



## PROJET D'ETABLISSEMENT



Foyer de Langellier-Bellevue  
Immeuble Raffet n° 306  
Langellier Bellevue – Ravine Vilaine  
97200 FORT DE FRANCE  
0596 39 18 73



Foyer de Morne Pitault  
Rivière Caleçon  
Morne Pitault  
97232 LE LAMENTIN  
0596 57 08 88

# Sommaire

INTRODUCTION.....	- 3 -
HISTORIQUE.....	- 5 -
PRESENTATION DE LA POPULATION CIBLEE.....	- 5 -
LE CADRE JURIDIQUE DES MISSIONS DU FOYER DE VIE.....	- 6 -
I.    LE CADRE GENERAL.....	- 6 -
II.   FOYER DE VIE – FOYER OCCUPATIONNEL.....	- 7 -
III.  LES REFERENCES JURIDIQUES.....	- 7 -
LES OBJECTIFS GENERAUX DE LA PRISE EN CHARGE.....	- 9 -
I.    SCANDER LE TEMPS DE L'ACCOMPAGNEMENT ET DE LA VIE INSTITUTIONNELLE.....	- 9 -
I-1. La notion de temporalité sociale.....	- 9 -
I-2. De l'apprentissage à l'autonomie des résidents .....	- 9 -
I-3. Du quotidien à l'étonnement, la créativité et le plaisir :.....	- 10 -
II.   INSCRIRE LA QUALITE DE VIE COMME DYNAMIQUE .....	- 10 -
II-1. La qualité du cadre de prise en charge.....	- 10 -
II-2. La notion de projet personnalisé.....	- 12 -
III.  ORGANISER DES PASSERELLES AVEC L'ENVIRONNEMENT EXTERIEUR .....	- 12 -
III-1. L'insertion sociale et intégration des personnes .....	- 12 -
III-2. Le partenariat et le travail en réseau .....	- 12 -
III-3. La famille .....	- 13 -
LES MOYENS MIS EN OEUVRE.....	- 14 -
I.    Conditions et procédure d'admission.....	- 14 -
II.   Le dossier administratif.....	- 15 -
III.  Le suivi socio-éducatif.....	- 15 -
IV.   L'accompagnement .....	- 16 -
V.    LA VIE INSTITUTIONNELLE DES RESIDENTS.....	- 17 -
V-1. L'hébergement.....	- 17 -
V-2. Les activités .....	- 17 -
V-2.1. En interne (Sport, Loisirs et culture) .....	- 18 -
V-5. Le suivi médical.....	- 19 -
V-6. La réunion annuelle de synthèse.....	- 20 -
V-7. Les écrits.....	- 20 -
VI.   LES COMPETENCES MOBILISEES.....	- 21 -
VI-1. Le tableau des emplois .....	- 21 -
VI-2. L'organigramme fonctionnel.....	- 22 -
VI-3. Les réunions.....	- 22 -
La réunion d'équipe .....	- 22 -
Les réunions de discussion autour des pratiques professionnelles.....	- 23 -
La réunion institutionnelle .....	- 23 -
VII.  LES PERSPECTIVES DE DEVELOPPEMENT ET D'AMELIORATION.....	- 23 -
VII-1. L'évaluation des pratiques professionnelles.....	- 23 -
VII-2. Le projet d'extension et de délocalisation de l'établissement.....	- 24 -

## **PREAMBULE**

Ce document est le projet institutionnel de référence pour les différentes catégories de personnel du foyer de vie LA MYRIAM, pour nos partenaires professionnels en amont et en aval du travail de prise en charge effectué en son sein.

Un projet institutionnel est un écrit vivant. Il peut être annuellement complété après concertation avec l'équipe de salariés et présenté à chaque membre de l'Association gestionnaire.

La garantie de son application et de son respect est donnée par l'émission possible de notes de service susceptibles de rappeler certains points ou encore de l'ajuster à des besoins impératifs et à l'évolution des textes.

Le projet institutionnel doit être posé clairement, sans cesse évalué, adapté afin de répondre aux mieux à la problématique des adultes handicapés psychiques que nous hébergeons.

Il est pour chacun des professionnels de cette structure le repère, la référence, le refuge, le fondement fédérateur d'une harmonie d'actions éducatives.

**Ce document a été écrit en juin 2006.  
Première révision en 2008  
Seconde révision en 2012**

## INTRODUCTION

Dans son article 2, la loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, donne pour la première fois une définition du handicap : « *constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison de son altération substantielle, durable ou définitive, d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant* ».

Cette définition s'inspire de la CIH (Classification Internationale des Handicaps) adoptée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 1988 à la suite en particulier, des travaux de Wood<sup>2</sup>

La classification distingue trois niveaux :

- **La déficience**, qui est la perte ou l'altération d'une structure de l'organisme dont l'origine peut être multiple ; biochimique, physiologique...
- **L'incapacité**, qui est la conséquence de la déficience. Elle se manifeste par une limitation des performances et des aptitudes.
- **Le handicap ou désavantage social** se définit comme la conjonction d'un état de santé exprimé par un certain nombre de déficiences ou d'incapacités (physiques ou mentales) et l'environnement.

Nous voyons bien comment la loi n° 2005-102 en définissant le handicap comme une restriction de participation à la vie en société, le situe dans la lignée de l'OMS.

Cette loi est aussi une véritable novation puisqu'elle reconnaît la maladie mentale comme source de handicap psychique. En effet le handicap psychique regroupe les conséquences durables en termes de dépendance, des maladies mentales. C'est-à-dire qu'il s'agit du retentissement personnel et social des troubles psychiques sur les capacités d'autonomie et d'adaptation de certaines personnes. Le handicap psychique se caractérise par des difficultés pour la personne, à participer aux échanges liés à la vie sociale.

Les orientations de cette nouvelle loi, nous le verrons, nous donne le fil rouge à suivre dans l'élaboration de la prise en charge du public spécifique avec lequel nous travaillons. Le concept de Foyer de Vie prend, encore plus aujourd'hui, de sens pour fournir un étayage nécessaire à ceux dont la pensée, les sentiments ou le comportement sont suffisamment forts pour rendre leur intégration sociale problématique.

Libre à nous, en effet, de donner au dispositif la force utile pour répondre précisément aux besoins des usagers handicapés psychiques. A ce propos, je rejoindrai Marcel JAEGER qui précisait : « *l'expression "foyer de vie" insiste sur l'importance qui doit être donnée au maintien d'une dynamique collective et individuelle ; celle de "foyer occupationnel", rappelle plus une incapacité à être productif, mais renvoie aussi à la mise en place d'activités* »<sup>3</sup>. En dépit de l'inexistence d'un

---

<sup>1</sup> Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Journal officiel n°36 du 12 février 2005.

<sup>2</sup> Classification Internationale des Handicaps : du concept à l'application. Actes du colloque CTNERHI. 1988 PARIS CTNERHI, 1989, p 25-39.

<sup>3</sup> Marcel JAEGER, Guide du secteur social et médico-social. Paris, Dunod, 2004, p.143.

statut officiel, je me risquerai à préciser que le Foyer de Vie n'est pas occupationnel, c'est un lieu de vie qui offre à des personnes handicapées orientées par la Commission des Droits à l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH), non admissibles en Maison d'Accueil Spécialisée ou en Etablissement et Service d'Aide par le Travail (ESAT), des alternatives adaptées à leur besoins.

## HISTORIQUE

Le foyer de vie La Myriam voit le jour en 1986 de la volonté de parents d'adultes handicapés psychiques, désireux d'offrir à leurs enfants un lieu de vie autre que l'hospitalisation en milieu psychiatrique qui ne répondait plus aux attentes et aux besoins de ces derniers.

Une petite unité est installée à Fort-de France et ne reçoit que des personnes de sexe masculin. Cette unité de vie emménage dans des appartements du parc locatif de type HLM au lieu-dit Langellier-Bellevue du quartier Ravine-Vilaine dans la périphérie de Fort-de-France en 1989. Cette même année, une autre unité dédiée aux femmes est créée.

En 1990, un arrêté du Conseil Général de la Martinique en date du 16 mai autorise l'ouverture d'un foyer d'hébergement pour handicapés psychiques réparti sur deux sites, pour une capacité de 25 places. Il officialise l'existence des deux unités de vie ; l'une dite "Foyer des hommes", peut accueillir 15 personnes et l'autre appelée "Foyer des femmes", 10. Le premier directeur de l'établissement alors dénommé "Foyers d'hébergement" prend ses fonctions cette même année.

En 1991, l'unité de vie qui accueille les femmes est transférée dans une villa du quartier Morne-Pitault au Lamentin.

Dès lors, au fil des années et sous-tendu par l'évolution du cadre législatif, l'établissement s'est structuré et s'est doté d'une équipe de professionnels qualifiés pour assurer un encadrement et un accompagnement éducatif au public accueilli.

## Présentation de la Population ciblée

Les personnes qui sont prises en charge au sein du dispositif du foyer sont des personnes souffrant d'une affection psychiatrique grave causant une souffrance importante et constante, regroupant à la fois les troubles graves tels que les psychoses, les névroses, les troubles de la personnalité, les troubles de l'humeur, les troubles du comportement alimentaire.

Les symptômes sont variés et diffus :

- ✓ conduite associée et perturbations des relations,
- ✓ troubles de l'humeur,
- ✓ troubles cognitifs et perceptuels, hallucinations,
- ✓ altération de la perception du réel

Leur handicap est caractérisé par :

- ✓ Une fragilité psychologique, qui se manifeste par un manque de confiance en soi et une image personnelle souvent dégradée,
- ✓ Une variabilité forte se manifestant par des phases de progression et de régression,

- ✓ Des capacités intellectuelles normales, ou subnormales mais parfois diminuées par l'effet des médicaments pris,

**D'une manière générale, le foyer de vie prend en charge des personnes adultes des deux sexes âgées de 18 à 60 ans dont les conditions sociales et familiales sont déficientes, et dont les soins pour troubles psychiques ne nécessitent plus un suivi actif en milieu hospitalier.**

**Plus précisément, il peut s'agir de personnes :**

- ✓ sans lien familiaux,
- ✓ sans ressources,
- ✓ ayant des relations pathologiques avec leur famille,
- ✓ analphabètes ou illettrés,
- ✓ consommatrices non actives de produits toxiques,
- ✓ avec ou sans enfants,
- ✓ ayant des troubles ou pathologies chroniques autres que psychiatriques,
- ✓ avec ou sans prescription médicale,
- ✓ en capacité de manifester un comportement violent ou un état confusionnel

L'existence d'une pathologie cumulée à une situation de précarité et d'isolement est déterminante pour l'admission.

## **LE CADRE JURIDIQUE DES MISSIONS DU FOYER DE VIE**

### ***I. Le cadre général***

Les Foyers de Vie sont apparus en France, dans les années 1970 pour faire face aux besoins spécifiques de certaines personnes handicapées. Ils se sont développés sans qu'aucun texte légal ou réglementaire ne vienne les définir. Ils sont parfois évoqués dans certains textes ministériels comme par exemple, la circulaire n°86-6 du 14 février 1986 relative à la mise en place d'un programme expérimental d'établissements pour adultes gravement handicapés (les foyers à double tarification) qui constate dans son introduction, l'existence de foyers dits « de vie » ou « occupationnels » qui sont des foyers d'hébergement créés en l'application de l'article 168 du code de la Famille et de l'Aide Sociale dont le financement relève de l'Aide Sociale départementale.

En 1984, Monsieur le Secrétaire d'Etat aux handicapés et aux accidentés de la vie répondait à un parlementaire que les foyers de vie « *sont destinés à des personnes handicapées adultes qui ne possèdent pas une capacité suffisante pour exercer une activité professionnelle même en milieu protégé mais qui, néanmoins, ont une autonomie suffisante pour se livrer à des occupations quotidiennes* ».

Le public des foyers de vie est donc constitué de personnes qui ne correspondent pas aux critères d'admission ni des ESAT, ni des Maisons d'Accueil Spécialisé ; trop handicapées pour les uns, pas assez pour les autres. On pouvait craindre qu'avec ce type de " non-

définition " du public accueilli, les foyers de vie n'aient pour seule vocation que de combler un vide entre ces deux types d'institutions.

Les foyers de vie ont cependant acquis une légitimité au fil du temps. Leur définition et leurs missions se sont construites au gré de leurs expériences et de leurs histoires respectives. Ces établissements se sont développés sous des appellations diverses : Foyer de vie, Foyer occupationnel, Foyer d'Accueil Spécialisé, Foyer Thérapeutique... Cette multiplicité d'appellation est le reflet de la grande diversité des pratiques et des publics accueillis du fait de cette carence réglementaire.

## **II. Foyer de vie – foyer occupationnel**

Pour le sens commun, le foyer de vie est un foyer occupationnel. Ce qui est inexact car ces deux types d'établissements relèvent de dispositions réglementaires relatives aux établissements sociaux et médico-sociaux. Ils ont la particularité d'accueillir des personnes adultes dont le handicap ne permet pas ou ne permet plus d'exercer une activité professionnelle, y compris en milieu protégé. Ces personnes bénéficient cependant, d'une autonomie suffisante pour se livrer à des occupations quotidiennes : activités ludiques, éducatives, ainsi qu'une capacité à participer à une animation sociale. Elles sont par conséquent, notablement moins dépendantes que les personnes accueillies en Maison d'Accueil Spécialisé (MAS), ou en Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM).

Les foyers de vie fonctionnent en majorité en internat, tandis que les foyers occupationnels sont en principe des structures d'accueil de jour.

## **III. Les références juridiques**

- Les textes principaux :
  - ✓ La loi n°83-663 du 22 juillet 1983 complétant la loi n°83-8 du 7 janvier 1983 relative à la répartition des compétences entre les communes, les départements, les régions et l'Etat
  - ✓ La loi n° 86-17 du 6 janvier 1986 adaptant la législation sanitaire et sociale aux transferts de compétence en matière d'aide sociale et de santé, notamment son article 75 relatif à l'habilitation.
  - ✓ La loi du 2 janvier 2002 "rénovant l'action sociale et médico-sociale" modifiant la loi du 30 juin 1975 (n° 75-535) et insérée dans le Code de l'Action Sociale et des Familles.
  - ✓ La loi du 11 février 2005 dite "loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées" modifiant la loi du 30 janvier 1975 (n° 75-534).
  - ✓ La loi n° 2009-879, du 21 juillet 2009, portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite loi HPST.
  - ✓ Le code de l'action sociale et des familles tel qu'il résulte de l'ordonnance du 21 décembre 2000 et notamment les articles L.114-1 à L.114-5 relatifs aux personnes handicapées ainsi que les articles L.311-1 à L.311-9 relatifs à la mission des établissements et services médico-sociaux et aux droits des usagers, ainsi que l'article L.133-5 relatif au respect du secret professionnel.



✓ **Le code civil** et notamment son article 9 et son article 16 ainsi rédigés :

*"Chacun a droit au respect de sa vie privée. Les juges peuvent, sans préjudice de la réparation du dommage subi, prescrire toutes mesures, telles que séquestre, saisie et autres, propres à empêcher ou faire cesser une atteinte à l'intimité de la vie privée : ces mesures peuvent, s'il y a urgence, être ordonnées en référé".*

*"La loi assure la primauté de la personne, interdit toute atteinte à la dignité de celle-ci et garantit le respect de l'être humain dès le commencement de sa vie".*

- ✓ le **code pénal** et notamment ses articles 226-13 et 226-14 relatifs aux sanctions en cas de manquement au secret professionnel, ainsi que l'obligation de sa levée en cas de privations, sévices, atteintes sexuelles sur un mineur de moins de quinze ans ou sur une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique.
- ✓ le **code de procédure pénale** et notamment les dispositions relatives aux procédures pouvant résulter d'un acte de violence.
- ✓ Le **décret 83-663 du 22 juillet 1983** complétant la loi du 7 janvier 1983.
- ✓ Le **décret 95-185 du 14 février 1995** relatif à la procédure de création, de transformation et d'extension des établissements et des services sociaux et médico-sociaux.
- ✓ L'**arrêté n°900708 du 16 mai 1990** du Président du Conseil Général de la Martinique portant création d'un foyer d'hébergement de 25 places pour adultes handicapés psychiques.
- ✓ La **charte des droits et des libertés de la personne accueillie**.

• Les textes périphériques :

- ✓ la **loi du 6 janvier 1978 dit "informatique et liberté"** qui s'applique également aux fichiers nominatifs non informatisés insérant un droit d'accès et de rectification, pour l'intéressé, des données le concernant.
- ✓ la **loi du 10 juillet 1987** créant l'obligation d'emploi de 6% de travailleurs handicapés par les entreprises privées ou de confier à des établissements protégés des travaux de sous-traitance.
- ✓ La **loi du 5 mars 2007** portant réforme de la protection juridique des majeurs.
- ✓ Le **décret du 8 mars 2007** portant diverses dispositions relatives à l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico sociaux.
- ✓ Le **décret du 15 mars 2007** fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médicaux sociaux,

Inéluctablement, la notion d'hébergement s'inscrit au regard de la population avec laquelle nous travaillons et du type d'accompagnement développé, vers des suivis à long terme, voire très long terme.

Le profil des usagers bénéficiant d'un accompagnement est en effet, très variable. Ce qui ne permet pas à chacun, une évolution graduelle permettant d'accéder à une large autonomie, marche nécessaire pour l'insertion. L'un des phénomènes fondamentaux demeure aussi le rapport au temps de ces résidents, qui pour des raisons diverses (pathologie, traitements médicamenteux...), vivent hors du temps.

Les axes de travail avec les handicapés psychiques devront tenir compte de la notion de temps, car si ses personnes ont des difficultés, du moins pour la plupart, à appréhender la notion de temps, comment peuvent-elles appréhender ce que sera leur vie ?

## LES OBJECTIFS GENERAUX DE LA PRISE EN CHARGE

### ***I. Scander le temps de l'accompagnement et de la vie institutionnelle***

C'est la réaffirmation de la mise en place d'un travail d'adaptation, de réadaptation et d'insertion.

#### **I-1. La notion de temporalité sociale**

La temporalité sociale est, en quelque sorte, la pierre angulaire de l'accompagnement proposé au sein d'un collectif tel que le foyer de vie. Cette notion sociologique peut se définir comme le vécu réel du temps, c'est-à-dire les conduites temporelles, les attitudes vis à vis du temps et des représentations du temps. La temporalité sociale de notre société est particulière, liée aux contraintes, aux exigences liées à l'organisation, à la structuration de notre quotidien que nous soyons actif ou non actif.

La temporalité de l'institution doit, par conséquent, être en phase avec celle de la société en organisant les passerelles qui permettront à l'usager en perte de temporalité, d'intégrer des rythmes logiques inconnus ou oubliés du fait de l'émergence du handicap psychique.

*« Sur un plan phénoménologique, le temps vécu, l'expérience du temps se structurent à partir d'une conscience du temps, des représentations et des conceptions du temps, et à partir des grands axes du temps toujours reliés entre eux : le vécu présent : modes d'activités dans le temps, de rythme et de prise de conscience du temps, de rythmes et de prise de conscience du temps ; les formes de reconstitution du passé ; et les formes d'anticipation de l'avenir »<sup>4</sup>*

#### **I-2. De l'apprentissage à l'autonomie des résidents**

En re précisant les caractéristiques du handicap psychique, nous cernons mieux ce qui crée un "désavantage", un déficit des aptitudes sociales, un déficit dans l'expérience du plaisir, un mauvais investissement corporel. Autant de constats qui constituent de véritables freins à un processus d'apprentissage et d'accession à l'autonomie.

Cependant, l'idée qu'une grande part de notre comportement est acquise, permet de croire que l'on peut donc apprendre d'autres comportements et même parfois, désapprendre. La stimulation du résident pour qu'il prenne des responsabilités ou encore des initiatives, est essentielle afin que l'usager prenne confiance en lui pour réaliser des choses qu'il pouvait faire auparavant.

---

<sup>4</sup> Temporalités des usagers, temporalités des institutions, Nadia PANUNZI-ROGER.

La régularité et la répétition dans la vie quotidienne aident à contenir l'angoisse ou l'inquiétude. Les notions de stabilité, de régularité, de planification permettent à l'usager de s'inscrire et progresser fidèlement à un rythme bien établi et familier.

### **I-3. Du quotidien à l'étonnement, la créativité et le plaisir :**

Régulièrement, de façon hebdomadaire, il convient de proposer des espaces temps qui permettent au résident de sortir du quotidien pour connaître la fantaisie de l'étonnement et de la créativité.

Le résident doit être étonné par l'offre d'accompagnements qui lui est proposée et dont il est le destinataire unique. Le plaisir qui peut en découler, peut alimenter le désir de multiplier les expériences de vie, de s'expérimenter sur des sensations nouvelles, de s'autonomiser simplement sur des réalisations concrètes sur des participations à des groupes constitués. A ce titre, l'étonnement source de plaisir, permet à l'usager autour de la mise en place de moyens, de développer ses potentiels, de les extérioriser et d'être surpris par le résultat engendré pour soi-même et pour les autres.

C'est ainsi que celui qui est diminué par son état, en perte totale de confiance, peut imaginer et auto évaluer ses capacités et ses potentiels par le regard et la reconnaissance de l'autre.

Le plaisir, corollaire d'un étonnement ou de la création, devient donc un facteur déterminant dans un processus d'accession à l'autonomie.

## ***II. Inscrire la qualité de vie comme dynamique***

### **II-1. La qualité du cadre de prise en charge**

La qualité de l'hébergement doit être suffisamment satisfaisante pour que les adultes puissent éprouver le besoin et la nécessité de respecter un environnement humain capable de leur imposer des limites. C'est au travers de la qualité du cadre de vie que l'usager se sent considéré.

L'offre d'accompagnement s'élabore dans un cadre d'attentions constantes destinées à chacun des adultes handicapés, à chaque moment de la vie quotidienne, du lever au coucher.

L'idée forte est que, par leur qualité, l'accueil et l'hébergement proposés symbolisent de facto, une existence reconnue et légitimée du résident. Peu importe donc l'identité, les manifestations bruyantes de la maladie, l'histoire personnelle du résident ; la reconnaissance est là, manifestée de droit sans à priori, sans interprétation subjective.

La perspective de passer une partie de sa vie dans un même lieu, en collectivité dans un groupe qui va peu changer, nous conduit à nous interroger sur la qualité de cette vie. Car notre souci pour les résidents est bien qu'ils puissent passer dans cet endroit, la meilleure vie possible. Notre préoccupation pour la qualité de vie n'est pas nouvelle. Sous la forme du bien vivre, du bien-être, du bonheur, elle a un sens polysémique.

La qualité de vie se situe au point de rencontre de l'individuel et du collectif, du biologique et du social, du physique et du mental, de la nature et de la culture. Elle réintroduit la complexité humaine au cœur des enjeux de société.

La qualité de vie pourrait se définir comme l'adéquation entre aspirations et besoins personnels, et les conditions de vie. Mais elle peut aussi se définir comme l'écho au quotidien du bonheur. Michel BRIOUL définit trois pistes qui indiquent "la direction du bonheur"<sup>5</sup> :

- Le plaisir des sens

Ce mot désignant les différentes sensorialités ; goût, odorat, toucher..., la qualité du plaisir sensoriel contribue à l'épanouissement de la personne. Le mot sens désigne aussi la direction, l'orientation. Comment trouver du plaisir dans la vie si l'on ne peut se repérer à un but, des objectifs à long ou à plus court terme ?

- Créer, jouer

Le jeu permet à l'individu de se dégager de la réalité tant interne qu'externe et met en œuvre une part de rêve. Le jeu mène à l'expression créatrice, condition de l'essor de l'aptitude à être seul, c'est-à-dire de la capacité d'exister en tant que sujet.

- Communiquer

C'est grâce à la communication, aux liens, aux échanges que l'homme accède au désir et c'est par la parole que sa liberté se développe. La communication implique d'aller à la rencontre de l'autre. Cette communication n'est pas forcément verbale. Elle peut être constituée de regards, d'émotions, d'attitudes, de touchers, de mimiques...

Tout comme le bonheur est une quête, la qualité de vie est un processus. Per HOLM, cité par Pierre BRUNELLES<sup>6</sup>, la définit ainsi : « *La qualité de vie n'est pas une chose qu'on possède ou qui s'acquiert. Il s'agit non pas d'un état mais d'un processus. (...) pour mener une vie de qualité, nous devons être en mesure de façonner notre vie en fonction de nos rêves, de nos aspirations et de nos besoins. Ce n'est donc pas la qualité de vie qu'il faut définir mais les conditions permettant à chacun de se construire une existence propre* ».

En conséquence, pour assurer aux personnes handicapées une meilleure qualité de vie, il faut leur donner la possibilité d'accéder à des conditions et des modes de vie aussi proches que possibles des conditions et des modes de vie habituels.

Wolf WOLFENSBERGER en 1983, propose un nouveau concept « *la valorisation des rôles sociaux* », principe qui insiste sur l'importance d'attribuer, de créer, de soutenir, de défendre des rôles sociaux valorisés à toute personne dévalorisée ou qui risque d'être rejetée, isolée et exclue. Ce qui en terme de stratégie, se traduit par l'amélioration de l'image sociale de ces personnes pour améliorer leurs compétences.

C'est autour de ce concept que nous voulons développer la notion d'accompagnement au foyer de vie La Myriam.

---

<sup>5</sup> Michel BRIOUL, La vie quotidienne : Le bonheur et les drames. Les cahiers de l'actif n°342/343 Novembre/Décembre 2004. p21-31.

<sup>6</sup>

## **II-2. La notion de projet personnalisé**

Le projet personnalisé traduit à un niveau individuel, l'esprit et les valeurs qui fondent l'institution. Il s'appuie sur les postulats suivants :

- Les résidents, même les plus dépendants ont des ressources qu'il faut savoir mobiliser.
- Chacun possède un potentiel de progression, parfois minime, qui peut s'entrecouper de phases de régression rendant une évaluation mesurable à long terme.
- Chacun peut et doit avoir une parole sur sa vie.

Ainsi, pour ce qui nous concerne, on doit retrouver dans ce projet les éléments qui définissent la qualité de la vie. Ces éléments se déclinent autour de trois thèmes :

**Etre** : c'est chercher à élargir le champ des motivations, des compétences, des goûts de chacun. C'est aussi continuer de développer aussi bien les activités cognitives que culturelles et de loisirs. Un des objectifs de notre action est donc bien de faire découvrir à chacun ses potentialités, de les utiliser, de les développer mais aussi de les conserver.

**Appartenir** : C'est avoir des racines dans la communauté sociale, des interactions sociales. C'est acquérir le sens de sa propre utilité sociale. C'est, au sein du groupe, intégrer les règles de la vie commune, tisser des relations. C'est aussi ce qui fonde le concept d'établissement ouvert vers l'extérieur.

**Devenir** : C'est avoir la capacité de bâtir des projets, de pouvoir s'intégrer même modestement et par intermittence. Devenir, c'est pouvoir choisir d'acquérir le maximum d'autonomie. C'est aussi pouvoir changer d'orientation, passer d'un établissement à un autre qui convienne mieux, à un moment donné de la vie.

## ***III. Organiser des passerelles avec l'environnement extérieur***

### **III-1. L'insertion sociale et intégration des personnes**

La visée d'une adaptation à l'environnement social peut se décliner comme étant la recherche d'espaces qui pourront continuer le travail entrepris au sein du foyer de vie, mais aussi entrer la situation personnelle du résident dans un environnement de droit commun non protégé. Future ébauche des espaces que le résident aura sans doute à s'approprier si son orientation vers le milieu ouvert venait à être décidée.

### **III-2. Le partenariat et le travail en réseau**

La démarche de partenariat s'est généralisée dans le champ du social et s'est développé avec les politiques transversales territorialisées. Un de ses intérêts est de favoriser la cohérence dans l'action. La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale marque la volonté explicite des pouvoirs publics d'encourager le développement des réseaux en leur accordant une légitimité accrue.

Le partenariat et le travail en réseau sont complémentaires et au foyer de vie, travailler avec les partenaires institutionnels et aussi avec d'autres associations, unir nos compétences et nos ressources, s'appuyer sur nos réseaux formels et informels devient une nécessité pour garantir l'amélioration de la qualité de la prestation. Ce qui nous permet également de mieux ancrer le résident dans son environnement.

Le développement des conventions de coopération et de coordination est l'un des objectifs prioritaires de l'équipe de direction du Foyer de vie. Il doit concourir :

- ✓ A la bonne articulation des projets individualisés avec les établissements et services de prise en charge du public cible de la structure.
- ✓ A l'ouverture de la structure sur le milieu ordinaire dans la perspective d'une meilleure intégration.
- ✓ Au développement des capacités d'apprentissage et d'insertion professionnelle des personnes accueillies.
- ✓ A la coordination entre l'institution et la MDPH afin que l'établissement apporte partiellement ses compétences au sein de l'équipe pluridisciplinaire pour les dossiers ciblés de personnes handicapées psychique.

### **III-3. La famille**

La qualité de vie des usagers du foyer de vie repose sur deux piliers, leurs conditions d'existence et les conditions de travail et d'exercice professionnel des salariés. J'ajouterai un troisième pilier, la famille. Du fait de l'altération des phases de développement, en particulier le développement affectif lié au handicap, le lien entre le résident et sa famille est fort, quel que soit la nature de ce lien. Le handicap fait bien souvent perdurer un lien de dépendance entre le résident et ses parents. Aussi, la prise en compte de cette relation est incontournable car le risque de conflit d'appropriation entre les parents et les salariés est réel.

Aujourd'hui, tous les projets d'établissement mettent l'accent sur le partenariat entre famille et professionnels. Ici, le mot partenariat suppose une reconnaissance réciproque des participants, une capacité de négociation, d'écoute, une acceptation et le traitement des divergences, voire des conflits, la définition d'objectifs communs et des moyens pour y parvenir. Il implique une définition des rôles de chacun. Comme le souligne Charles GARDOU, il s'agit de *construire une relation positive à partir d'une relation obligée*<sup>7</sup>. Cette relation positive nécessite une reconnaissance mutuelle des savoirs et donc de pouvoir relativiser les siens et se placer dans la position de celui qui cherche plutôt que de celui qui sait. Elle nécessite aussi un partage des responsabilités et un abandon d'un désir de toute puissance. Cette relation doit permettre à chacun de trouver une réponse à ses propres besoins.

Les professionnels attendent des familles la reconnaissance d'un travail difficile, une confiance dans leur capacité à comprendre les besoins de leur enfant et d'y répondre. Ils souhaitent souvent que leur travail soit poursuivi " à la maison " ou du moins, qu'il n'y ait pas de contradiction.

Dans cette rencontre familles et professionnels, l'important est la place qu'elle laisse à la personne handicapée. Il est important qu'elle en soit informée. Nous savons combien la

---

<sup>7</sup> Charles GARDOU, Parents d'enfants handicapés. La handicap en visages 2. Ramonville Saint Agne : Erès, 1996. page 158

personne handicapée est sensible à la qualité de la relation entre sa famille et les professionnels. Elle a besoin de sentir une confiance réciproque entre eux. A défaut, elle pourra faire jouer les uns contre les autres, alimentant les conflits. Mais elle court surtout le risque d'intérioriser et de se considérer responsable des tensions ou des conflits qu'elle perçoit. « *La loyauté intergénérationnelle(...) lui interdit de se sentir « bon » s'il voit ses parents dévalorisés dans le regard des professionnels. L'inverse à un moindre degré peut être vrai* »<sup>8</sup>

## LES MOYENS MIS EN OEUVRE

### I. Conditions et procédure d'admission

La personne doit faire sa demande de notification pour le foyer de vie LA MYRIAM auprès de la CDAPH (Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées). Cette instance a compétence pour orienter les personnes vers notre établissement. La notification de cette commission est obligatoire pour être admis.

Lors d'un premier contact, entre le Chef de service et la personne concernée (accompagnée ou non selon sa volonté), nous présentons l'établissement et écoutons sa demande. Il s'agit d'évaluer à ce moment la pertinence du démarrage de la procédure. Un **dossier de préadmission** est remis à ce moment (ou rempli directement au cours de l'entretien).

Si la personne candidate est suivie par un médecin généraliste ou un psychiatre, nous demandons la transmission d'un rapport médical précisant la problématique médicale, ainsi que les éléments qui ont contribué à une orientation vers notre structure, le tout adressé au médecin-psychiatre coordinateur du foyer, sous pli confidentiel couvert par le secret médical.

Dès réception de l'accord écrit de la notification CDAPH pour foyer de vie, au cours d'un deuxième entretien avec le directeur et le chef de service, la personne confirmera son désir d'être accompagnée par l'équipe du Foyer LA MYRIAM à l'issue d'une journée d'immersion. C'est au cours de cette journée que le "**Livret d'Accueil**" et le "**Règlement de Fonctionnement**" lui sont remis. La "**Charte des droits et des libertés de la personne accueillie**" lui est également présentée. Il est précisé lors de cette rencontre, qu'un "**Contrat Individuel d'Accompagnement dit Contrat de séjour**" sera établi avec la personne concernée après son admission.

Une "**Commission d'Admission Interne**" composée du directeur et du chef de service statuera alors sur la demande. La date de cette réunion sera communiquée lors du deuxième entretien. Dans les 15 jours, la personne recevra par courrier simple la réponse de la commission d'admission interne.

Un rendez-vous sera pris pour concrétiser l'admission au foyer. Au cours de cet entretien, il est précisé à la personne accueillie qu'un contrat de séjour sera signé dans les 15 jours qui suivent son admission. Un travailleur social, nommé par l'équipe de direction, deviendra le référent tout au long de l'accompagnement. Il sera présenté à la personne à ce moment. Ensemble, ils rempliront le **dossier administratif de l'usager**.

---

<sup>8</sup> Elizabeth Zucman, Autour de la personne handicapée. Les enjeux de la rencontre entre familles et professionnels. Les cahiers de l'Actif. Janvier/avril 2004. N°332/335. page 173.

L'utilisateur s'il le souhaite, peut se faire accompagner lors de ces entretiens par la personne de son choix. S'il est sous protection juridique, la présence du représentant légal est obligatoire.

Le Contrat de séjour précise les différentes prestations délivrées et les engagements réciproques. Ce contrat est signé entre les représentants de l'Association et le bénéficiaire. Ce dernier peut être accompagné d'une personne de son choix et de son représentant légal, le cas échéant.

## **II. Le dossier administratif**

L'accompagnement de personnes implique la constitution d'un "Dossier Individuel". La personne concernée a un droit d'accès<sup>9</sup>. L'éducateur référent a la charge de la tenue de ce dossier.

Dans chaque dossier, se trouvent les documents suivants :

- ✓ un cahier de suivi dans lequel sont mentionnés l'anamnèse et la présentation de la situation du résident, les comptes rendus d'entretien, et les "fiches de suivi "
- ✓ un dossier de renseignements administratifs
- ✓ des bilans d'évolution et comptes rendus de réunions (synthèses...)
- ✓ le Contrat de séjour, ses Avenants et le Projet d'Accompagnement Personnalisé, datés et signés
- ✓ la copie de la notification CDAPH
- ✓ les courriers concernant l'accompagnement
- ✓ ainsi que tous les documents confiés.

Ce document pouvant contenir des informations confidentielles, il sera conservé par l'éducateur référent et ne sera lu et utilisé que par ce dernier ainsi que par l'équipe, la direction, et la personne ou son représentant légal si ces derniers en font la demande et sauf dispositions législatives contraires.

Une fiche de consultation présente dans le dossier devra être signée par toute personne extérieure souhaitant accéder au dossier individuel.

## **III. Le suivi socio-éducatif**

Le **référent** est l'interlocuteur privilégié pour la personne et pour son représentant légal. Il représente le Service mais aussi la personne accompagnée que ce soit à l'intérieur ou à l'extérieur de l'établissement. Il a la charge de l'accompagnement. Il est le personnage tiers si besoin. Il aide et conseille la personne dans ses démarches quotidiennes. Il est le garant du Projet d'Accompagnement Personnalisé. Le référent est responsable du dossier de la personne accueillie. Il réalise les divers écrits relatifs au suivi de cette dernière.

---

<sup>9</sup> Comme défini à l'article L.311-3 du Code de l'action sociale et des familles. La personne doit s'adresser à la direction pour consulter son dossier



Ce travail de "référence individuelle" signifie l'appartenance à une "entité collégiale", à une équipe pluridisciplinaire garante de la relation d'accompagnement et des projets individuels. Le travail de référence est indissociable du travail d'équipe. L'équipe est l'élément tiers dans la relation duelle d'accompagnement individualisé.

La durée de validité du Contrat de séjour est de douze mois. Il sera toutefois réinterrogé et réactualisé au bout d'une période de trois mois. Les principes et les objectifs du contrat s'appliquent indistinctement à tous les usagers demandeurs au début de l'accompagnement.

Cette période permet d'instituer une relation de confiance entre le travailleur et la personne pour que le service devienne un lieu repère pour elle. Elle permet au travailleur social de rencontrer la personne et de découvrir l'environnement dans lequel elle vit.

A la fin de cette première période, un premier bilan permet de décider ensemble de l'opportunité de poursuivre ou non l'accompagnement. Si la volonté, de part et d'autre, est de continuer l'accompagnement, un avenant au contrat initial est réalisé, si nécessaire.

Une "**Synthèse**" faite par les professionnels est présentée par le référent au cours de ce bilan. Une évaluation de la personne (document Evaluation) est faite avec elle au cours de cette réunion. Il sera alors mis en place **le Projet d'Accompagnement Personnalisé** pour les 12 mois à venir.

Le Projet d'Accompagnement Personnalisé est un document pivot, fondamental dans un accompagnement de qualité. Il est adapté aux souhaits, aux besoins et aux capacités de la personne. Il sera élaboré au terme de la période d'observation (les trois premiers mois) grâce aux éléments inscrits dans le Dossier Individuel.

Ce Projet Personnalisé est le document de travail de base de l'équipe avec l'utilisateur. C'est le travailleur social référent qui met en place le Projet Personnalisé avec le résident.

Chaque personne est unique et possède son propre passé, sa propre histoire et surtout ses propres ambitions, ses propres projets pour son avenir. Si chacun peut exiger la même prestation dans le contenu ou dans la qualité, l'accompagnement dans l'autonomie ne peut se faire qu'à travers ce Projet d'Accompagnement Personnalisé qui respectera les souhaits, les besoins et tiendra compte des capacités de la personne et des possibilités du service.

La personne accompagnée participe activement à l'élaboration de son projet personnalisé d'accompagnement. Il s'agit de Son projet. Le travail du foyer notamment du travailleur social référent, sera de l'aider à le formuler et organiser les moyens pour parvenir à la réalisation de celui-ci. La personne accompagnée est un adulte, à ce titre la participation de sa famille à son accompagnement doit se faire avec son consentement.

#### **IV. L'accompagnement**

Pour répondre au mieux, le travailleur social est amené à s'adapter à la demande, aux besoins ainsi qu'aux capacités de la personne sans oublier la réalité de son quotidien. Le projet d'accompagnement évolue et se modifie au rythme de la personne concernée. Par des

rencontres régulières<sup>10</sup> avec son référent, le résident apprend à être en confiance dans la relation et parvient ainsi à affiner ses attentes et ses besoins en matière d'accompagnement social.

Par sa présence, le travailleur social apporte un soutien moral, ce qui favorise chez la personne accompagnée une stimulation et une envie d'agir par elle-même. Le travailleur social est là pour impulser des choix, des perspectives, montrer ce qui est possible de faire mais aussi les risques encourus. En aucun cas, il ne prend de décisions à la place du résident. Il conseille et accompagne si nécessaire et si cela est possible.

Il ne peut empêcher une action que si elle est dangereuse pour la personne et/ou pour autrui, ou si elle est contraire aux règles d'éthique et de déontologie... Il fait le point avec elle une fois la démarche effectuée que le résultat soit positif ou non. Le but est de faire découvrir à la personne quelles sont ses capacités, ses limites, de pouvoir analyser le cheminement et les résultats obtenus. Ceci afin de lui permettre de trouver la solution la plus adéquate, mais aussi la plus acceptable, par rapport à une situation rencontrée.

Le travailleur social aide à prendre une décision, à faire des choix, tout en gardant une réserve nécessaire. Il sera souvent confronté au fait qu'il n'a pas la décision finale. Cela peut être à priori frustrant mais cela amène à argumentation et négociation et, avant tout, à respecter le choix de l'intéressé. Ce dernier se trouve alors valorisé, reconnu et soutenu. L'action prioritaire pour le professionnel est de connaître les capacités de la personne et de, en fonction de cela, la guider au mieux.

## ***V. La vie institutionnelle des résidents***

### **V-1. L'hébergement**

Le foyer se compose de deux unités de vie, une à Fort-de-France et l'autre, au Lamentin. Dans chacune d'elles, les résidents sont installés dans des chambres doubles. Plus précisément, ils vivent en appartements au sein de la résidence HLM de Langellier-Bellevue à Ravine Vilaine, à la périphérie de Fort-de-France et dans une villa entourée d'un jardin à Morne-Pitault, un quartier rural de la commune du Lamentin.

Le foyer du Lamentin est mixte. Cette mixité répond à une volonté de rapprocher les usagers au plus près de la réalité sociale. Celui de Langellier-Bellevue pour des raisons d'infrastructure, ne l'est pas.

### **V-2. Les activités**

Des activités leur sont proposées en interne et en externe et sont pratiquées sur des horaires préalablement définis.

L'activité peut être à dominante corporelle ou psychique, mouvement du corps et de l'esprit. Elle s'entend comme la ou les médiations qui mobilisent l'énergie et l'action chez une personne et en font un sujet vivant. Les activités deviennent alors des outils appropriés

---

<sup>10</sup> Deux rencontres par mois au minimum sont obligatoires entre le référent et l'utilisateur, dans un endroit garantissant la confidentialité des échanges.

répondant aux besoins des résidents tout en les rendant « acteurs » dans l'organisation de leur temps. Les activités s'inscrivent comme des points de repère dans le quotidien, la semaine du résident. La régularité de leur rythme matérialise une représentation structurée du temps et de l'espace.

Elles sont majoritairement inscrites dans le fonctionnement de l'établissement, mais peuvent être ouvertes vers l'extérieur, vers des prestataires de différents secteurs. Le projet d'accompagnement personnalisé a, à ce titre, ses répercussions sur les participations personnelles des résidents.

#### *V-2.1. En interne (Sport, Loisirs et culture)*

Les activités proposées sont les suivantes :

Sport : randonnées pédestres, remise en forme, sports collectifs

Jardinage, Couture, Atelier esthétique...

Sorties culturelles, sorties éducatives

#### *V-2.2. En externe*

Théâtre en collaboration avec l'EPDSM (activité en Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel - CATTP)

Activités aquatiques avec une association dédiée

Equithérapie avec des intervenants conventionnés

Activités individuelles axées sur les besoins et demandes des résidents dans des centres culturels tels le SERMAC, l'OMASS ou encore dans les CATTP de Fort-de-France, du François...

### **V-3. Les activités de réadaptation**

A côté de ces activités, d'autres dites de réadaptation sont mises en œuvre au sein de l'établissement et participent à l'appropriation ou réappropriation de l'autonomie des résidents. C'est le cas de la cuisine, la lingerie et l'entretien des lieux de vie. Ce sont des activités de réadaptation qui sont aussi à visée d'insertion sociale.

#### *V-3.1. L'atelier cuisine et service à table*

A partir du travail de restauration du groupe, l'activité cuisine se structure dans un cadre familial et propose à chacun de s'inscrire dans une démarche d'apprentissage. Outre la préparation régulière des repas, les notions d'économat et d'intendance sont abordées. Un accent tout particulier est également porté à partir de cet atelier sur les plaisirs de la table, le redécouverte du goût et le partage. Les résidents préparent les repas du matin, du midi et du soir, aidés et dirigés par l'équipe d'encadrement.

#### *V-3.2. L'entretien des lieux de vie*

En compagnie des éducateurs, les résidents entretiennent régulièrement leur chambre ainsi que leur lieu de vie. Cette activité participe à la prise de conscience des soins d'hygiène dans tous leurs aspects tout en favorisant un développement de l'esprit créatif. Elle contribue à l'embellissement du cadre de vie des résidents. L'objectif poursuivi est de stimuler, d'accompagner le résident autour de ces activités et de contrôler l'exécution du travail fait quotidiennement.

#### **V-4. Les entretiens de soutien psychothérapeutique**

Le terme de psychothérapie revêt bien des aspects. En effet, il recouvre des pratiques et des présupposés théoriques différents, sensibles au cadre de son exercice, aux problématiques avec lesquelles il est amené à officier.

Le cadre du travail psychothérapeutique, le nœud des problématiques rencontrées sont autant de difficultés que le psychothérapeute de l'institution devra discerner afin de permettre à l'usager de restaurer sa capacité de vivre, d'aimer et de travailler, c'est à dire ce qui permet de s'insérer et d'évoluer en société.

A ce titre, le psychothérapeute mène des entretiens visant à travailler sur des processus psychiques en ayant pour support une relation non contrainte entre lui-même et un patient, avec pour instrument essentiel, la parole.

Les aléas de cet exercice résident dans l'insertion de la thérapie au dispositif institutionnel car on ne peut méconnaître les effets tant négatifs que positifs que cela peut avoir. En effet, la thérapie dans le cadre institutionnel se trouve dans une position à la fois féconde et inconfortable : féconde, car la thérapie s'alimente de l'histoire du patient telle qu'elle est réactivée par la prise en charge globale, les relations interpersonnelles vécues avec les autres usagers, les professionnels, la stabilisation de l'état physique ; inconfortable, parce qu'elle s'insère dans une pratique institutionnelle plus large et que le thérapeute veille à la cohérence de son action avec l'ensemble. La psychothérapie trouve soutien dans l'action médico-socio-éducative qui s'éclaire à son tour, des avancées des psychothérapies.

Le thérapeute dispose d'un temps de travail suffisant lui permettant d'être disponible pour des temps d'entretiens avec les usagers. Cependant, il doit avoir à l'esprit qu'il n'y a pas de modèle de psychothérapie. Que chaque travail engagé, chaque patient suivi révélera dans la prise en charge, des intérêts et des avatars qu'il faudra évaluer et maîtriser pour une prise en charge de qualité. Toutefois, c'est son expérience et ses connaissances de la clinique des personnes handicapées psychiques qui lui permettront de mieux cerner cette difficulté.

En conclusion, en articulation avec le travail de prise en charge institutionnel, la prestation du psychothérapeute auprès des autres membres de l'équipe est d'éclairer ce qui résiste chez les uns et les autres, de proposer du sens à ce qui fait symptôme afin que chacun puisse percevoir ce dans quoi il s'implique et à s'entêter à interroger les liens dans ce qui fait histoire pour le sujet et pour l'institution.

#### **V-5. Le suivi médical**

Les données médicales sont transmises au médecin coordinateur référent de l'établissement et protégées par le secret médical. Afin de garantir la cohérence et la continuité du suivi médical des résidents, ceux-ci sont sollicités afin qu'ils autorisent le transfert des données médicales le concernant.

Le résident peut, par l'intermédiaire d'un médecin qu'il aura désigné, exercer un droit de rectification. Ce droit s'exerce auprès du médecin référent de l'établissement. La communication des données médicales est possible par l'intermédiaire du praticien que le résident ou son représentant légal, aura désigné. Le praticien communique au résident ou à son représentant légal, les informations médicales en un langage clair et compréhensible.

Concernant le suivi médical, l'établissement s'inscrit dans un large partenariat auprès des structures et des praticiens libéraux. Il est donc nécessaire de mettre en œuvre une organisation en termes de prise de rendez-vous auprès de ces différents partenaires. Le résident peut se déplacer seul ou bien être accompagné par un membre de l'équipe éducative du foyer afin de se rendre sur le lieu de consultation et ce, dans un souci de cohérence, de lisibilité et de compréhension de la situation médicale.

L'équipe de professionnels accompagnant le résident, garantit l'observance des traitements. Les traitements sont pris individuellement sous le contrôle du personnel encadrant. Les prises de médicaments sont consignées par écrit sur une fiche individuelle mentionnant la copie de l'ordonnance en cours, ainsi que les prises journalières de médicaments. Le personnel encadrant valide la prise en émargeant sur cette fiche.

## **V-6. La réunion annuelle de synthèse**

C'est un temps central dans la prise en charge de chaque résident. Elle se tient une fois, chaque année, pour chaque résident. Elle se déroule en présence de l'ensemble de l'équipe, du directeur, du chef de service éducatif et du médecin- psychiatre coordinateur du groupe, avec le résident, son représentant légal et les travailleurs sociaux concernés.

La synthèse commence par une présentation de la situation du résident par lui-même. Sont notamment abordés sa place dans l'institution, son évolution, son comportement en famille, ses projets de sortie. Une large discussion s'ouvre alors sur ces différents points avec, souvent, une réélaboration en commun de la place du résident dans la dynamique familiale. Éventuellement lecture peut être faite du dossier du résident, dossier qui, au foyer, peut être lu par le résident à sa demande. Cette lecture doit être accompagnée par un professionnel.

La réunion annuelle de synthèse permet l'établissement et l'aménagement du projet en présence de tous ceux qui y interviendront. C'est un temps d'échanges et de dialogues non inquisitoires, où tout peut être dit.

## **V-7. Les écrits**

Il est souhaitable aujourd'hui de normaliser nos écrits pour favoriser leur écriture mais surtout le décodage des problématiques, de leur donner une cohérence entre les prémices de la prise en charge et le moment où l'on évalue. Ecrire, c'est aussi expliciter nos choix et les moyens éducatifs ou psychologiques mis en œuvre pour donner du sens, en distinguant bien notre position de celle de l'utilisateur et de sa famille ou encore celle des partenaires.

L'anamnèse doit être établie au terme du premier mois de prise en charge. Cet écrit peut s'élaborer après un travail en réunion d'équipe par le référent dont le support sera un document de préparation schématisant la situation (Famille, environnement et enjeux, antécédents, situation matériels, problématiques...). Ce document se présente ainsi :

*Première partie : La situation globale, sa ou ses problématiques*

L'écrit doit être structuré autour d'un premier temps : Origine de la candidature ? Qui demande quoi ? Famille, corps médical, institutions spécialisées, service de tutelles...

Dans un second temps, l'acceptation par l'intéressé de la prise en charge, son investissement, qu'en dit-il ?

Dans un troisième temps, le fonctionnement intra familial, les difficultés, les points positifs.

Dans un quatrième temps, le niveau d'insertion sociale et/ou professionnel : l'intéressé a-t-il déjà travaillé ? en milieu normal, protégé..., a-t-il des projets réalisables, utopiques...

Dans un cinquième temps, le comportement du résident, les passages à l'acte, leur nature...

Enfin dans un sixième temps, les observations et les constats sur un plan médical et psychique en veillant simplement de restituer ce que le médecin coordinateur a pu dire en réunion hebdomadaire ou de synthèse.

### *Seconde partie : Les propositions de travail et d'accompagnement*

Objectifs : Le résultat ou le processus visé

Moyens : Les outils utilisés (Entretien familiaux, entretien de soutien psychothérapeutique, bilan de santé, visite chez un spécialiste....

Lorsqu'il y a des partenaires, bien mettre en évidence les avis et positions. Lorsque la famille est très présente, ne pas omettre de mettre en évidence leur attente.

Les positions de notre établissement doivent toujours être claires et engagées.

## **V-8. Le groupe d'expression**

La participation du résident à la vie de l'établissement prend la forme d'un groupe d'expression qui se réunit le lundi après-midi pour l'unité de Morne-Pitault et le jeudi après-midi pour l'unité de Langellier-Bellevue.

## **VI. Les compétences mobilisées**

### **VI-1. Le tableau des emplois**

Compte tenu des particularités de la prise en charge du handicap psychique, l'institution est bâtie sur la pluridisciplinarité des intervenants. Le travail en équipe pluridisciplinaire implique la création, l'élaboration d'un cadre de référence. La pluralité des approches est une garantie pour la qualité d'un établissement Elle doit être aussi sa force.

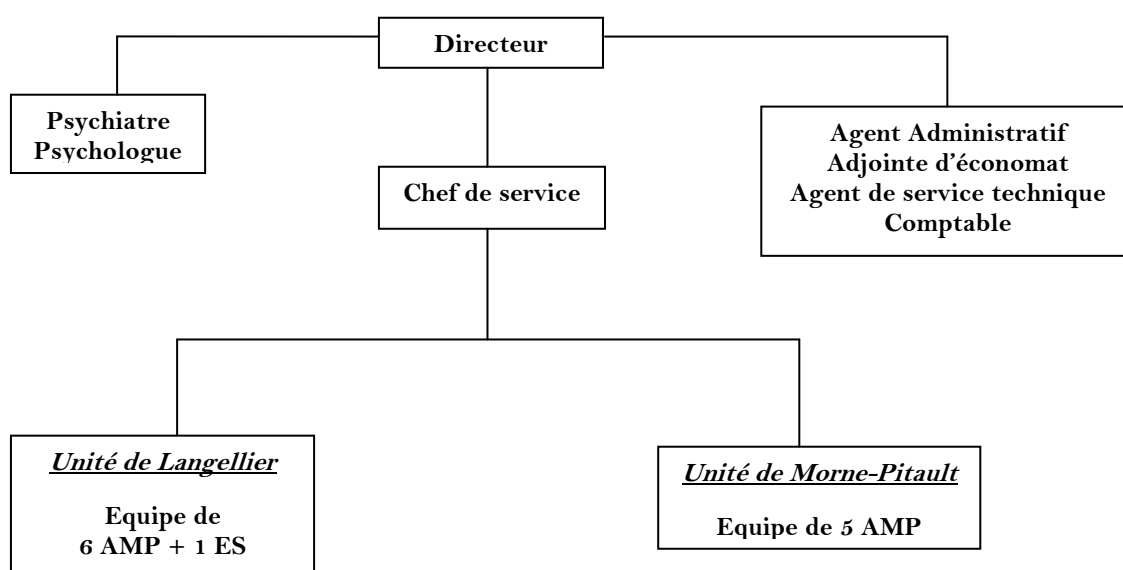
Quelle que soit sa qualification, chaque intervenant est présent pour une mission commune : assurer un accompagnement visant à répondre à des besoins – exprimés ou non – par les personnes accueillies, sur le plan matériel, physique, psychologique, et social. Une équipe pluridisciplinaire doit être une équipe acteur, au service de la population accueillie et c'est bien l'ensemble des partenaires de l'équipe qui participe à la réalisation du projet d'accompagnement personnalisé de chacun des résidents. Chacun doit pouvoir s'inscrire dans

un travail de partenariat dans lequel il est invité à partager des savoirs faire pour développer la richesse des interventions.

Au quotidien, aucune tâche n'est subalterne et un certain nombre de ces tâches sont communes : activités, repas, prise de notes pour la synthèse... Il faut répondre dans la transversalité, développer des synergies à l'interne, mais aussi à l'externe lorsqu'on travaille avec des personnes extérieures à l'institution, aller ensemble vers un même objectif : être dans la préoccupation et le bien-être du résident.

Les fonctions et responsabilités de chacun sont précisées dans les fiches de poste.

## VI-2. L'organigramme fonctionnel



## VI-3. Les réunions

### La réunion d'équipe

Les réunions de coordination ont lieu le mardi de 8h30 à 12h00 et permettent de faire le lien entre le personnel présent. Elles se tiennent par quinzaine sur chaque unité en présence du chef de service et/ou du directeur.

Elles consistent dans un premier temps, à aborder le fonctionnement de l'unité durant la quinzaine écoulée et à effectuer le tour des résidents afin de faire une synthèse de ce qui s'est vécu pour chacun (activités, vie maison, démarches, etc.). Ce temps de réunion est aussi l'occasion pendant quelques minutes, d'entamer autour d'une situation constatée ou pas, les notions de maltraitance et de bonnes pratiques professionnelles.

La seconde partie de la réunion est consacrée aux études de cas. Le psychiatre, coordonnateur technique, y participe. L'éducateur référent rend compte de ce qui s'est dit lors de l'entretien de référence et sollicite l'ensemble de l'équipe afin d'orienter son travail.

Ce qui s'est vécu de façon morcelée avec l'ensemble de l'équipe est réuni afin d'avoir une vision globale du résident dans la vie quotidienne du foyer. Des objectifs de travail personnalisés sont décidés par l'ensemble de l'équipe.

#### Les réunions de discussion autour des pratiques professionnelles

Une fois par trimestre, en dehors de la période des grandes vacances, l'équipe éducative et le psychologue se rencontrent autour des pratiques professionnelles. C'est l'occasion pour les travailleurs sociaux d'échanger sur leur vécu de situations avec les résidents ou entre eux. Ces échanges sont l'occasion pour les professionnels d'avoir un autre regard sur leurs pratiques professionnelles et les conséquences qu'elles peuvent avoir sur les personnes accueillies.

#### La réunion institutionnelle

Une réunion institutionnelle mensuelle est animée par le directeur du foyer d'hébergement. Y participent le chef de service, les travailleurs sociaux et l'équipe administrative.

Les thèmes abordés sont :

- la vie institutionnelle,
- les informations techniques à propos des établissements extérieurs, des politiques sociales et de Santé Publique,
- la possibilité d'organisation de rencontres techniques avec le responsable d'une institution extérieure pour présenter son projet institutionnel,
- la mise en place de projets d'activités, de sorties ou de transfert
- l'évaluation de l'action sociale déclinée par l'établissement,
- l'organisation et la refonte le cas échéant, du Projet d'établissement.

Elle a lieu sur le site de l'établissement ou encore à l'extérieur. C'est un temps de regroupement et de recul visant à la dynamisation de l'équipe sur le quotidien, le futur, le court terme, le long terme...

## **VII. Les perspectives de développement et d'amélioration**

### **VII-1. L'évaluation des pratiques professionnelles**

La loi prévoit d'une part, une démarche d'autoévaluation dont les résultats sont communiqués tous les 5 ans à l'autorité ayant délivrée l'autorisation, d'autre part une évaluation extérieure tous les 7 ans qui vise à garantir une certaine objectivité de l'évaluation.

La volonté d'évaluation vise un aspect essentiellement qualitatif, afin de respecter la mission donnée : elle n'a pas pour but d'estimer un report coût/efficacité, bien que nous en ayons aussi la constante préoccupation.

La démarche qualité, processus dont le but est d'obtenir un certain niveau de qualité repose donc sur un engagement stratégique personnel et professionnel quant au type d'organisation, aux procédures de travail et aux mesures de contrôle mises en place. C'est ce sur quoi s'appuie le fonctionnement de l'établissement.



Depuis le début de l'année 2012, le foyer de vie La Myriam est entré en démarche d'évaluation des pratiques professionnelles. Une pré-évaluation a été menée en fin d'année 2012. Elle a permis aux professionnels tout en valorisant des pratiques existantes, de se remettre en question en vue de s'inscrire dans une démarche d'amélioration en continu de la qualité.

C'est le cabinet "Performance Sociale" qui accompagne l'établissement dans cette démarche. Celle-ci porte sur l'ensemble des fonctions de l'établissement. Un groupe-qualité a également vu le jour au sein du Foyer de vie. Il est composé de trois salariés (un représentant pour chaque unité de vie et un représentant de l'équipe administrative).

La notion de qualité des prestations présente un réel questionnement de fond sur les pratiques, et au-delà, sur les stratégies d'action mises en place par l'établissement. Aussi, l'évaluation permet d'éviter d'éventuelles dérives et surtout de proposer l'amélioration des pratiques, le renforcement de l'efficacité d'actions engagées.

## **VII-2. Le projet d'extension et de délocalisation de l'établissement**

Afin d'offrir aux personnes accueillies de meilleures conditions de vie et d'accompagnement, un projet de restructuration visant à regrouper en un seul lieu les différents sites, a vu le jour. L'augmentation des incivilités et des actes malveillants dans le voisinage à Langellier-Bellevue ont rendu ce site insécure pour les résidents et il s'avère impératif d'en sortir alors qu'à la création de l'établissement, il répondait à un besoin d'inclure la personne handicapée psychique dans la Cité.

Compte tenu des demandes et de la liste d'attente, la capacité d'accueil a aussi augmenté. Un arrêté du Conseil Général en date du 3 mars 2009 autorise l'extension de la capacité d'accueil à 60 places (50 en hébergement au long cours et 10 en hébergement temporaire) et porte également sur la délocalisation de l'établissement. Un projet de construction est actuellement en cours.