec lui le projet d'intégrer un Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM).

- *Evaluation du demandeur*

Monsieur a des troubles cognitifs et des troubles mnésiques liés à de fortes consommations d'alcool. Lorsqu'il se rend dans sa famille, il se perd régulièrement dans Nancy et pouvant se mettre en danger. Il est de moins en moins autonome dans les actes de la vie quotidienne et a besoin d'un accompagnement au quotidien.

- *Proposition d'objectifs d'accompagnement*
 - Répondre aux demandes et aux besoins de Monsieur
 - Evaluer et maintenir son niveau d'autonomie

Lors de son accueil temporaire, l'assistante sociale du service a réalisé des démarches avec lui et son mandataire judiciaire (demande d'aide sociale aux frais d'hébergement, lecture et signature du contrat de séjour, renouvellement de Complémentaire Santé Solidaire, etc...).

Le résident ne fait pas de demande de lui-même, les travailleurs sociaux doivent aller à sa rencontre et lui faire des propositions. Il est resté cordial avec les autres résidents, sans chercher à échanger avec eux. Monsieur ne rencontre pas de difficultés avec la vie en collectivité et a apprécié participer à quelques sorties collectives.

Sa famille habite à proximité de la structure, ce qui a limité ses pertes de repères géographiques.

Il a besoin d'un accompagnement médico-social pour la réalisation des actes du quotidien (entretien de son espace personnel et de son linge, toilette, etc.), pour le maintien de ses droits et les démarches administratives. Il a besoin que ses traitements médicamenteux lui soient distribués quotidiennement et d'être accompagné à ses différents rendez-vous.

Il semble qu'un accueil en FAM paraît adapté à ses besoins et à sa situation.

Conclusion

Avant d'émettre des préconisations de prise en charge pour une personne, le travailleur social de suivi prendra toujours en compte la personne à travers ses contraintes, ses aspirations, sa dignité, le cadre législatif existant et les conséquences des décisions qui seront prises. Il prendra également en considération l'évaluation et l'analyse des professionnels de l'équipe médico-sociale et des partenaires.

L'accompagnement d'un résident, pour le travailleur social, s'accompagne d'échanges avec la personne, l'équipe, les mandataires judiciaires et les autres partenaires. Il envisage, avec l'ensemble de ces personnes, les décisions à prendre dans le respect de la personne concernée et, avec elle. Il est indispensable d'évoluer, avec le résident, dans un cadre relationnel et collectif.

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

La coopération avec les référents, notamment les mandataires à la protection des majeurs qui ont un rôle décisionnaire majeur, est nécessaire. En tant que Foyer d'Accueil Médicalisé, nous devons adapter notre intervention avec chaque mandataire en fonction de la singularité de chaque résident et de leur projet personnalisé, tout en prenant en compte la continuité du parcours de vie.

3.3.3. Santé publique FAM

La santé publique est la discipline qui permet de prévenir la maladie, de prolonger la vie et d'améliorer la santé des individus (physique, mentale et sociale) par le moyen d'une ou plusieurs actions individuelles ou collectives¹⁷.

Au sein de l'AARS (Association Accueil et Réinsertion Sociale), cela se traduit par l'action au quotidien des professionnels médico-sociaux en termes de soins apportés aux usagers et d'accompagnement social. La chargé(e) de prévention et promotion de la santé intervient de manière complémentaire auprès des usagers.

Cela se traduit par trois objectifs principaux au sein des services médico-sociaux (LHSS, LAM, ACT et FAM) :

- Sensibiliser les professionnels médico-sociaux et les usagers sur l'importance de la santé publique
- Réaliser des actions en prévention et promotion de la santé auprès des usagers
- Mettre en place un espace « prévention santé »

Pour l'année 2023, trois missions principales ont été demandées :

- Un volet d'action sur « l'alimentation » : tout au long de l'année prévoir des actions quotidiennes autour de l'alimentation
- De la prévention du cancer colorectal : mission demandée par l'ARS (Agence Régionale de la Santé)
- De la prévention du cancer du sein

- **Sensibiliser les professionnels médico-sociaux et les usagers sur l'importance de la santé publique :**

- Sensibiliser les professionnels médico-sociaux :

Implication des professionnels dans la conception et la réalisation des différents ateliers en prévention santé

- Sensibiliser les usagers :

Echanges dynamique entre usagers et professionnels autour de différents thèmes en santé abordés lors des ateliers.

¹⁷ [Tout savoir sur la santé publique \(infirmiers.com\)](https://www.infirmiers.com)

- **Réaliser des actions en prévention et promotion de la santé auprès des usagers**

- Voici les objectifs ressortant du diagnostic effectué en 2023 :

- Objectif Général sur l'année 2022-2023 :

- Sur l'année 2022-2023, accompagner les usagers de l'AARS pôle CHRS et Santé vers une amélioration de leur santé physique, mentale et sociale en favorisant l'autonomie.

- Objectifs Secondaires sur l'année 2022-2023 :

- Favoriser l'acquisition d'habitude alimentaire saine auprès des usagers de l'ARS pôle CHSR et Santé.

- Développer l'appropriation de comportements favorables à une bonne hygiène de vie auprès des usagers de l'AARS CHRS et Santé.

- Enrichir les connaissances des usagers sur les pratiques favorables à un sommeil de bonne qualité au sein de l'ARS pôle CHRS et Santé.

- Renforcer la pratique régulière d'activité physique auprès des usagers de l'AARS pôle médico-social.

- Permettre l'apprentissage d'attitudes favorables à une bonne hygiène corporelle auprès des usagers de l'AARS pôle CHRS et Santé.

- Lutter contre les raisonnements défavorables à la construction d'une image de soi équilibrée des usagers de l'AARS pôle CHRS et Santé.

- Encourager la réduction de consommation des substances addictives auprès des usagers de l'AARS pôle CHRS et Santé.

- Renforcer les liens sociaux entre les usagers et les professionnels de l'AARS pôle CHRS et Santé.

→ Les ateliers mis en place au sein du service FAM

Thème abordé	Nombre d'atelier réalisé	Lieu	Nombre d'usager présent	Nombre de professionnels impliqués autre que la chargée de prévention	Aspect de la santé abordé	Objectif(s)
Cancer colorectal (Mars Bleu)	1	Réfectoire LHSS	Annulé par manque de résidents	1	Santé physique (cancer colorectal) Santé sociale (temps d'interaction entre usagers et professionnels)	Améliorer les connaissances des résidents à propos du cancer colorectal
Cancer du sein (Octobre Rose)	1	Atelier Réfectoire du LHSS	3	1	Santé physique (cancer du sein)	Encourager les usagers du pôle médico-social à prendre part à la campagne de sensibilisation du cancer du sein. Favoriser la pratique d'activité physique pendant la campagne de sensibilisation du cancer du sein. Améliorer auprès des résidents les connaissances sur les symptômes, les causes et les traitements du cancer du sein.
	2	Marathon Ville de Nancy	1	1	Santé sociale (temps d'interaction entre usagers et professionnels)	

Estime de soi (socio-esthétique)	1	Salle extérieure appartenant à l'AARS	1	1	<p>Santé physique (prendre soin de soi)</p> <p>Santé sociale (temps d'interaction entre usagers et professionnels)</p> <p>Santé mentale (estime de soi)</p>	<p>Permettre l'apprentissage d'attitudes favorables à une bonne hygiène corporelle auprès des usagers de l'AARS pôle médico-social.</p> <p>Lutter contre les raisonnements défavorables à la construction d'une image de soi équilibrée des usagers des services médico-sociaux de l'AARS pôle médico-social.</p>
Vaccination	1	Réfectoire LHSS	2	Stagiaire en santé publique		Développer l'appropriation de comportements favorables à une bonne hygiène de vie auprès des usagers de l'AARS pôle médico-social.
Hydratation	1	Réfectoire LHSS	2	2	Santé physique (s'hydrater en période de canicule)	Développer l'appropriation de comportements favorables à une bonne hygiène de vie auprès des usagers de l'AARS pôle médico-social.
Ateliers roulants	1	Salle d'animation FAM	8	Stagiaire en santé publique + 2 professionnels du site	Santé sociale (temps d'interaction entre usagers et professionnels)	Renforcer les liens sociaux entre les usagers et les professionnels de l'AARS pôle médico-social.

					Santé mentale (combler l'ennui par une ou plusieurs activités)	Développer l'appropriation de comportements favorables à une bonne hygiène de vie auprès des usagers de l'AARS pôle médico-social.
Moi(s) sans tabac	1	Réfectoire LHSS	1	1	Santé physique (tabac)	<p>Développer l'appropriation de comportements favorables à une bonne hygiène de vie auprès des usagers de l'AARS pôle médico-social.</p> <p>Améliorer auprès des usagers de l'AARS pôle médico-social, les connaissances sur les conséquences des substances addictives psychoactives.</p> <p>Favoriser l'acquisition de comportements favorables à la réduction de consommation de substances addictives, chez les usagers de l'AARS pôle médico-social.</p>
Consommation de substance psychoactive (conférence spectacle)	1	Site Pierre Vivier	17	0		Encourager la réduction de consommation des substances addictives auprès des usagers de l'AARS pôle médico-social.

La mobilisation des usagers, pour la réalisation d'ateliers autour de la santé, est un défi fréquent. Certains ateliers ont été reportés ou annulés par manque d'usagers présents.

- **Mettre en place un espace « prévention santé »**

L'espace prévention santé a été aménagé.

- **Objectifs 2024 :**

- Renouveler le diagnostic santé auprès des usagers et des professionnels
- Sensibiliser les professionnels médico-sociaux et les usagers sur l'importance de la santé publique
- Réaliser des actions en prévention et promotion de la santé auprès des usagers

3.4. La formation des professionnels

Métiers	Formations	Durée (h)	Durée par métier
AES	BT EST : EXCEL 1	7	57,5
	INFIIP : Le professionnel face au deuil	14	
	CREAI : S'approprier les nomenclatures SERAFIN. Enjeux méthodologiques et correspondances avec les pratiques professionnelles (2023).	14	
	AFAR : Le Syndrome de Diogène	8,5	
	COEF CONTINU : Gestion des émotions et distance professionnelle	14	
Agent de service	COEF CONTINU : Gestion des émotions et distance professionnelle	14	14
AS	CESU 54 : AFGSU N2 initiale	21	71,5
	CREAI : S'approprier les nomenclatures SERAFIN. Enjeux méthodologiques et correspondances avec les pratiques professionnelles (2023).	14	
	COEF CONTINU : Gestion des émotions et distance professionnelle	14	
	INFIIP : Premiers Secours en santé mentale	14	
	AFAR : Le Syndrome de Diogène	8,5	
Chef de Service	ARS : Journée Régionale- Qualité et sécurité des soins	7,25	18,25
	SRA GRAND EST : Nouvelle évaluation des ESSMS : la comprendre la nouvelle et s'y préparer- Niveau 1	8	
	SRA GRAND EST/ CREAI / ARS GRAND EST : Nouveau dispositif d'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS).	3	
IDE	CESU 54 : Recyclage AFGSU N2	7	35
	CREAI : S'approprier les nomenclatures SERAFIN. Enjeux méthodologiques et correspondances avec les pratiques professionnelles (2023).	14	
	INFIIP : Premiers Secours en santé mentale	14	
IDEC	INFIIP : Le professionnel face au deuil	14	28
	INFIIP : Premiers Secours en santé mentale	14	
TS	CREAI : S'approprier les nomenclatures SERAFIN. Enjeux méthodologiques et correspondances avec les pratiques professionnelles (2023).	14	15,5
	PULSY : Via Trajectoire Handicap	1,5	
Médecin	CREAI : S'approprier les nomenclatures SERAFIN. Enjeux méthodologiques et correspondances avec les pratiques professionnelles (2023).	14	28
	FÉDÉRATION ADDICTION : Médicaments des addictions, intérêts dans l'accompagnement thérapeutique.	14	
Total en heures			267,75

4. CONCLUSION

Il est remarquable de constater que les services médicosociaux du pôle offrent un environnement adaptable aux besoins spécifiques des individus ayant précédemment vécu dans la rue. Ces personnes sont souvent confrontées à des problématiques de santé mentale, de dépendance à des substances diverses, ainsi qu'à des troubles du comportement et de la personnalité, exacerbés par leur expérience passée et leurs conditions de vie précaires.

Accompagner le projet de vie de ces usagers implique également de se tourner vers des partenaires extérieurs afin de leur offrir d'autres alternatives répondant à leurs aspirations. Il est essentiel de reconnaître que la vie en institution ou en service ne correspond pas toujours aux souhaits ou aux besoins des individus. Cette démarche nécessite une communication ouverte pour mieux comprendre les parcours et les situations des personnes accueillies, tout en évitant toute forme de stigmatisation ou de préjugés.

Le rapport d'activité du pôle met en évidence plusieurs points témoignant du succès des sorties des établissements vers une plus grande inclusion, à condition que tous les acteurs impliqués coordonnent leurs efforts dans l'intérêt des usagers. Cela implique de dépasser les représentations préconçues que nous pourrions avoir à leur égard. En résumé, il est primordial de favoriser la compréhension mutuelle, la collaboration et l'ouverture d'esprit pour accompagner au mieux ces personnes vers des solutions de vie plus adaptées à leurs besoins et à leurs aspirations.

ANNEXES

Niveau d'instruction adultes	2023				2022			
	Personnes		Nbre personnes différentes		Personnes		Nbre personnes différentes	
Sans diplômes	22	62%	22	62%	23	59%	22	58%
C.A.P.	10	29%	10	29%	10	26%	10	26%
B.E.P.	2	6%	2	6%	3	8%	3	8%
B.E.P.C.	1	3%	1	3%	2	5%	2	5%
Autres	0	0%	0	0%	1	2%	1	3%
Totaux	35	100%	35	100%	39	100%	37	100%

Ressources à l'entrée	2023	2022
	Personnes	Personnes
AAH	35	39
Totaux	35	39

Ressources des personnes sorties	2023	2022
	Personnes	Personnes
AAH	4	8
Totaux	4	8

* les personnes accueillies peuvent avoir plusieurs ressources