

PROJET D'ETABLISSEMENTS DES FOYERS « LA FERRETTE » 2025-2029



513 ROUTE D'ISSIGEAC
47 330 CASTILLONNES



05.53.49.83.00
foyer.laferrette@algeei.org

SOMMAIRE

Table des matières

INTRODUCTION.....	4
Description de la démarche	4
1. Identité de l'établissement.....	5
2. Positionnement de l'établissement	6
2.1. Le projet de l'association	6
2.1.1. La mission de l'établissement	7
2.1.2. Les textes de références.....	8
2.1.3. Les autorisations	9
2.1.4. La situation géographique	9
2.2. L'histoire de l'établissement	10
2.3. Le Foyer de vie : Les personnes accompagnées et leur évolution.....	11
2.3.1. Les données statistiques (au 31/12/2024).....	11
2.3.2. Le public accueilli	12
2.3.3. Parcours et évolutions	12
2.4. Le Foyer d'Accueil Médicalisé : Les personnes accompagnées et leur évolution.....	13
2.4.1. Les données statistiques (au 31/12/2024).....	13
2.4.2. Le public accueilli	13
2.4.3. Parcours et évolutions	14
2.5. Les principes de l'intervention de l'établissement et leurs sources.....	14
2.5.1. Les sources des principes d'intervention et RBPP (Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles)	14
2.5.2. La gestion des paradoxes.....	15
2.6. La prise en compte des besoins des résidents.....	16
2.6.1. Les besoins repérés par les usagers eux-mêmes.....	16
2.6.2. Les besoins liés au vieillissement.....	17
2.6.3. Les besoins en lien avec l'affectivité et l'intimité.....	18
2.6.4. Les besoins d'accès à l'autonomie et à l'autodétermination	19
2.6.5. Les besoins liés aux soins et au prendre soin	22
2.6.6. L'évolution des besoins des personnes accompagnées	24
2.7. Les besoins spécifiques des résidents du FAM Autisme.....	25
2.7.1. Définition de l'autisme	25
2.7.2. Les objectifs de l'accompagnement.	25
2.7.3. Les apprentissages et l'inclusion sociale.	26
2.7.4. Les évaluations de fonctionnement	26
2.7.5. Les interventions à référence comportementale	26
2.7.6. La démarche de soins organisée et coordonnée	27

2.8.	Le projet personnalisé et son accompagnement	27
2.8.1.	L'admission	27
2.8.2.	Le projet personnalisé	28
2.8.3.	Le suivi du projet personnalisé.....	29
2.9.	Les modalités d'accompagnement et leur mise en œuvre	29
2.9.1.	L'expression et la participation des personnes	29
2.9.2.	Expression de la citoyenneté	32
2.9.3.	La bientraitance et la lutte contre la maltraitance.....	33
2.9.4.	La Pair-aidance.....	37
2.9.5.	Projets inclusifs et partenariats.....	39
2.9.6.	Internet et les nouvelles technologies.....	41
2.9.7.	FAM : Les modalités d'accompagnement et leur mise en œuvre	42
2.10.	L'évaluation et l'amélioration continue de la qualité du service rendu aux personnes.....	43
2.10.1.	Le dispositif de la démarche qualité.....	43
2.10.2.	Les résultats de l'évaluation externe et le plan d'amélioration de la qualité.....	44
2.10.3.	Les modalités de suivi, d'évaluation et d'actualisation du projet d'établissement.....	46
3.	Les ressources du projet	47
3.1.	Les ressources humaines	47
3.1.1.	L'organigramme	47
3.1.2.	Les compétences mobilisées	49
3.1.3.	La G.P.E.C., la G.P.E.P.P., la formation	50
3.2.	La démarche de Responsabilité Sociétale des Entreprises (RSE)	51
3.3.	Les ressources immobilières et mobilières.....	52
3.3.1.	Les locaux et leurs aménagements	52
3.3.2.	Les ressources matérielles et mobilières	53
4.	Les objectifs d'évolution et de développement.....	54
4.1.	Les axes stratégiques	54
4.2.	Synthèse des actions et fiches actions	55
	CONCLUSION	57

INTRODUCTION

Description de la démarche

La Loi de rénovation de l'action sociale et médico-sociale du 2 janvier 2002 stipule que pour chaque établissement, service social ou médicosocial, il est élaboré un projet d'établissement ou de service qui définit ses objectifs, notamment en matière :

- de coordination, de coopération,
- d'évaluation des activités et de la qualité des prestations,
- ainsi que de ses modalités d'organisation et de fonctionnement.

Ce projet d'établissement s'est inscrit dans un travail participatif associant les équipes pluridisciplinaires, les partenaires, et les familles.

Cet outil est un support de référence qui présente les orientations choisies pour les 5 années à venir, à destination des personnes des professionnels, des familles, des partenaires et des autorités, dans lequel ils pourront trouver :

- Le sens et les finalités de notre mission et de nos métiers ;
- Nos valeurs, notre identité, notre positionnement dans l'environnement, le public concerné, nos prestations, nos compétences, nos modalités d'organisation ;
- Nos orientations et perspectives pour les années à venir.

Le projet est ensuite transmis au comité de lecture associatif (composé de la Directrice Générale et de deux administrateurs). Des modifications peuvent être engagées à ce moment selon les retours obtenus. Ce même comité de lecture peut alors donner sa validation pour une présentation au Conseil d'Administration. Un dernier retour est alors fait aux personnels, au CVS, puis présenté au conseil d'administration pour avis.

Le projet est ensuite transmis aux autorités de contrôle : ARS & CD47 (Agence Régionale de Santé et Conseil Départemental du Lot-et-Garonne) par le directeur.

1. Identité de l'établissement

Désignation	Foyers « La Ferrette »
Association gestionnaire	ALGEEI
Adresse complète	513 route d'Issigeac 47330 Castillonnès
Téléphone	Tel : 05 53 49 83 00
@ mail	foyer.laferrette@algeei.org
Catégorie de l'ESSMS	Etablissement d'Accueil Non-Médicalisé (Foyer de Vie) Etablissement d'Accueil Médicalisé (Foyer d'Accueil Médicalisé)
N° SIRET	332 803 519 00 245
N°FINESS	
Autorisations, Capacité, modalités d'accueil et financement	Foyer de Vie : 470013574 (FINESS) Arrêté de création : 3 février 2000 Dernier arrêté fixant la capacité : 30 mars 2014 Compétence : CD 47 Foyer d'Accueil Médicalisé : 470013533 (FINESS) Arrêté de création : 11 février 2002 Dernier arrêté fixant la capacité : 30 mars 2014 Compétence : ARS-CD47 Période d'ouverture : 365 jours par an

2. Positionnement de l'établissement

2.1. Le projet de l'association

➤ Présentation de l'organisme gestionnaire : ALGEEI

L'Association Laïque de Gestion des Etablissements d'Education et d'Insertion (ALGEEI) est issue du secteur du privé solidaire, de nature juridique « Association loi 1901 » à but non lucratif. Son siège administratif est situé à l'AGROPOLE, à ESTILLAC.

➤ Les missions de l'ALGEEI

Dans le respect des principes de laïcité, l'ALGEEI a pour missions de promouvoir et d'assurer l'éducation, l'insertion sociale et professionnelle d'enfants et adultes en situation de handicap ou rencontrant des difficultés familiales, scolaires, sociales ou médicosociales. Elle s'est donnée pour mission d'œuvrer dans le respect de la liberté de conscience, la liberté de pensée, la liberté d'expression, afin de favoriser l'épanouissement de la personne. Cette logique se retrouve dans la charte associative.

➤ L'engagement de l'ALGEEI

Dans la ligne des valeurs fondamentales de la Ligue de l'Enseignement basées sur la laïcité, la citoyenneté et la liberté de conscience, l'Association Laïque de Gestion d'Etablissements d'Education et d'Insertion se définit comme :

Une Association

pour :

- S'unir volontairement, se dévouer réciproquement et promouvoir le partage,
- S'engager à garantir un fonctionnement et un accueil de qualité,
- S'exprimer librement dans le respect de l'autre,
- Fédérer des propositions légitimes de création et d'innovation,
- Se conformer aux statuts, expression de la volonté collective.

Laïque

pour :

- Agir en toute équité afin d'abolir toute distinction de droit pour les usagers au sein de la société,
- Avoir la liberté de jugement permettant de prendre les décisions en toute indépendance dans l'intérêt de tous,
- Se comporter en personne consciente de ses responsabilités, de ses obligations morales et humaines vis-à-vis des usagers et des institutions.

de Gestion

pour :

- Garantir la rigueur et la transparence,
- Donner les éléments nécessaires et lisibles à tous les responsables et partenaires de l'Association,
- Assurer la pérennité des activités,
- Anticiper et faire évoluer l'Association dans une dynamique optimale.

d' Etablissements

pour :

- Offrir des réponses diversifiées dans la prévention et le soin au travers du projet associatif et des projets d'établissements et services, au regard de l'évaluation des besoins des usagers,

- Initier ou renforcer un partenariat ouvert et créatif avec les différents acteurs du champ sanitaire, social et médico-social,
- Développer la qualification et la pluridisciplinarité des équipes de professionnels,
- Défendre un cadre de vie adapté dans un environnement agréable et chaleureux.

d'Éducation pour :

- Proposer dans le cadre du projet de vie, des apprentissages appropriés,
- Favoriser l'épanouissement, l'autonomie, l'acquisition des savoirs par l'instruction, et la socialisation,
- Soutenir l'utilisateur et sa famille dans le choix et le suivi des formations proposées,
- Evaluer de manière constante les acquisitions, l'efficacité et la bonne adaptation du projet.

et d'Insertion pour :

- Exiger la place citoyenne et sociale de l'utilisateur dans l'ensemble des activités de la vie de la cité,
- Revendiquer sa place dans le monde du travail,
- Être partenaire des actions engagées en sa faveur.

2.1.1. La mission de l'établissement

Conformément à ces deux agréments (Foyer de Vie & FAM), La Ferrette a pour mission d'accueillir des personnes adultes atteintes de retards mentaux d'une part et de troubles du spectre autistique (TSA) d'autre part, dans le but de favoriser leur autonomie, leur intégration et leur épanouissement.

Le lieu de vie des personnes qu'est le foyer doit proposer un environnement sécurisant, favorisant le bien-être, la participation et la qualité de vie des personnes.

Les prestations proposées visent à répondre aux objectifs suivants :

- Garantir un accueil et un accompagnement singuliers adaptés favorisant le développement et le maintien des capacités de la personne.
- Encourager la participation et l'expression des choix de la personne.
- Coconstruire le projet de la personne en associant la participation des familles ou proches et des partenaires selon le choix de la personne.
- Favoriser la réalisation de soi et l'épanouissement au travers d'activités ou actions citoyennes valorisantes favorisant la réussite.
- Favoriser le plein épanouissement des personnes accueillies par une relation stimulante, structurante et personnalisée, en étroite collaboration avec l'environnement familial des intéressés et/ou leurs représentants légaux.
- Assurer l'accès aux soins et promouvoir la santé des personnes.
- Accéder à une meilleure autonomie fonctionnelle, psychique et sociale par le biais de services de qualité au quotidien tant sur le plan de l'hébergement, de l'animation que de l'accompagnement et des soins.
- Assurer la sécurité des personnes.
- Permettre à la personne d'évoluer dans un environnement confortable et apaisant répondant aux attentes de chacun.

Cet environnement s'attache à répondre aux exigences inhérentes à l'évolution des besoins et des souhaits des personnes. Afin d'y parvenir, l'exigence d'une dynamique réflexive continue amène l'adaptation des prestations matérielles et humaines proposées aux personnes.

C'est ainsi que, le cas échéant, une nouvelle orientation vers un milieu mieux adapté peut être proposé chaque fois que cela s'avère souhaitable et opportun.

2.1.2. Les textes de références

Le Foyer de Vie et le FAM s'inscrivent dans un cadre législatif et des choix politiques nationaux. Il se déploie également dans une déclinaison locale opérée par nos instances de régulation au regard des besoins ciblés d'une population de la Nouvelle Aquitaine.

➤ La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale :

Elle place l'utilisateur au centre du dispositif et demande aux établissements de garantir aux usagers leurs 7 droits fondamentaux (art L 311-3 du CASF) :

- respect de la dignité, intégrité, vie privée, intimité, sécurité ;
- prise en charge ou accompagnement individualisé et de qualité, respectant un consentement éclairé ;
- confidentialité des données concernant l'utilisateur.

➤ La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes en situation de handicap :

Elle pose les principes de la prise en charge des personnes en situation de handicap : « *Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de la participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une 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 loi instaure les grands axes suivants :

1. Création d'un droit à la compensation, dû par la collectivité, aux personnes en situation de handicap.
2. Participation active à la vie sociale et économique ; l'accent est mis sur l'intégration en particulier scolaire, l'accessibilité du cadre bâti, et tend à favoriser l'emploi de personnes en situation de handicap.
3. Création de la MDPH, un guichet unique visant à accueillir, informer, orienter et accompagner les personnes en situation de handicap et leurs familles.

➤ La loi 2009-879 du 21 juillet 2009 appelé loi Hôpital, Patients, Santé, Territoire (HPST) :

Elle vise un décloisonnement accru des secteurs sanitaire et médico-social.

➤ La loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement :

Elle renforce et garantit les droits des personnes vieillissantes en situation de handicap.

➤ La stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neurodéveloppement (TND) 2018-2022 :

Prenant en compte l'ensemble du parcours de vie des personnes, de la toute petite enfance à l'âge adulte, cette nouvelle stratégie pour l'autisme veut remettre la science au cœur de la politique publique de l'autisme afin de tordre le cou aux idées reçues et aux stéréotypes. Le diagnostic précoce permettant de limiter les sur-handicaps est également au cœur de cette stratégie.

Cinq engagements phares sont annoncés :

- Engagement 1 : renforcer la recherche et les formations.
- Engagement 2 : mettre en place les interventions précoces prescrites par les recommandations de bonnes pratiques.
- Engagement 3 : garantir la scolarisation effective des enfants et des jeunes.
- Engagement 4 : favoriser l'inclusion des adultes.
- Engagement 5 : soutenir les familles.

Au total, ce sont 20 mesures concrètes qui sont annoncées pour mener à bien cette nouvelle stratégie autisme.

➤ Les repères territoriaux

Le projet d'établissement s'inscrit également dans les repères territoriaux et régionaux tels que les P.R.S. (Projet Régionale Santé), P.T.S.M. (Projet Territorial en Santé Mentale), Schéma départemental pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap (2023-2027).

➤ Le projet Services et Etablissements : Réforme pour une Adéquation des Financements aux Parcours des Personnes Handicapées :

SERAFIN-PH a travaillé à la mise en place de nomenclatures qui permettent de disposer d'un vocabulaire partagé pour décrire :

- Les besoins des personnes en situation de handicap : il n'existait pas de « liste » partagée des termes décrivant les besoins (ni définition commune de la notion de besoin).
- Les prestations délivrées par les ESMS en réponse à ces besoins : il n'existait pas de définition partagée permettant de décrire ce que « fait » le secteur médico-social accompagnant les personnes en situation de handicap.

Les besoins et les prestations présentés dans les nomenclatures de SERAFIN-PH font l'objet d'une identification des besoins repérés et des prestations délivrées par l'établissement, un renvoi aux nomenclatures sera fait tout au long du projet. La nomenclature SERAFIN-PH est ainsi intégrée dans l'élaboration du projet personnalisé ainsi que dans les fiches projets.

2.1.3. Les autorisations

Type d'établissement	Nombre de place	Date de l'autorisation	Remarques
Etablissement d'accueil Non Médicalisé : Foyer de vie	55 dont 1 place d'accueil temporaire	3 février 2000 30 mars 2010	4 unités distinctes
Etablissement d'Accueil Médicalisé : Foyer d'Accueil Médicalisé	12	11 février 2002 30 mars 2010	adultes atteints de troubles autistiques ou apparentés

2.1.4. La situation géographique

L'établissement est implanté à CASTILLONNES, chef-lieu de canton de 1500 habitants, au nord du département du Lot-et-Garonne. Dans cette commune se trouvent des médecins, pharmacien, dentiste, kinésithérapeutes, services de soins infirmiers, orthophoniste, pédicure-podologue, des équipements et clubs sportifs, un complexe touristique et de loisirs. Cela permet des partenariats de proximité riches et constructifs.

Ce positionnement en milieu rural, offre donc des opportunités mais aussi des contraintes. Ainsi, dans les projets d'autonomie, cela permet à certains résidents d'aller chez le coiffeur, chez le médecin, faire ses courses, dans un contexte facilitant la relation. En revanche, cette situation complique les déplacements et certaines démarches (difficultés pour aller au spectacle, acheter des vêtements, faire certaines démarches administratives...). La situation excentrée de l'établissement peut également poser des problèmes en termes de recrutements et de déplacement des personnels.

L'ensemble des bâtiments comprend une surface de 3000 m² environ, dont la Fédération des Œuvres Laïques est propriétaire. L'hébergement est construit en chambres individuelles, avec sanitaires individuels.

- Pour le Foyer de Vie, cet espace est divisé en 2 niveaux comportant chacun 4 ailes de 6 ou 7 chambres, ainsi qu'une unité « Villa » dans une maison indépendante (avec 4 chambres).
- Le Foyer d'Accueil Médicalisé bénéficie au sein de l'établissement d'un espace particulier, réparti en deux unités.

2.2. L'histoire de l'établissement

Les Foyers « LA FERRETTE » accueillent 67 usagers dans le but de favoriser leur épanouissement, le développement de leurs moyens d'autonomie et leur intégration sociale, grâce à l'accompagnement de la vie quotidienne et à des activités éducatives et thérapeutiques établies dans le cadre d'un projet de vie personnalisé. Le schéma départemental est à l'origine de l'ouverture de l'établissement, celui-ci ayant mis en exergue les besoins d'accompagnement en hébergement spécialisé sur le territoire.

Les Foyers LA FERRETTE comprennent deux services distincts à l'intérieur d'un même bâtiment :

➤ Le Foyer de Vie (E.A.N.M)

Il a été créé par arrêté du 3 février 2000 par autorisation du Président du Conseil Général de Lot-et-Garonne, pour accueillir 51 personnes adultes présentant un retard mental (dont une place d'accueil temporaire). L'ouverture au public s'est faite le 9 juillet 2001. Le foyer accueille ainsi des personnes adultes souffrant de retard mental moyen à sévère (avec ou sans troubles associés). Par arrêté du 30 mars 2010, ce foyer dispose de 4 places supplémentaires (soit 55 personnes au total).

Cette extension de capacité fait suite à un projet de réaménagement des locaux. Cela a permis de proposer à certains usagers de nouvelles modalités d'accompagnement. Il s'agit :

- d'une unité appelée « patio » accueillant 7 personnes nécessitant un rythme de vie adapté, un besoin de vivre en groupe restreint et/ou présentant une problématique liée au vieillissement ;
- d'une unité « villa » accueillant 4 personnes en « semi-autonomie ».

En 2014, de nouveaux aménagements du Foyer « classique » viennent scinder le groupe restant (44 personnes, hors patio et villa) en deux, pour un fonctionnement différent, notamment pour les matins :

De Vinci : Les résidents de ce groupe ont besoin de plus de temps pour prendre soin d'eux et de leur environnement. Ainsi, ils passent la matinée sur cette unité de vie, dès la prise du petit-déjeuner (qui se fait sur l'unité, à côté de leur chambre) et ont plus de temps pour travailler l'apprentissage des gestes de la vie quotidienne.

Soprano : Avec plus d'autonomie dans les gestes du quotidien, les résidents de ce groupe sont en activité le matin et l'après-midi, et participent plus au fonctionnement du quotidien de l'établissement, notamment au réfectoire.

De façon globale, cet aménagement permet de majorer la disponibilité des encadrants en échelonnant les contraintes à la fois entre les sous-groupes, mais aussi au sein d'un même sous-groupe.

➤ Le Foyer d'Accueil Médicalisé (E.A.M)

Il a été créé par arrêté conjoint du 11 février 2002 du Président du Conseil Général de Lot et Garonne et du Préfet de Lot et Garonne, pour accueillir 10 personnes adultes atteintes de troubles autistiques ou apparentés (dont une place d'accueil temporaire). Il a été ouvert au public le 15 octobre 2002. Une onzième (mars 2003), puis une douzième (mai 2003) place ont été ouvertes, dont une place d'accueil temporaire. Enfin, par arrêté du 30 mars 2010, la capacité du foyer d'accueil médicalisé a été portée à 12 places « classiques » (suppression de l'accueil temporaire).

En 2014, de nouveaux aménagements du FAM ont permis la mise en œuvre d'un groupe d'activité spécifique : le groupe vie quotidienne.

Les principaux objectifs sont :

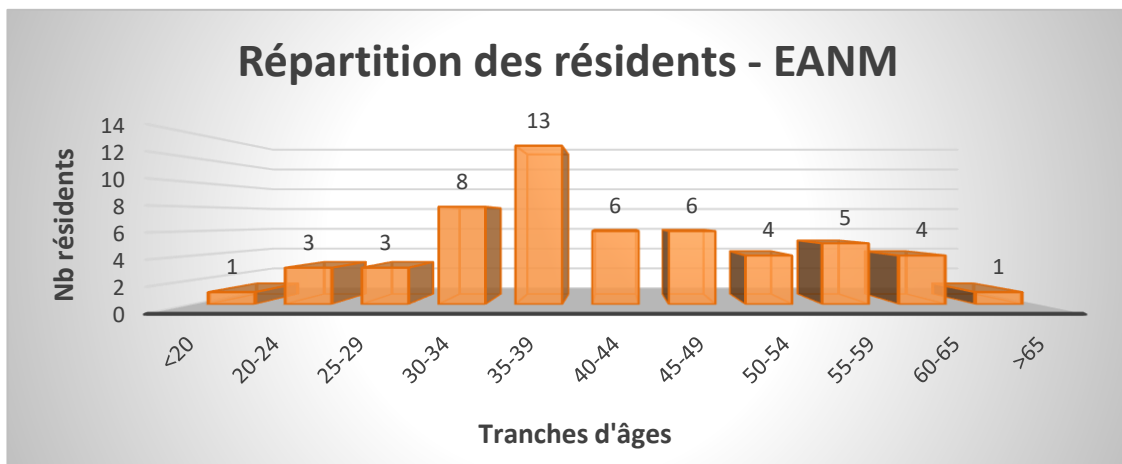
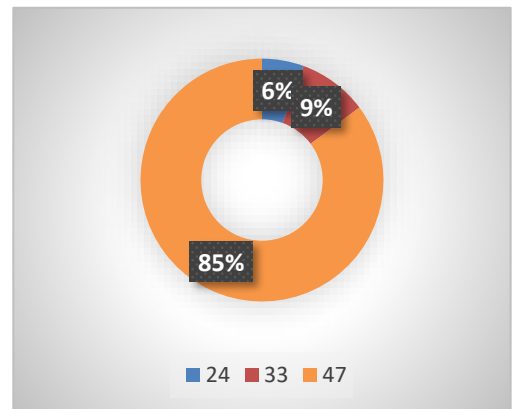
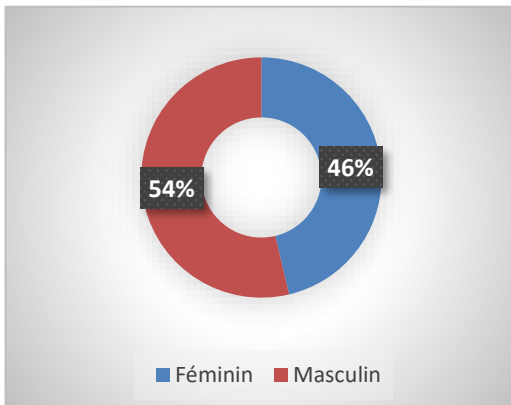
- Prendre le temps dans les gestes de la vie quotidienne sans être parasité par la « pression » du temps disponible.
- Consolider les apprentissages émergents.
- Consolider les amorces d'échange à l'intérieur du groupe et avec l'encadrant.
- Tenir compte du rythme et du niveau de chacun pour favoriser une dynamique de réussite.

2.3. Le Foyer de vie : Les personnes accompagnées et leur évolution

2.3.1. Les données statistiques (au 31/12/2024)

SEXE	
Féminin	25
Masculin	29

DEPARTEMENT D'ORIGINE	
24	3
33	5
47	46



Moyenne d'âge : 41,9 ans

La répartition par tranche d'âge est la suivante :

- 15 % ont entre 18 et 29 ans
- 38 % ont entre 30 et 39 ans
- 22 % ont entre 40 et 49 ans
- 16 % ont entre 50 et 59 ans
- 9 % ont plus de 60 ans

L'âge des personnes accueillies au foyer s'échelonne de 18 ans à 68 ans. La majorité des personnes a entre 30 et 49 ans. Elles vivent au foyer depuis plus de 15 ans. Nous accueillons également un nombre de plus en plus important de jeunes (<25 ans) en provenance d'I.M.E. (Institut Médico-Educatif).

Les axes stratégiques d'orientation du projet d'établissement doivent répondre aux attentes des personnes tenant compte des disparités des âges intégrant :

- L'intergénération
- Le vieillissement de la population
- Les besoins spécifiques liés à la nouvelle génération.

2.3.2. Le public accueilli

Le Foyer de vie accueille des personnes présentant une déficience intellectuelle moyenne à sévère, avec ou sans troubles associés (le plus souvent d'ordre psychique), conformément à son agrément. Les résidents accueillis ne nécessitent pas de suivi médical constant en théorie, et ne sont pas ou plus en capacité de travailler en milieu ordinaire ou même dans un environnement protégé.

L'admission est conditionnée à un avis favorable de la CDAPH (Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées), exprimé par une notification d'orientation vers un Foyer de vie (ou foyer occupationnel).

Le concept de déficience intellectuelle englobe en réalité une multitude de situations, caractérisées par des compétences variables dans différents domaines : rapport à l'espace et au temps, faiblesse ou absence des acquis scolaires de base, difficultés de compréhension et d'expression, niveau d'autonomie dans la vie quotidienne, capacité d'élaboration limitée... Les modalités d'accompagnement répondent donc essentiellement, à des exigences posées en termes de spécificités individuelles.

Depuis plus de dix ans, les résidents du Foyer de vie sont répartis en 4 unités de vie (patio / villa / soprano / De Vinci) qui se différencient par le rythme de vie de chaque personne accueillie, l'accompagnement de la vie quotidienne et les repères d'activités.

2.3.3. Parcours et évolutions

La durée d'accompagnement dépend des besoins, des objectifs de la personne et de ses attentes. Elle peut démarrer à la majorité et ne connaît pas de limites supérieures, mis à part le choix ou l'exigence d'autres modalités d'accompagnement. De manière générale la mobilité est faible, ce qui implique un niveau d'attente à l'entrée qui peut être conséquent. La place d'accueil temporaire permet cependant de préparer d'éventuelles admissions et de ne pas laisser sans solutions (même s'il s'agit de solutions ponctuelles) les personnes pour lesquelles l'urgence sociale est forte.

Compte-tenu des exigences légales, mais aussi de l'extrême hétérogénéité des personnes accueillies, l'individualisation de la prise en charge est un point central de la proposition d'accompagnement. Ce suivi individuel est construit avec le résident et sa famille, à partir des attentes, mais aussi à partir de l'évaluation des besoins réalisée en équipe pluridisciplinaire.

Perspectives / orientations stratégiques

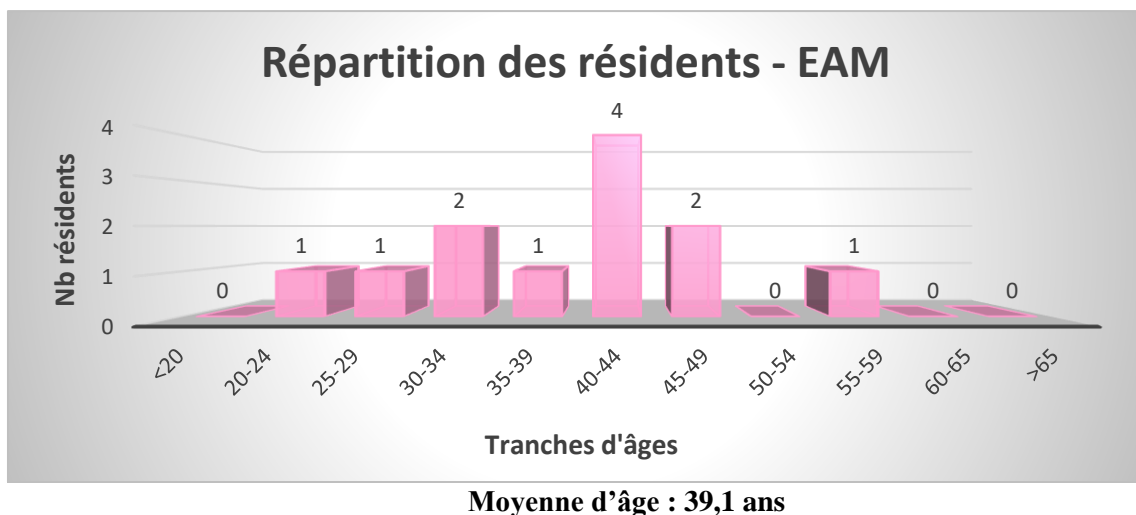
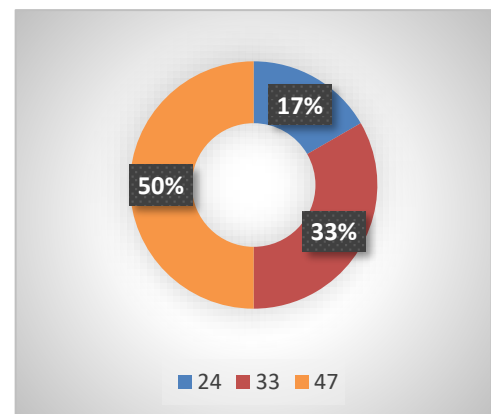
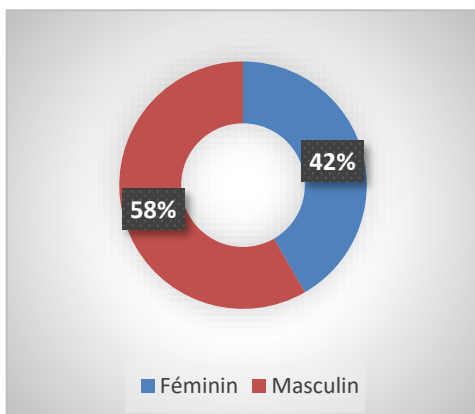
- Proposer un nouveau mode d'accompagnement pour les personnes vieillissantes : repenser les espaces et services d'hébergement, identifier les passerelles possibles avec d'autres établissements plus adaptés.
- Former les professionnels à l'accompagnement des besoins liés au vieillissement, repenser les qualifications des professionnels.

2.4. Le Foyer d'Accueil Médicalisé : Les personnes accompagnées et leur évolution

2.4.1. Les données statistiques (au 31/12/2024)

SEXE	
Féminin	5
Masculin	7

DEPARTEMENT D'ORIGINE	
24	2
33	4
47	6



2.4.2. Le public accueilli

Les usagers du FAM conformément à l'agrément du service, présentent des troubles avérés ou suspectés du spectre autistique. Certains sont directement concernés par le diagnostic d'autisme, d'autres présentent des traits autistiques inscrits dans une autre pathologie. Historiquement, le DSM IV et la CIM 10 (manuels diagnostiques de référence) utilisaient la triade autistique pour définir les « TED » (Troubles Envahissants du Développement). Il s'agissait d'un ensemble de trois symptômes caractéristiques du trouble autistique :

- Anomalies dans la communication orale et/ou non verbale ;
- Anomalies dans les interactions sociales ;
- Centres d'intérêts restreints et activités répétitives/stéréotypées.

Aujourd'hui, sur la base du DSM V, la notion de « TSA » (Troubles du Spectre Autistique) est privilégiée. On parle désormais de dyade autistique, c'est à dire :

- Altération de la communication et des interactions sociales (regroupés dans une seule catégorie) ;
- Activités répétitives et intérêts restreints.

L'expression de ces pathologies reste unique et spécifique comme le souligne les RBPP¹ (ANESM, 2009 : Pour un accompagnement de qualité des personnes avec autisme ou autres troubles envahissant du développement) : « *Il faut souligner que chaque personne est singulière et que ses caractéristiques évoluent selon les moments de sa vie* ». Au-delà des points communs entre usagers, nous privilégions donc une analyse individuelle de chaque problématique.

L'état de dépendance totale ou partielle des personnes accueillies en FAM les rend inaptes à toute activité professionnelle et nécessite l'assistance d'une tierce personne pour effectuer la plupart des actes essentiels de la vie courante ainsi qu'une surveillance médicale et des soins constants.

Il convient de préciser que la réalité des ratios d'encadrement octroyés et les locaux partagés avec le foyer de vie peuvent compromettre l'accueil des usagers les plus dépendants et/ou présentant des troubles du comportement importants.

2.4.3. Parcours et évolutions

La durée d'accompagnement dépend des besoins, des objectifs de la personne et de ses attentes. Elle peut démarrer à la majorité et ne connaît pas de limites supérieures, mis à part le choix ou l'exigence d'autres modalités d'accompagnement. De manière générale le turn-over est très faible, ce qui implique un niveau d'attente à l'entrée qui peut être conséquent.

Les spécificités liées aux troubles du spectre de l'autisme et à l'agrément de Foyer d'Accueil Médicalisé impliquent une articulation à la fois affinée et appuyée entre l'approche éducative et thérapeutique (médicale et paramédicale). Chaque registre préservant et assumant ses différences, mais devant intégrer une cohérence d'ensemble. Les priorités de travail sont guidées par les évaluations régulières.

2.5. Les principes de l'intervention de l'établissement et leurs sources

2.5.1. Les sources des principes d'intervention et RBPP (Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles)

Les recommandations de bonnes pratiques sont mises en œuvre autour de 6 axes principaux :

- Une approche individualisée : Chaque personne est unique, c'est pourquoi nous élaborons des projets d'accompagnement personnalisés en collaboration avec la personne. Ces projets tiennent compte des besoins, des intérêts et des attentes de chaque résident, et sont régulièrement réévalués pour assurer leur pertinence et leur efficacité.
- La formation du personnel : Notre équipe est composée de professionnels formés. L'équipe du FAM est formée et expérimentée dans le domaine de l'autisme. Ils bénéficient régulièrement de formations spécifiques pour actualiser leurs connaissances et leurs compétences, et sont guidés par des protocoles et des pratiques basées sur les recommandations en cours.

¹ Recommandations des Bonnes Pratiques Professionnelles

- La communication et les interactions : Nous mettons en place des stratégies de communication adaptées aux besoins de chaque résident, en utilisant des outils visuels, des pictogrammes, des supports numériques et d'autres méthodes pour favoriser la compréhension et l'expression. Nous encourageons également les interactions sociales et les activités de groupe pour promouvoir le développement des compétences sociales et relationnelles.

- Le partenariat avec les familles et les professionnels : Nous croyons en l'importance de travailler en étroite collaboration avec les familles, les tuteurs légaux et les professionnels impliqués dans la vie et le suivi des résidents. Nous favorisons une communication ouverte et transparente, et nous encourageons la participation active des familles dans le processus d'accompagnement.

- Le suivi médical et paramédical : En plus d'un accompagnement éducatif et social, nous assurons un suivi médical et paramédical régulier pour répondre aux besoins de santé spécifiques des résidents. Nous collaborons avec des professionnels de la santé spécialisés pour garantir une prise en charge globale et cohérente.

2.5.2. La gestion des paradoxes

Pour les professionnels de l'accompagnement, un enjeu permanent est la place du curseur entre la sécurité individuelle et collective et l'ambition d'autonomie qu'on a pour toute personne accompagnée. La crise sanitaire du COVID-19 a fragilisé l'équilibre dans les pratiques entre la nécessaire protection des personnes et leur autonomie.

Ce paradoxe doit être géré en mettant en balance le bénéfice escompté avec la dimension du risque. L'HAS parle de "Préserver l'équilibre entre protection et autonomie des personnes accompagnées", dans un article/appeal à contribution du 9 mai 2020 relatif à la situation créée par la COVID-19. L'urgence ne peut justifier les atteintes graves aux libertés et aux droits fondamentaux de la personne. L'exercice de ces droits fondamentaux a nécessité des adaptations et des évolutions de pratiques, abordées dans ces travaux à travers trois thématiques : la prise en compte de la parole de la personne, la co-construction des projets et décisions et le maintien des liens sociaux.

Ces enjeux majeurs sont prioritaires pour notre association gestionnaire et donc pour nos foyers. Ils sont au cœur de notre projet associatif :

Extrait du projet associatif 2023 ALGEEI

Avancer ensemble

Avec les personnes accompagnées Le virage inclusif modifie profondément le rapport entre la personne accompagnée et les services de proximité sur lesquels elle s'appuie. La personne va exercer ses droits. Son pouvoir d'agir va pouvoir s'exprimer pleinement avec ou sans l'aide d'un tiers. Le tiers peut être familial, amical ou professionnel, à temps partiel comme à temps plein, unique ou pluridisciplinaires. Le tiers doit adopter lorsqu'il est sollicité une position d'aide à la décision.

Le respect de ses choix met en capacité la personne accompagnée à construire son propre projet, à l'expérimenter, à l'éprouver, l'ajuster, reconnaissant ainsi son savoir expérientiel. En fonction de son besoin et de l'évolution de celui-ci, la personne (et/ou sa famille) peut être amenée à construire son projet avec l'aide d'une ou de compétences professionnelles. Elle peut faire le choix de s'appuyer sur des pairs comme nous le verrons par la suite.

Avec les professionnels

Les interactions entre professionnels et personnes accompagnées sont profondément modifiées. Cela a conduit à l'émergence de nouveaux métiers favorisant l'expression du libre choix des personnes accompagnées : assistant au parcours de vie, "case manager", coordinateur de parcours, référent emploi accompagné, etc. Le professionnel doit proposer une écoute attentive pour accompagner la personne dans son projet. Il n'est pas dans une position dominante mais bien celle d'un accompagnateur. Cela implique que l'institution elle-même permet cet accompagnement. Chaque professionnel va exercer son activité en interagissant avec les autres, professionnels ou non, institutionnels ou non, réunis par le projet de la personne. On passe d'une logique de place à une logique de service. Cela implique que l'institution module ses offres en fonction de la demande exprimée. La réforme de la tarification Séraphin doit être un des outils permettant cette modulation.

➤ Le cadre éthique

Afin de répondre au mieux à ces enjeux, la démarche repose aussi bien sur l'organisation pratique, que sur la réflexion éthique qui interroge le sens et la cohérence de ces démarches.

Elle peut être interrogée dans divers espaces : à travers l'analyse des pratiques, les régulations d'équipe, les formations spécifiques régulières, les groupes de travail et au sein de chacun des projets spécifiques.

L'éthique est mise en œuvre au quotidien dans le sens donné à l'action d'accompagnement de la personne, considérant l'individu dans sa singularité.

La mise en place d'un référent éthique au sein de l'établissement n'a aucun caractère exclusif, cette réflexion étant par nature transversale.

➤ L'éthique et la bientraitance

L'éthique pose la question de l'implication de chacun dans les bientraitances interindividuelles et institutionnelles. La bientraitance de l'accompagnement de la personne suppose « *une réflexion qui vise à déterminer le « bien agir » en tenant compte des contraintes relatives à des situations déterminées* ».2

La commission bientraitance qui aura pour mission de questionner nos fonctionnements, de repérer et analyser les situations de maltraitance potentielles et de rechercher tout moyen susceptible d'améliorer les bientraitances. Elle sera constituée d'usagers et de personnels.

2.6. La prise en compte des besoins des résidents

2.6.1. Les besoins repérés par les usagers eux-mêmes

Acteurs de leur vie quotidienne ainsi que de leur projet, les usagers font remonter leurs attentes et leurs souhaits par de multiples biais.

Bien évidemment, ce recueil s'effectue classiquement grâce :

- aux outils règlementaires, comme leur projet personnalisé (bilan annuel et construction du nouveau projet), des enquêtes de satisfaction régulières sur des thématiques précises, les plaintes & réclamations, le Conseil de la Vie Sociale ;
- à d'autres types de commissions : Comité de Pilotage / la commission menus trimestrielle / les groupes de parole / la commission évaluation externe / la préparation du planning annuel des activités ;
- dans le quotidien auprès des professionnels : que cela soit auprès des professionnels éducatifs, mais également, des autres services techniques (cuisine / lingerie / logistique / entretien / paramédical / administratif), des intervenants extérieurs mais aussi auprès de la direction, les usagers s'expriment facilement et régulièrement, sur leurs attentes et besoins.

Les thématiques qui se dégagent :

- Des envies « d'ailleurs » : les résidents les plus jeunes (à la fois en âge mais aussi au sein de l'établissement), ont des perspectives de vie à l'extérieur de l'établissement : travail – vie amoureuse – vie en autonomie (pas dans un grand collectif comme celui du foyer). Ces nouvelles attentes impliquent d'élargir le champ des possibles dans le projet de nos résidents et de nouer de nouveaux partenariats.
- Des espaces de moins en moins adaptés : des problématiques de déambulation quotidienne apparaissent pour un certain nombre de résidents.
- La vie en grand collectif et le sentiment d'insécurité : les difficultés de comportement présentées ponctuellement par quelques usagers, peuvent ponctuellement nuire au climat de bien-être et de sécurité que l'institution doit assurer.

² R.B.P.P. *Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médicosociaux*

- La vie intime : les frontières entre les pratiques professionnelles pour la sécurité (accès aux chambres par exemple) et l'intimité, sont des sujets régulièrement interrogés par nos résidents.
- La vie affective : « qu'est-ce que je peux faire et ne pas faire ? pourquoi et à quel moment dois-je demander l'autorisation ? ».

Perspectives / orientations stratégiques

- Nouer des partenariats forts vers des établissements du réseau interne ALGEEI et extérieurs, concernant : le travail (ESAT), le logement (Foyer de vie / CHVS / habitat inclusif ...), des établissements pour accueillir des personnes vieillissantes (FAM personnes vieillissantes / EHPAD), la promotion de la santé (planning familial / Centre de la Santé Sexuelle du département 47).
- Projet d'évolution des locaux : création du nouveau bâtiment d'activités pour le FAM / délocaliser la partie hébergement pour le FAM pour créer une petite unité indépendante / aménagement d'espaces pour les personnes vieillissantes (grande salle de bain / plus de chambres PMR).
- Création d'une commission « activités » pour préparer le planning annuel des activités, par le prisme du collectif et la parole des usagers.
- Faire monter en compétence les professionnels sur la thématique de la vie affective et sexuelle.
- Anticiper les crises et décompensation : Développer les partenariats avec le soin (CANDELIE – Equipe mobile) pour envisager des lieux de repos / répit.

2.6.2. Les besoins liés au vieillissement

La moyenne d'âge de nos usagers est pour l'instant faible (voir partie description du public). Cependant, il existe des écarts importants au sein du groupe et certains usagers ont déjà atteint 60 ans. Ils seront rejoints par un grand nombre de leurs camarades dans la décennie qui vient, alors que ces premiers approcheront les 70 ans.

Face à cela, plusieurs hypothèses ont déjà été ou seront envisagées dans les 5 prochaines années :

- Redemander et ré argumenter la médicalisation de l'unité patio (transformation en FAM), avec des moyens matériels et humains plus soutenus face à certains problèmes de santé. Ceci correspond à une fiche action déjà établie lors de la première négociation du CPOM avec l'ARS. Elle devra être reconduite, avec des paramètres qui se sont accentués et appuient la légitimité de la demande...
- Former les personnels à la question du vieillissement en lien avec le handicap. Il est aussi envisagé d'aborder les « bases » de l'accompagnement de la fin de vie.
- Poursuivre le travail sur la mobilité interservices des personnels, de façon à ouvrir ces espaces aux personnels intéressés, mais aussi permettre aux personnes présentes depuis longtemps sur ces services de s'ouvrir sur d'autres dynamiques.
- Développer les partenariats permettant d'améliorer les ressources internes et externes de prise en compte du vieillissement et de la fin de vie.

L'HAS et les RBPP évoque les retentissements du vieillissement des personnes en situation de handicap par *une diminution des capacités fonctionnelles, une aggravation des déficiences sensorielles, l'apparition de handicaps ajoutés, la survenue de maladies dégénératives, l'augmentation d'épisodes aigus, etc.* Dans le processus du vieillissement, on doit accepter de la personne une perte de capacité, de dynamisme, une plus grande fragilité.

Il est nécessaire de s'attacher à l'accompagnement **de la personne et de sa famille** au vieillissement de celle-ci, par :

- l'acceptation et la réassurance de la famille, pour préparer ensemble l'avenir ;
- l'amélioration du repérage des signes et des effets du vieillissement (qualité de sommeil, récurrence de problème buccodentaire, perte sensorielle, hospitalisations répétées) ;

- l'aménagement du temps par rapport au vieillissement et au rythme de vie de certaines personnes qui nécessitera du temps individualisé ;
- l'augmentation des rendez-vous médicaux et paramédicaux ;
- l'adaptation de l'environnement au vieillissement (lit médicalisé, douche...) et des dispositifs médicaux (matériels d'incontinence, de mobilisation...).

Il convient toutefois d'être vigilant à la mise en œuvre de ces spécificités d'accompagnement tout en respectant les conditions qui favorisent leur bien-être, de maintenir les personnes dans un processus d'intégration dans la vie sociale ordinaire et de les reconnaître en tant que personne à part entière.

➤ **Le service Patio : un besoin de vivre en groupe restreint**

Avec ses 8 places, il permet, entre autres, d'accueillir les résidents en adaptant le rythme de la vie quotidienne. Nous percevons d'ores et déjà une accentuation exponentielle des soins liés à l'âge. Nous constatons des problématiques inhérentes à celles d'un désert médical de notre secteur géographique. Cette petite unité met en exergue les modalités d'accompagnement citées précédemment.

Perspectives / orientations stratégiques

- La nécessité de repenser les lieux de vie et les rythmes de vie.
- Faire monter en compétence les professionnels sur la thématique du vieillissement.
- Développer les partenariats pour envisager d'autres orientations plus adéquates à la situation de chacun.
- Nous devons prendre en compte de nouveaux besoins quant au vieillissement des familles elles - mêmes : le besoin d'accompagner les personnes en famille pour leur rendre visite, la restitution du projet personnalisé en famille et non au sein de l'établissement.
- La question de la fin de vie est un sujet à appréhender dès à présent.

2.6.3. Les besoins en lien avec l'affectivité et l'intimité



1.3	Besoins pour la participation Sociale
1.3.3	Besoins pour l'insertion sociale et professionnelle et pour exercer ses rôles sociaux
1.3.3.4	Besoins pour la vie familiale, la parentalité, la vie affective et sexuelle

La prise en considération de la préoccupation des usagers pour leurs relations affectives nécessite de reconnaître les droits fondamentaux aux personnes porteuses de handicaps, tout en étant à même d'inscrire cette démarche dans le cadre du respect d'autrui et des termes de la loi.

Cette préoccupation simple dans ses intentions, revêt dans les faits, un caractère extrêmement complexe et spécifique (à chaque usager), tant les comportements peuvent différer. En effet, certaines personnes accompagnées peuvent rencontrer des difficultés de communication et de manque d'habileté sociale qui ont un impact sur l'établissement de relations amoureuses et sexuelles. Par exemple, la distinction entre les relations amicales, amoureuses et sexuelles est un questionnement régulier pour les résidents.

Les professionnels sont engagés dans un accompagnement à la sexualité des personnes afin de les aider à développer des relations affectives. L'équipe professionnelle accompagne chaque situation de couple dans un cadre d'un environnement bienveillant et sécuritaire.

➤ La notion de consentement

La définition en santé classifiée en besoin SERAFIN PH, dispose d'un cadre légal traduit dans la circulaire du 5 juillet 2021³, rappelant le droit à la vie affective, intime et sexuelle des personnes en situation de handicap accompagnées par un Etablissement Sanitaire Social Médico-Social. Cette circulaire permet également de prévenir les risques de violences (physiques, psychologiques et sexuelles), dont les personnes en situation de handicap peuvent faire l'objet.

Si chaque personne dispose de son libre arbitre à entretenir des relations amicales ou amoureuses et à partager des moments amicaux ou intimes avec autrui, la difficulté rencontrée dans l'accompagnement des personnes présentant une déficience intellectuelle ou des troubles du spectre autistique, réside dans l'appropriation de **la notion de consentement**.

Perspectives / orientations stratégiques

- Rendre acteur les résidents sur cette thématique et l'inscrire dans le projet personnalisé.
- S'appuyer sur des partenaires extérieurs (planning familial / Centre de Santé Sexuelle du département 47).
- Poursuivre les formations de nos professionnels.
- Mettre en place un référent vie affective.
- Introduire des nouvelles thématiques par le biais d'ateliers comme : l'utilisation des réseaux sociaux & sites internet / travail sur son corps et celui de l'autre.

2.6.4. Les besoins d'accès à l'autonomie et à l'autodétermination

L'accompagnement des personnes accueillies dans les actes apparemment simples de la vie quotidienne implique et exige de la part des équipes pluridisciplinaires des compétences appropriées. Cet accompagnement tient compte du niveau d'autonomie de chaque personne. Toutes les interventions dans la vie quotidienne préservent la vie privée, l'intimité et l'identité de la personne.

Ce sujet a d'ailleurs été choisi par les usagers eux-mêmes, pour une enquête de satisfaction (*Copil Qualité juin 2025*), avec des questions comme « J'ai le droit d'inviter qui je veux dans ma chambre ? Est-ce qu'on frappe à la porte de ma chambre avant d'entrer ? J'ai le droit de dormir avec qui je veux ? ... ».

La relation d'aide s'inscrit dans le respect et la considération. La vie quotidienne est à la fois un lieu d'apprentissage et de socialisation favorisant l'autodétermination, l'autonomie et la socialisation des personnes.

➤ Les besoins d'accès à l'autonomie et à des compétences sociales

³ CIRCULAIRE N° DGCS/SD3B/2021/147 du 5 juillet 2021 relative au respect de l'intimité, des droits sexuels et reproductifs des personnes accompagnées dans les établissements et services médico sociaux relevant du champ du handicap et de la lutte contre les violences

1.2.1	Besoins en matière d'autonomie
1.2.1.1	Besoins en lien avec l'entretien personnel
1.2.1.2	Besoins en lien avec les relations et les interactions avec autrui
1.2.1.3	Besoins pour la mobilité
1.2.1.4	Besoins pour prendre des décisions adaptées et pour la sécurité

Si l'expression de sa citoyenneté est un idéal, celui de l'autonomie désigne le chemin et les étapes à parcourir.

L'autonomie peut concerner tout simplement le pouvoir d'agir, les défis les plus complexes peuvent se nicher derrière les gestes courants de la vie quotidienne.

Au sein du foyer de vie les besoins et attentes des personnes accompagnées sont mis en perspectives afin de travailler sur les réponses à adapter.

Les interventions de soutien à l'autonomie portent non pas sur les incapacités à, mais sur **les compétences** à :

- Les compétences liées aux capacités relationnelles de la personne : communication, rapport avec ses pairs, rapport avec l'extérieur, rapport avec l'encadrement, lien avec la famille, savoir-être relationnel ;
- Les compétences liées à la gestion de la vie quotidienne : hygiène de vie et hygiène corporelle, gestion des tâches ménagères et entretien du linge, entretien de son lieu de vie, gestion de l'alimentation, gestion de sa santé, organisation et repères dans le temps et l'espace ;
- Les compétences liées à la vie sociale : les savoirs faire liés aux apprentissages, les interactions avec autrui, la capacité à se projeter, les intérêts pour la vie sociale.

Le constat, pour le foyer de vie, est que le cadre (planning d'activité / la répartition des groupes / les rythmes) combiné avec « la routine » prise par le confort du quotidien entraîne une forme d'ancrage et d'inertie. Les changements de ces habitudes sont induits par la réévaluation annuelle du projet personnalisé de la personne ou des nouvelles propositions de projet / partenariat / atelier. La multiplicité de lieu de participation et d'expression par des commissions (fête / qualité / CVS / menus) et groupes de parole, permettent de recueillir quotidiennement les souhaits des résidents et de les rendre acteur de leur lieu de vie.

Pour le FAM, des programmes d'apprentissages sont mis en place puis supervisés par un intervenant extérieur.

Afin d'améliorer ces apprentissages, le maintien de compétences, ainsi que l'accès à l'autonomie, il est nécessaire de bousculer cette routine de fonctionnement et de s'appuyer, avec la personne, sur l'évaluation des objectifs définis dans son projet personnalisé.

Perspectives / orientations stratégiques

- S'appuyer sur la nomenclature Serafin PH pour formaliser le sens des actions / prestations réalisées, pour répondre à un besoin.

Rendre plus acteur les résidents de l'entretien de l'établissement : jardin / décoration / bricolage / stage dans les services techniques.

- Repenser les temps du week-end.
- Développer le transfert de compétences, en s'appuyant sur les bases du vivre ensemble.
- Développer les partenaires extérieurs, notamment avec les ESAT, et permettre aux résidents de réaliser des essais et ainsi de valoriser leurs compétences, d'ouvrir le champ des possibles et de favoriser la pair-aidance.

➤ **Les besoins d'accès à l'autodétermination et à l'inclusion**



1.3	Besoins pour la participation sociale
1.3.1.1	Besoins pour accéder aux droits et à la citoyenneté
1.3.4.1	Besoins pour participer à la vie sociale

Une des missions des foyers est de conduire les personnes accompagnées vers une autodétermination et une autonomie croissante.

L'accompagnement proposé consiste donc à considérer autrui comme une personne unique ayant ses propres attentes, besoins, intérêts, désirs et aspirations.

Les professionnels accompagnent les personnes afin qu'elles soient toujours actrices de leur vie. L'autodétermination, doit être accompagnée tout en sécurisant les parcours. De nombreuses situations en témoignent au sein des foyers.

Inscrits au cœur du village de Castillonès, les résidents sont connus et reconnus par les villageois et les commerçants. Le partenariat avec le cinéma du village « l'activité Ciné 4 du mercredi » est un repère et une habitude pour tous. Les personnes apprécient cette inscription dans la vie citoyenne. La liberté d'aller et venir, inscrite dans le contrat de séjour, est appréciée et favorise la possibilité d'effectuer des achats, des sorties diverses, à Castillonès.

La variété des choix des activités et projets font que les personnes accompagnées choisissent, portent et se saisissent de projets intramuros (par exemple, les groupes de travail, la décoration du réfectoire, le bar d'été, une petite production agricole etc.) et extramuros (Duoday – partenariat avec une école primaire – clown en route etc.).

Perspectives / orientations stratégiques

- Poursuivre le développement des outils de communication, levier essentiel au pouvoir d'agir, afin de faciliter la prise d'initiative dans l'expression des demandes (FALC / Pictogrammes ...).
- Demander à l'ensemble des professionnels de s'appuyer sur les concepts de l'autodétermination et du pouvoir d'agir.
- Faire monter en compétence la personne et lui permettre de faire ses propres choix.
- Développer les activités « préprofessionnelles » qui peuvent être proposées en interne sur les fonctions logistiques / cuisine / entretien / lingerie.
- Introduire la notion de pair-aidance

➤ **L'autodétermination : les choix de la personnes**

Tout au long de son existence, la personne doit pouvoir **choisir** son lieu de vie, son mode de vie, et d'une fin de vie digne. Cette question est encadrée par la loi dont les dispositions en matière de souhaits sont prévues par le moyen des directives anticipées.

Ainsi, le lieu de résidence des personnes qu'est le foyer dispose des compétences en matière de coordination des acteurs du soin et reste engagé dans les actions suivantes :

- informer la personne
- recueillir l'expression de ses choix
- respecter le choix et la volonté de la personne
- développer l'accompagnement au domicile (foyer)
- solliciter et déployer les moyens humains et matériels requis
- renforcer la formation des professionnels (de santé et éducatifs)
- améliorer l'organisation du parcours de soin (parcours de soin et approche pluriprofessionnelle)
- intensifier l'effort de prise en charge de la douleur.

2.6.5. Les besoins liés aux soins et au prendre soin



1.1	Besoins en matière de santé somatique ou psychique
1.1.1	Besoins en matière de santé somatique ou psychique
1.1.1.1	Besoins en matière de fonctions mentales, psychiques, cognitives et du système nerveux
1.1.1.2	Besoins en matière de fonctions sensorielles
1.1.1.3	Besoins en matière de douleur
1.1.1.4	Besoins relatifs à la voix, à la parole et à l'appareil bucco-dentaire
1.1.1.5	Besoins en matière de fonctions cardio-vasculaire, immunitaire et respiratoire
1.1.1.6	Besoin en matière de fonctions digestive, métabolique, endocrinienne
1.1.1.7	Besoins en matière de fonctions génito-urinaires et reproductives
1.1.1.8	Besoins en matière de fonctions locomotrices
1.1.1.9	Besoins en relatifs à la peau et aux structures associées
1.1.1.10	Besoins pour entretenir et prendre soin de sa santé

➤ Santé et accessibilité aux soins

Définition du parcours de soins (selon l'HAS) : *L'amélioration de la qualité de la prise en charge clinique et thérapeutique et de l'accompagnement des malades atteints de maladies chroniques passe d'abord par de bonnes pratiques professionnelles, mais doit également s'appuyer sur la promotion de parcours de soins. Ils comprennent, pour le patient, le juste enchaînement et au bon moment de ces différentes compétences professionnelles liées directement ou indirectement aux soins : consultations, actes techniques ou biologiques, traitements médicamenteux et non médicamenteux, prise en charge des épisodes aigus (décompensation, exacerbation), autres prises en charge (médico-sociales notamment, mais aussi sociales)...*

La démarche consiste à développer une meilleure coordination des interventions professionnelles, fondées sur de bonnes pratiques, lors des phases aiguës de la maladie comme lors de l'accompagnement global du patient sur le long terme. Cette notion de parcours de soins permet ainsi de s'appuyer sur les bonnes pratiques de chaque professionnel mais aussi de développer les actions d'anticipation, de coordination et d'échanges d'informations entre tous les acteurs impliqués. Sachant que la nécessité d'une telle coordination de qualité augmente avec le nombre des professionnels concernés qui varie selon la complexité de la situation et la poly-pathologie. La démarche permet au final une meilleure intégration des différentes dimensions de la qualité des soins : pertinence, sécurité, efficacité clinique mais aussi accessibilité, continuité et « point de vue du patient ».

Le maintien en santé somatique et psychique des personnes implique la mise en œuvre de moyens tels que :

- le repérage,
- l'évaluation clinique,
- l'orientation,
- les soins,
- le suivi en post-soins.

Toutes les personnes ne disposent pas des mêmes capacités à évaluer leur douleur, la situer, la décrire ou encore à exprimer un sentiment de mal-être.

Aux foyers, une équipe pluri professionnelle composée de professionnels soignants, éducatifs et de personnels affectés à l'entretien de l'environnement, contribue à la surveillance et au repérage de tout élément d'alerte d'une santé pouvant être altérée.

La situation géographique de l'établissement ne permet pas d'avoir accès aux soins médicaux, les premiers spécialistes étant à Agen, Bordeaux voire Toulouse. Ce désert médical se ressent également au niveau du personnel médical employé dans la structure. Nous n'avons plus de médecin psychiatre salarié et une psychologue absente de longue durée, que nous n'arrivons pas à remplacer depuis plus de 2 ans. Néanmoins, nous mobilisons un réseau de professionnels de santé en libéral, qui interviennent hebdomadairement mais sur des demi-journées, au sein de l'établissement. Le psychiatre est en télémedecine environ 1h30 par semaine, le médecin généraliste intervient sur site 1h00 par semaine et une psychologue intervient une demi-journée par semaine.

Par ailleurs, le vieillissement des familles a une conséquence indirecte sur les soins avec une augmentation des suivis médicaux et rendez-vous extérieurs assurés par l'établissement, en glissement à la difficulté de certaines familles à gérer cela.

Enfin, comme évoqué à plusieurs reprises, la configuration des locaux est de moins en moins adaptée aux nouvelles problématiques de mobilité de nos résidents.

Nos pratiques ont évolué vers le développement de la prévention, du repérage et de l'accessibilité au soin. L'accessibilité prévoit :

- Le fait de comprendre ce qu'est le soin somatique, et l'appréhender sans crainte : pour cela l'équipe soignante peut communiquer avec le kit KAPASS⁴.
- Toute l'équipe pluridisciplinaire du FAM est engagée dans une démarche d'habitation aux soins auprès de nos résidents, afin de leur permettre d'appréhender les soins de manière plus sereine. L'évaluation de la douleur pour les résidents du FAM : GED-DI⁵ afin de voir si le comportement pourrait être en lien avec un trouble somatique.
- La mise en place d'une grille de fréquence du comportement problème pour voir l'efficacité d'un traitement antidouleur.
- L'accompagnement en consultation médicale ou paramédicale est réalisé par l'équipe soignante ou éducative.

Les partenaires de la promotion en santé des personnes sont :

- HANDISANTE, spécialisée dans le soin aux personnes en situation de handicap prodiguant des soins dentaires ou des soins en gynécologie.
- Le centre de santé John Bost (à la Force 24).
- Le CH Candélie et son équipe mobile.
- Le Centre de Santé Sexuelle du département du Lot-et-Garonne.
- Tous les professionnels libéraux, laboratoires, pharmacies, cabinets d'examen radiologiques, Hôpitaux et cliniques.

L'établissement se veut être très attentif aux risques de violences (verbales ou physiques) et troubles du comportement. Ces risques/événements peuvent provenir d'un état de douleur physique, psychique.

Ainsi nous nous attachons à les prévenir en étant très attentif aux signes de douleur (verbaux ou non) et en étant en capacité d'accueillir la plainte ou de détecter une douleur liée à l'environnement, comme par exemple, le bruit pour personnes autistes qui souffrent d'hyperacousie.

- **Soin thérapeutique non-médicamenteuse**

Le domaine de la santé comporte à la fois les soins thérapeutiques et les soins non thérapeutiques.

⁴ Kit KA PASS : outils d'accès aux soins somatiques, créé en 2019 par l'A.L.G.E.E.I. en partenariat avec des acteurs tels que le C.R.A., Santé BD.

⁵ Grille d'évaluation de la douleur

Ces derniers, essentiellement utilisées pour de la prévention avec des techniques de bien-être, trouvent un bon écho auprès des résidents, car elles permettent de rompre l'isolement, de prendre soin de soi et d'atténuer / prévenir les troubles de l'humeur.

Les prestations suivantes sont utilisées régulièrement en interne ou avec des partenaires extérieurs : la médiation animale (SPA, zoothérapie, chevaux, chiens, ânes...) / piscine /relaxation (balnéothérapie, écoute musicale), activité sensorielle / théâtre / médiathèque / jardin / Art thérapie / fonctions cognitives / activités physiques (gym / yoga, danse etc.) /soins à visée psycho socio-esthétique.

Zoom sur quelques activités

- La balnéothérapie : l'utilisation de l'eau comme médiateur à la relation, produit des effets de « détente et atténuation du tonus musculaire ».
- Les soins à visée psycho-socio-esthétique : Nous disposons d'un « salon de beauté » au sein de l'établissement, permettant des soins de beauté tels que soins des mains, des ongles, des cheveux. L'effet est de produire un sentiment de bien-être ou de mieux être, contribuant à établir la confiance en soi et à favoriser le lien social.
- Le sport « santé » et sport « bien-être » : Depuis 2011, la Haute Autorité en Santé reconnaît le bénéfice du sport comme « thérapeutique non médicamenteuse ». Depuis fin 2024, nous avons intégré un éducateur sportif diplômé qui réalise des cycles sportifs dans le cadre de la fédération de sport adapté, mais aussi propose des séances en petits groupe, et en individuel. Cette action a des effets préventifs pour les personnes pouvant-être plus angoissées que d'habitude.

Perspectives / orientations stratégiques

- Améliorer la procédure et les outils pour la distribution des médicaments,
- Améliorer la communication et le partage d'informations entre les différents professionnels et l'équipe paramédicale (IMAGO / temps de coordination),
- Mutualisation des outils entre FAM et foyer de vie,
- Intégrer dans chaque projet personnalisé, la dimension somatique et psychique (évaluation du projet précédent et mise en place d'objectifs soins),
- Faire du préventif sur l'éducation à la santé (hygiène, code sociaux, risques de chute, alimentation etc.).
- Poursuivre la formation sur l'évaluation de la plainte liée à une douleur, comment l'accueillir et la traiter - prise en charge et approche non médicamenteuse de la douleur.
- Item à ajouter dans le questionnaire de satisfaction annuel des personnes concernant la prise en compte de la douleur et son traitement.
- Recueil et mise à jour dans le dossier de l'utilisateur, sur les directives anticipées.
- Mise en place d'une salle Snoezelen et former des professionnels à cette approche.

2.6.6. L'évolution des besoins des personnes accompagnées

L'évolution sociétale caractérisée par la mutation des repères économiques, culturels, structurels, institutionnels et familiaux se traduit par des fragilités psychiques et sociales davantage prégnantes, complexifiant les besoins spécifiques en accompagnement.

La mixité des publics, de par leur âge et la spécificité des troubles psychiques associés, rendent nécessaire un accompagnement adapté, spécifique, le tout dans un collectif significatif.

- Une nouvelle génération de résidents : ces jeunes adultes sont nés avec le numérique et ont ainsi pour représentation le monde virtuel et la rapidité de l'information « je veux tout, tout de suite ».
- Des troubles psychiques associés : la variabilité et l'intensité de l'état psychique de ces personnes induisent un changement de discours / besoins réguliers, nécessitant d'être égayé et soutenu par des professionnels de santé (psychiatre / infirmier en pratiques avancées) de moins en moins présents.
- Le vieillissement de la population historique du foyer : pour près d'un quart des résidents du foyer de vie, ce vieillissement peut se traduire par une diminution des capacités fonctionnelles, une aggravation des déficiences sensorielles, l'apparition de handicaps ajoutés, la survenue de maladies dégénératives, l'augmentation d'épisodes aigus, etc.

L'écart de plus en plus significatif entre ces différentes problématiques, dans un contexte socio-économique compliqué, est un enjeu majeur de l'avenir de notre foyer.

2.7. Les besoins spécifiques des résidents du FAM Autisme

Le Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM) est une structure spécialisée dans l'accompagnement de 12 adultes avec autisme, présentant des troubles du spectre autistique (TSA) associés à une déficience intellectuelle modérée à sévère.

2.7.1. Définition de l'autisme

L'autisme, ou trouble du spectre de l'autisme (TSA), est un trouble neurodéveloppemental caractérisé par des altérations qualitatives dans les domaines suivants :

- La communication et les interactions sociales : difficultés à établir et maintenir des relations sociales ; altérations dans la compréhension et l'utilisation des codes sociaux, du langage verbal et non-verbal.
- Les comportements et intérêts restreints ou répétitifs : intérêts spécifiques pour certains sujets ou objets ; adhésion rigide à des routines ou rituels, mouvements stéréotypés ou répétitifs.

Ces caractéristiques sont souvent accompagnées de particularités sensorielles qui peuvent toucher tous les canaux sensoriels : tactiles, auditifs, olfactifs, visuels, proprioceptifs, vestibulaires et gustatifs (hyposensibilité ou hypersensibilité).

Tous ces signes s'expriment avec des intensités variables. La grande diversité des personnes avec TSA est aussi liée au fait que fréquemment les personnes avec autisme ont d'autres troubles ou pathologies associés (troubles du sommeil, épilepsie, X fragile, déficit intellectuel, ...).

2.7.2. Les objectifs de l'accompagnement.

L'accompagnement des personnes avec autisme doit répondre aux besoins de la personne, à ses attentes mais doit aussi être en corrélation avec les ressources et les compétences de celle-ci. Pour mieux connaître les personnes accueillies et pour, de ce fait mieux les accompagner. Des évaluations sont réalisées avec les résidents grâce à des outils standardisés.

Les interventions auprès des résidents, en cohérence avec les évaluations fonctionnelles, sont réalisées dans plusieurs domaines : communication, interactions sociales, cognitif, sensori-moteur, sensoriel, émotions et comportements, sexualité, autonomie, santé afin de promouvoir leur bien-être, leur autonomie et leur autodétermination.

L'accompagnement doit être individualisé, adapté aux particularités de chaque personne et régulièrement réévalué en fonction de l'évolution de cette dernière.

2.7.3. Les apprentissages et l'inclusion sociale.

Des séances d'apprentissage sont organisées régulièrement au sein du FAM. Ces dernières peuvent avoir par exemple, pour objectif l'apprentissage de certaines compétences nécessaires à des situations sociales. Ainsi l'ouverture sur des activités avec le Foyer de Vie mais aussi sur l'extérieur ou avec des partenaires (tel que l'IME de l'association) permet d'éviter l'entre soi et de répondre de manière concrète au besoin d'inclusion.

2.7.4. Les évaluations de fonctionnement

Afin d'accompagner au mieux les personnes avec autisme, il est essentiel d'évaluer leurs compétences et leurs particularités dans plusieurs domaines, cela est la base des différentes interventions proposées. Au sein du Foyer d'accueil médicalisé, nous utilisons différentes évaluations pluridisciplinaires qui se basent sur une observation clinique structurée et l'utilisation d'outils d'évaluation standardisés.

- CARS (Childhood Autism Rating Scale : échelle de sévérité de l'autisme)

Il permet de diagnostiquer l'autisme et d'en évaluer la sévérité. Il est basé sur 15 domaines différents liés aux comportements typiques des TSA, tels que : les relations sociales, la communication verbale et non verbale, les comportements stéréotypés, les réactions sensorielles et l'adaptation au changement. C'est un outil simple et rapide basé sur l'observation clinique.

- VINELAND (échelle des compétences adaptatives d'une personne)

Cet outil permet d'évaluer les comportements adaptatifs. Ces comportements sont les compétences pratiques nécessaires pour s'adapter à l'environnement et répondre aux exigences de la vie quotidienne. Il permet d'identifier les forces et les faiblesses dans différents domaines de la vie quotidienne.

Ce test mesure plusieurs domaines clés des comportements adaptatifs, notamment la communication, la vie quotidienne, la socialisation, la motricité et le comportement adaptatif global.

- EPOCAA (échelle d'évaluation des particularités du comportement et des activités des personnes avec autisme)

C'est un outil conçu pour évaluer les comportements, les particularités et les compétences des personnes présentant un TSA. Il permet d'évaluer les comportements spécifiques liés à l'autisme, de repérer les compétences et besoins individuels, de faciliter la compréhension des particularités et de mesurer les évolutions dans le temps.

L'EPOCAA est structurée autour de plusieurs domaines fondamentaux, permettant une analyse détaillée des caractéristiques liées à l'autisme. Parmi ces domaines, on retrouve les interactions sociales, la communication, les activités et intérêts, les particularités sensorielles, les comportements adaptatifs et les comportements problématiques.

- ESAA (évaluation sensorielle de l'adulte avec autisme)

Cet outil permet d'évaluer la sévérité des perturbations de la réactivité sensorielle de manière globale et pour chaque modalité sensorielle : visuelle, tactile, auditive, olfactive, gustative, proprioceptive, vestibulaire.

Cette évaluation permet de mieux connaître les besoins et les préférences sensorielles des personnes accompagnées.

2.7.5. Les interventions à référence comportementale

L'élaboration du projet personnalisé est basée sur les résultats des évaluations fonctionnelles avec l'inclusion d'objectifs mesurables et réalistes.

Les interventions comportementales ont pour but d'apprendre de nouveaux comportements pour faciliter l'apprentissage, l'autonomie et la socialisation. Pour les rendre efficace, l'équipe s'appuie sur plusieurs méthodes :

- ABA (Applied Behavior Analysis ou analyse appliquée du comportement)

Cette méthode permet des progrès dans différents domaines : la communication, l'autonomie, les habiletés sociales, ... Elle part des intérêts de la personne pour créer de la motivation et ainsi rendre les apprentissages plus efficaces.

L'enseignement de nouvelles compétences se fait avec l'utilisation de techniques comme le modeling, les guidances physiques ou les incitations verbales. L'enseignement est structuré et les tâches complexes sont fractionnées en étapes plus simples, c'est l'approche « chaînage ».

Le résident qui apporte une bonne réponse est récompensé (renforçateur). Ces apprentissages se font à une table de travail en séance individuelle.

- TEEACH (Treatment and Education of Autistic and Communication handicapped CHildren ou traitement et éducation des enfants autistes ou ayant des troubles de la communication)

La méthode TEEACH est une approche pédagogique structurée dont l'objectif est de permettre aux personnes accompagnées d'apprendre et de fonctionner de manière autonome en s'adaptant à leurs particularités.

Pour cela, l'environnement de la personne est structuré de façon individuel. L'espace est organisé de manière claire, ce qui aide la personne à mieux comprendre ce qui est attendu d'elle à chaque moment.

L'utilisation de supports visuels (emploi du temps) permet de structurer la journée et les activités. Cela permet de favoriser l'autonomie des personnes en réduisant leur dépendance aux instructions verbales et diminue leur anxiété en offrant une structure prévisible.

De plus, cette méthode permet d'encourager la communication grâce aux supports visuels.

- PECS (Picture Exchange Communication System ou Système de communication par échange d'images)

Cet outil repose sur l'échange d'images pour permettre à une personne de communiquer ses besoins, envies ou pensées. Cela permet de réduire la frustration chez les personnes dont la communication verbale est coûteuse voire inexistante.

2.7.6. La démarche de soins organisée et coordonnée

Les soins sont suivis et organisés par les infirmières. Ils peuvent être délégués, suivant la technicité requise, à l'aide-soignante sous leur responsabilité.

Un médecin généraliste vient au FAM toutes les semaines. Chaque personne a le libre choix de son médecin traitant. Le suivi médical peut être assuré par le FAM, par la famille ou conjointement. Le dossier médical est informatisé.

2.8. Le projet personnalisé et son accompagnement

2.8.1. L'admission

L'admission est conditionnée à l'avis émis par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) et sa commission d'orientation. Un séjour en accueil temporaire (1 place permanente d'accueil temporaire sur le foyer de vie) peut-être proposé (dans la mesure de nos moyens logistiques) avant que l'admission soit prononcée, pour vérifier l'adéquation avec les besoins et attentes la personne.

La Procédure de demande d'admission pour un accueil permanent ou un accueil temporaire est la suivante :

1. Réception d'une demande d'admission par téléphone, par mail, par ViaTrajectoire ou par courrier.
Envoi d'un dossier de demande d'admission.

2. A la réception du dossier complet, la demande est enregistrée sur Imago dans le volet admission. Les dossiers reçus sont remis à l'éducatrice référente des admissions pour préparer la commission d'admission.

La commission d'admission est composée du directeur, des deux adjointes de direction, de la coordinatrice, psychologue et / ou psychomotricienne, d'une infirmière et de l'éducatrice référente des admissions. Elle se réunit tous les trimestres pour statuer sur les dossiers de candidature reçus.

Une décision est rendue à la suite de cette commission :

- la décision envoyée par courrier ou par mail,
 - si réponse positive, prise de contact à nouveau par l'éducateur, pour proposition d'une rencontre avec une visite de l'établissement.
 - Visite et entretien avec le candidat et ses représentants, assurée par un éducateur et un résident pair-aidant.
3. Après un délai de réflexion d'une semaine, selon l'adhésion de la personne, de sa famille et des potentialités d'adaptation :
 - proposition de stage en accueil temporaire
 - non-adhésion du candidat (mis à jour du statut de la demande sur Imago), entraînant la fin de la démarche d'admission.
 4. Pour organiser le stage en accueil temporaire : l'éducateur référent avec la coordinatrice se mettent en lien avec le candidat et/ou son représentant pour définir la période d'accueil, les documents et le trousseau à fournir pour ce stage.
 5. Au terme de la ou des période/s d'accueil temporaire, le candidat rejoint la liste d'attente de l'établissement en fonction du bilan effectué, si l'expérience conduit à une admission réalisable.
 6. Lors de l'admission pour un accueil permanent : un entretien d'admission est organisé avec le candidat, son représentant légal ainsi que les personnes participant à son accompagnement (famille, équipe éducative, ...) durant lequel lui sont remis et expliqués, son contrat de séjour, le livret d'accueil, le règlement de fonctionnement, la charte des droits et libertés annexée ainsi que les liens pour consulter le projet d'établissement. Le contrat de séjour est signé dans les quinze jours qui suivent l'admission permanente.
 7. Définition du projet personnalisé et signature de l'avenant au contrat de séjour, dans un délai de six mois suivant l'admission permanente.

2.8.2. Le projet personnalisé

L'accueil et le suivi de la personne accompagnée sont encadrés par la mise en œuvre des outils définis par le législateur.

En référence à la loi du 02 janvier 2002, les foyers ont formalisé un dossier unique de l'usager informatisé (IMAGO) qui prend en compte les souhaits et attentes des personnes. Le projet personnalisé qui en découle définit les axes de travail des professionnels avec des objectifs spécifiques et une réflexion sur des moyens à mettre en œuvre.



Dans le premier mois après l'admission, un pré-projet personnalisé est élaboré en coopération entre la personne, sa famille (si souhaité) et le coordonnateur de projet qui est le professionnel référencé du projet. Avant le terme des 6 mois d'observation, le projet personnalisé est formalisé.

Il est écrit en coopération active avec la personne accompagnée, (et son représentant légal si souhaité ou indispensable) et réactualisé tous les ans. C'est un droit pour les usagers et non une obligation, les professionnels encouragent les personnes à définir leurs projets.

Les Recommandations des bonnes pratiques professionnelles (RBPP) précisent que :

« le terme de « *Projet Personnalisé* » a été retenu pour qualifier la démarche de co-construction de ce projet entre la personne accueillie / accompagnée et les équipes professionnelles »⁶.

Le nouveau décret n° 2016-1395 du 18 octobre 2016 offre la « possibilité de désigner une personne de confiance », à chaque personne qui aura alors la possibilité de se faire assister lors de la signature de son projet ou dans toute autre démarche précisée dans ce texte de loi.

2.8.3. Le suivi du projet personnalisé

Les prestations mises en œuvre sont décrites en première intention (conformément au décret n° 2004-1274 du 26 novembre 2004 relatif au contrat de séjour) de façon générale lors de la signature initiale du contrat de séjour. Puis dans une déclinaison, plus fine et détaillée dans le cadre du projet personnalisé qui est, comme nous venons de le voir (ci-dessus), mis en forme grâce à l'avenant signé par l'usager, son représentant légal et la direction.

L'équipe éducative, et plus spécifiquement le référent jouent ensuite, sous l'autorité du cadre intermédiaire, le rôle de garant des prestations engagées et de leur évolution. Ce rôle est bien entendu posé en interaction régulière avec l'usager et sa famille, pour garantir la continuité de ce qui fait sens et la révision de ce qui ne semble pas opérant.

Le projet personnalisé est révisé annuellement. Durant l'année qui s'écoule, le projet de la personne est jalonné par différentes étapes :

- Le recueil de la parole du résident à 10 mois, pour évaluer les objectifs ;
- La consultation de la famille* ;
- La consultation de l'équipe pluridisciplinaire, par le biais de fiches navettes ;
- La construction du futur projet (professionnels et le résident concerné) ;
- La restitution et la signature du projet, par la personne et sa famille/tuteur* ;
- Une réévaluation des besoins à M+5.

Dans ce cadre sont notamment déterminés les points suivants : modalités d'accompagnement dans la vie quotidienne, choix des activités, le suivi médical et demandes spécifiques (quelles qu'elles soient : modalités de maintien du lien avec la famille, orientation, aménagements de l'espace personnel, intimité, affectivité, sexualité...).

**L'établissement encourage l'autodétermination des personnes, et leur permet ainsi de pouvoir associer ou non leur famille, leurs proches dans leurs projet et décisions. La signature du projet personnalisé par la famille est obligatoire uniquement lors d'une mesure de protection.*

2.9. Les modalités d'accompagnement et leur mise en œuvre

2.9.1. L'expression et la participation des personnes

SERAFIN
PH

2.3	Prestations pour la participation sociale
2.3.1	Accompagnements pour exercer ses droits
2.3.1.1	Accompagnements à l'expression du projet personnalisé
2.3.1.2	Accompagnements à l'exercice des droits et libertés

⁶ RBPP «les attentes de la personne et le projet personnalisé».

En référence à la Recommandation des bonnes pratiques professionnelles (RBPP) concernant « l'expression et la participation des usagers dans les établissements relevant de l'inclusion sociale », ces pratiques participatives reposent sur plusieurs niveaux :

- l'expression et la communication,
- la consultation,
- la concertation.

La particularité des personnes accompagnées et les limites rencontrées dans leur possible expression peuvent rendre difficile leur participation. Les équipes s'engagent alors dans une réelle dynamique mettant en place des modalités qui permettent aux personnes d'exprimer leurs souhaits et attentes.

Pour cela, elles s'appuient sur des modes d'expression diversifiés comme des supports visuels, des expressions faciales, des langages corporels. Tous ces types d'expression peuvent se révéler de réels indicateurs de souhaits. L'autodétermination avec l'appui d'un tiers, lorsque c'est nécessaire, est recherchée au maximum afin de rendre la personne actrice de son projet mais également avec l'utilisation des outils de communication non-verbale.

➤ **Le Conseil de la Vie sociale (CVS) : faire entendre sa voix**

Le Conseil de la Vie Sociale a été défini par la loi du 2 mars 2002 dans l'objectif de permettre aux personnes accompagnées d'exprimer leurs besoins et attentes au sein d'une instance dédiée.

Au sein des foyers de la Ferrette, la participation des personnes est effective dans cette instance démocratique et assure ainsi leur participation à la construction de la vie institutionnelle.

Le C.V.S se réunit trois fois par an, sur invitation du président (un résident du foyer). Ce dernier fixe l'ordre du jour de la réunion, avec la participation de la direction de l'établissement. Les membres du Conseil de la Vie Sociale formulent des avis et des propositions sur toute question concernant le fonctionnement de l'établissement, notamment sur :

- L'organisation intérieure et la vie quotidienne
- Les activités, l'animation socio-culturelle et les prestations proposées
- Les projets de travaux et d'équipements
- Les droits et libertés des personnes accompagnées
- L'entretien des locaux
- L'animation de la vie institutionnelle

Les représentants des personnes accompagnées sont élus par leurs pairs, selon les modalités prévues dans le règlement de fonctionnement du CVS. Ils ont pour mission de représenter la parole de l'ensemble des résidents des foyers, en préparant avec eux leurs demandes, remarques, propositions, et en les communiquant durant le CVS. Ils assurent ensuite la correspondance des décisions prises durant cette instance ainsi que le suivi de ces projets. Les résidents membres du C.V.S sont accompagnés par des professionnels, en amont / pendant / en aval des réunions.

L'expression des personnes et la participation des représentants légaux sont recherchées afin de favoriser à sa juste valeur l'implication de tous dans l'amélioration du fonctionnement de l'établissement.

Pour ce faire, le C.V.S est constitué de représentants d'usagers des deux foyers et unités de vie (pour le foyer de vie), de représentants du personnel, mais également de représentants des familles et d'administrateurs de l'association ALGEEI. Enfin, preuve de notre inscription au sein de la vie communale, le maire et deux adjoints sont également membres du C.V.S.

➤ **L'enquête de satisfaction**

L'établissement met en œuvre des enquêtes de satisfactions qui sont renouvelées chaque année, à destination des personnes accompagnées. L'avis de la personne est recueilli mais également auprès des familles en prenant en compte leur expertise d'usage. L'analyse de ces enquêtes permet d'améliorer les prestations et le cadre de vie.

➤ Les différentes commissions

Les commissions permettent aux personnels et aux usagers de construire des projets sur différents points concernant la vie de l'établissement. Leur but est de prendre en compte les attentes exprimées par chacun et dans la mesure du possible, de les mettre en œuvre.

Cette logique s'inscrit dans les attentes de la loi du 2 janvier 2002 et permet d'inscrire la parole de l'usager dans la démarche projet et qualité. Elle valide aussi la dimension participative de l'implication des professionnels.

Chaque commission est composée de :

- deux membres de l'équipe éducative FV
- un membre de l'équipe éducative FAM
- deux usagers du FV
- un usager du FAM

Et/ou {
- un membre des services généraux ou administratifs
- un membre du service médical ou para médical

Exemple des différentes commissions :

Menus :

- Mettre en œuvre tout ce qui concourt au cadre apaisant des repas / des repas à thèmes.
- Emettre un avis et des recommandations sur la proposition des menus trimestriels proposés par le fournisseur.
- Veiller à l'organisation pratique des salles à manger.

Fêtes :

- Proposer, programmer et organiser les fêtes en lien avec la vie institutionnelle.
- Mobiliser l'ensemble des personnels et usagers pour la réalisation des événements programmés.
- Prendre en compte les attentes de chacun en matière de fête...

Bienveillance et éthique :

- Réflexion autour de situations / demandes des résidents
- Etudier les recommandations de bonnes pratiques et mesurer les écarts éventuels.
- Informer sur les démarches à mener en accord avec la direction.
- Faire des propositions susceptibles de consolider les points forts et d'améliorer les points faibles.

Perspectives / orientations stratégiques

- CVS : travailler sur la communication en amont et en aval du CVS, auprès des résidents, pour impliquer le plus grand nombre et ainsi renforcer cette instance.
- Augmenter le nombre d'enquête de satisfaction, en les rendant plus courtes et accessibles, sur des thématiques choisies par les résidents. Mettre en œuvre des actions rapides.
- Mobiliser la commission éthique

2.9.2. Expression de la citoyenneté



2.3	Prestations pour la participation sociale
2.3.1	Accompagnements pour exercer ses droits
2.3.1.2	Accompagnements à l'exercice des droits et libertés
2.3.3	Accompagnements pour exercer ses rôles sociaux
2.3.3.6	Accompagnements pour l'exercice des mandats électoraux, la représentation des pairs et la Pair-aidance

Dans l'esprit du texte de Denise VENTELOU⁷, *tous services ou établissements social ou médico-social dans l'esprit des textes contemporains, a pour mission de créer dans son institution des conditions propices à l'apprentissage de la citoyenneté, dans un espace de débat libre entre acteurs responsables.*

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, place dans ses textes l'exercice de la citoyenneté de la manière suivante :

« Toute personne handicapée a droit à la solidarité de l'ensemble de la collectivité nationale, qui lui garantit, en vertu de cette obligation, l'accès aux droits fondamentaux reconnus à tous les citoyens ainsi que le plein exercice de sa citoyenneté. ».

Le code électoral, dans son article L.57-1 au troisième alinéa, a inséré la spécificité suivante : *« - permettre aux électeurs handicapés de voter de façon autonome, quel que soit leur handicap ».*

La citoyenneté se définit comme une situation positive créée par la pleine reconnaissance aux personnes de leur statut de citoyen. Le citoyen dispose, dans une communauté politique donnée, de tous ses droits civils et politiques.

On peut donc définir la citoyenneté comme la capacité à jouer un rôle dans la société. Cette capacité suppose des droits. La citoyenneté, c'est pour chacun la capacité d'accès à ses droits.

Pour nos résidents, l'accompagnement à l'exercice de la citoyenneté se met en œuvre en expliquant ce que cela implique :

- autour de questions de société ;
- les lois et règlements ;
- l'inscription sur les listes électorales et le droit de vote qui en découle ;
- les dispositions juridiques visant à protéger ;
- l'engagement associatif, syndicaliste et politique.

Perspectives / orientations stratégiques

- Création d'ateliers autour de la citoyenneté : recherche d'outils, de partenariats, création d'une arborescence des élections pour un meilleur repérage...

⁷ « Droit des usagers et citoyenneté- Réel contre-pouvoir ou collaboration aseptisée ? » - collection Empan

2.9.3. La bientraitance et la lutte contre la maltraitance



2.2 et 2.2.1	Prestations en matière d'autonomie
2.2.1.3	Accompagnements pour prendre des décisions adaptées pour la sécurité

➤ **DEMARCHE INTERNE DE PREVENTION ET DE LUTTE CONTRE LA MALTRAITANCE, au sens de l'article L. 119-1 du CASF**

1- Définition de la maltraitance

Une nouvelle définition légale de la maltraitance a été instaurée par la loi n° 2022-140 du 7 février 2022, avec la création de l'article L119-1 du CASF :

« La maltraitance au sens du présent code vise toute personne en situation de vulnérabilité lorsqu'un geste, une parole, une action ou un défaut d'action compromet ou porte atteinte à son développement, à ses droits, à ses besoins fondamentaux ou à sa santé et que cette atteinte intervient dans une relation de confiance, de dépendance, de soin ou d'accompagnement. Les situations de maltraitance peuvent être ponctuelles ou durables, intentionnelles ou non. Leur origine peut être individuelle, collective ou institutionnelle. Les violences et les négligences peuvent revêtir des formes multiples et associées au sein de ces situations. »

Cette définition découle des travaux de la commission nationale de lutte contre les maltraitances publiées en 2019 ; elle englobe également la diversité des situations de maltraitances déclinées ci-dessous :

- Physique,
- Sexuelle,
- Psychologique,
- Matérielle et financière,
- Négligences,
- Abandons,
- Privations,
- Discriminations,
- Exposition à un environnement violent.

La typologie propose un classement des situations selon la nature des actes ou des omissions dont il est question.

a) Maltraitances physiques, notamment châtiments corporels, agressions physiques, gestes brutaux, enfermement (y compris au domicile), usage abusif ou injustifié de la contention, sur ou sous médication, usage de traitements à mauvais escient, intervention médicale sans consentement éclairé...

b) Maltraitances sexuelles, notamment viols, agressions sexuelles, atteintes sexuelles, embrigadement dans la pornographie et la prostitution, attentats à la pudeur...

c) Maltraitances psychologiques, notamment insulte, intimidation, harcèlement, humiliation, menace de sanctions ou d'abandon, mise à l'écart, relégation des espaces de vie ou des activités familiaux dans la vie quotidienne (repas, loisirs, fêtes, vacances...), chantage affectif, recours à l'arbitraire, déni du statut d'adulte, infantilisation, usage d'un vocabulaire dégradant, indifférence, silence systématisé, contraintes ou limitations alimentaires injustifiées, imposition de règles d'utilisation de moyens de communication empêchant le maintien des liens sociaux et familiaux, privation d'équipements ou d'activités destinés à favoriser le développement et/ou les relations sociales de la personne, emprise mentale, déni du statut d'enfant et parentification (inversion des rôles entre l'adulte et l'enfant, attitude consistant à confier à un mineur des responsabilités inadaptées à son âge, notamment pour satisfaire aux besoins des adultes qui l'entourent), sous ou surprotection entravant l'exercice et le développement de l'autonomie...

- d) Maltraitements matériels et financiers, notamment fraude, vol d'effets personnels, d'argent ou de biens, privation de gestion de ses ressources ou d'accès à ses comptes bancaires, confiscation de cadeaux, dégradation des biens d'une personne, racket...
- e) Négligences, abandons, privations : notamment défaut, qui peut être répété, de soins, défaut d'adaptation de la prise en charge de la personne au regard de son diagnostic médical, absence de recherche d'un consentement éclairé pour toute décision qui concerne la personne (hors situation d'urgence), privation de nourriture, de boissons ou d'autres produits d'usage quotidien, obstruction ou restrictions abusives à l'égard des visites ou des contacts avec les proches, négligence éducative, négligence de l'hygiène personnelle, inaction conduisant à laisser la personne dans un état de dénuement ou d'isolement, absence de recherche de relai ou de continuité d'intervention suite à un départ ou une rupture de prise en charge, en particulier à domicile, entrave ou insuffisance des moyens mis en œuvre pour permettre l'exercice du droit de vote ou l'accès à une aide, à une prestation, entrave ou refus de reconnaître le droit à vivre librement sa sexualité (dans les limites de l'âge et de la faculté de compréhension)...
- f) Discriminations : notamment accès difficile, dégradé ou impossible aux droits, au logement, aux soins, à l'éducation, au travail, aux prestations sociales, à une information loyale et compréhensible... qui survient notamment sur le fondement d'une particulière vulnérabilité résultant de la situation économique, de l'apparence physique, de l'âge, d'une situation de handicap, de l'état de santé, de la perte d'autonomie...
- g) Exposition à un environnement violent : environnement familial ou institutionnel violent dans lequel la personne, mineure ou majeure, est soumise à des actes, comportements ou images violents, à des menaces de violence, à des violences entre pairs, sans un degré suffisant de régulation de la part des personnes en responsabilité au sein de cet environnement.

2- Moyens mis en œuvre pour le repérage des risques de maltraitements

« La vulnérabilité est liée à des facteurs individuels et/ou des facteurs environnementaux. Eu égard à la maltraitance, une personne se sent ou est en situation de vulnérabilité lorsqu'elle se trouve en difficulté voire dans l'impossibilité de se défendre ou de faire cesser une maltraitance à son égard ou de faire valoir ses droits du fait de son âge (dans le cas d'un mineur), de son état de santé, d'une situation de handicap, d'un environnement inadapté ou violent, d'une situation de précarité ou d'une relation d'emprise. Des facteurs individuels relatifs au genre, à l'orientation sexuelle, à la race, l'ethnie ou à la nationalité peuvent constituer un risque accru de vulnérabilité »⁸.

Le déploiement de la bientraitance et la lutte contre la maltraitance sont des valeurs portées par l'ALGEEI et promues dans chacune de ses structures. Ainsi, la direction des foyers La Ferrette s'engage dans la mise en œuvre de stratégies par des actions et des interventions à destination des personnes accompagnées et des professionnels.

Actions à destination des professionnels :

1. Poursuivre le travail sur la thématique de la RBPP : « La Bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre »
2. Formation de tous les professionnels sur la thématique de la bientraitance
3. Travail en équipes sur le repérage des risques de maltraitements dans une démarche de continuité de la réflexion sur la promotion de la Bientraitance.
4. Définir un plan de prévention et de gestion des risques de maltraitements et de violence au bénéfice des personnes accompagnées

⁸ HAS – Note de cadrage du 26 avril 2023 – Déploiement de la bientraitance et gestion des signaux de maltraitance en institutions (repérage et analyse)

Exemples d'actions à destination des personnes accompagnées :

1. Présentation du document de Santé BD : « Comprendre et arrêter la maltraitance », affichage + distribution individuelle / Accompagnement dans la lecture.
2. Information sur la nomination d'une référente Bientraitance.
3. Comment alerter face aux situations perçues comme maltraitantes ?

3- Modalités de signalement et de traitement des situations de maltraitements

Le numéro national d'alerte dédié aux personnes en situation de handicap et personnes âgées – 3977 – est communiqué à tous.

Si une personne accompagnée est victime de maltraitance, la prise en compte se fait à plusieurs niveaux :
Clinique : une orientation vers le pôle santé est proposée, avec consultation d'un médecin ou appel au 15 si nécessaire.

Les éléments de preuve sont recueillis par la direction.

Psychologique et sociale : la prise en charge est immédiatement proposée, avec rencontre de la psychologue de l'établissement et d'un professionnel éducatif.

Administrative : La victime doit être informée de ses droits. La fiche d'évènement indésirable est renseignée dans le dossier unique informatisé IMAGO. Un signalement est fait aux autorités compétentes par la direction, accompagné d'un rapport circonstancié.

Le décret n° 2016-1813 du 21 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales, renforce le principe de bientraitance et précise que tous les établissements et services sociaux et médicaux sociaux ont « *obligation de signaler tout dysfonctionnement grave ou évènement ayant pour effet de menacer ou de compromettre la santé, la sécurité ou le bien-être des personnes prises en charge* ».

4- Bilan annuel des situations de maltraitements survenues dans l'établissement

Il est prévu l'étude d'un bilan annuel des situations de maltraitance au sein du groupe de travail sur la promotion de la bientraitance et la prévention de la maltraitance. Ce bilan est également présenté au CVS.

5- Modalités de communication auprès des personnes accompagnées

Lorsqu'une personne est admise pour un accompagnement, l'ensemble des documents obligatoires lui est remis avec un étayage des professionnels et de supports FALC pour en faciliter leur compréhension :

- Livret d'accueil et ses annexes : Liste des personnes qualifiées, formulaire de désignation de la personne de confiance, Charte des droits et libertés de la personne accueillie, règlement de fonctionnement.

6- Actions et orientations en matière de gestion du personnel, de formation et de contrôle

La Culture de la bientraitance

«La bientraitance, démarche volontariste, situe les intentions et les actes des professionnels dans un horizon d'amélioration continue des pratiques tout en conservant une empreinte de vigilance incontournable. .../... La bientraitance est une culture inspirant les actions individuelles et les relations collectives au sein d'un établissement ou d'un service. Elle vise à promouvoir le bien-être de l'usager, en gardant présent à l'esprit, le risque de maltraitance. » (ANESM La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre.)

La bientraitance est une exigence professionnelle, la recherche permanente du mieux-être et de l'épanouissement des personnes accompagnées. Elle est une démarche de prévention qui anticipe de ne pas attendre qu'un problème arrive pour commencer à réfléchir.

Elle est un mouvement, une dynamique positive, une construction collective au sein d'un établissement. Elle est une intention des professionnels, mais cette intention doit être complétée par une attitude de veille permanente et soutenue par des projets de service et des projets personnalisés.

Elle se positionne dans un cadre d'amélioration continue des pratiques, des organisations, des procédures, de l'environnement et des formations.

Le règlement de fonctionnement de l'établissement ou du service est garant du respect des droits et libertés des personnes accompagnées :

- Respect de la dignité, intégrité, vie privée, intimité, sécurité
- Libre choix entre les prestations domicile/établissement
- Prise en charge ou accompagnement individualisé et de qualité, respectant un consentement éclairé
- Confidentialité des données concernant l'utilisateur
- Accès à l'information
- Information sur les droits fondamentaux et les droits de recours
- Participation directe au projet d'accueil et d'accompagnement.

Les professionnels de l'établissement s'engagent et veillent à l'absence de tout acte de maltraitance et/ou atteinte à l'intégrité physique ou psychique de la personne accompagnée, au regard de la circulaire DGAS/2A n°2007-112 du 22 Mars 2007, modifiée par instruction ministérielle du 6 Novembre 2007, relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre les maltraitements. Pour cela les professionnels font des rappels réguliers de leurs droits aux résidents, par le biais de la charte des droits et libertés de la personne accueillie.

Le protocole contre les abus et maltraitements est remis à chaque professionnel. Ils s'attachent à appliquer les directives des lois du 2 janvier 2002 et du 11 février 2005 et bénéficient de formations régulières et de séances d'analyse de la pratique. Les professionnels consultent et s'approprient les Recommandations des Bonnes Pratiques Professionnelles de la HAS, notamment celle sur la bientraitance. Des enquêtes de satisfaction sont proposées aux personnes accompagnées. Les professionnels connaissent la procédure leur permettant de transmettre une fiche d'évènement indésirable sur le dossier unique informatisé IMAGO, et à la Direction, et ont connaissance de la procédure de signalement des actes de maltraitance.

L'article 23 de la loi du 7 février 2022 indique : « La maltraitance au sens du présent code vise toute personne en situation de vulnérabilité lorsqu'un geste, une parole, une action ou un défaut d'action compromet ou porte atteinte à son développement, à ses droits, à ses besoins fondamentaux ou à sa santé, et que cette atteinte intervient dans une relation de confiance, de dépendance, de soin ou d'accompagnement. Les situations de maltraitance peuvent être ponctuelles ou durables, intentionnelles ou non. Leur origine peut être individuelle, collective ou institutionnelle. Les violences et les négligences peuvent revêtir des formes multiples et associées au sein de ces situations. »

7- Désignation de l'autorité extérieure et modalités dans lesquelles les personnes accompagnées peuvent faire appel

Les droits des personnes accompagnées sont définis dans la Charte des droits et libertés de la personne accueillie.

- Les professionnels de l'établissement ou du service sont tenus à une obligation de discrétion et protègent les informations dans le cadre du secret partagé.
- Une procédure de consultation des dossiers des personnes accompagnées est mise en place dans le cadre de la démarche qualité.

- En cas de désaccord ou de difficulté, les personnes accompagnées peuvent contacter le directeur ou la cadre intermédiaire et ont également la possibilité de contacter un médiateur ou une personne qualifiée⁹. Selon l'arrêté n° 47-2024-03-20-00006 du 20 mars 2024, la personne qualifiée pour le secteur des établissements et services du département du Lot-et-Garonne accompagnant des personnes en situation de handicap ou de vulnérabilité s'identifie auprès des services du département.
Contact : Conseil départemental de Lot et Garonne – Direction du Développement Social, Hôtel du Département, 47922 AGEN Cédex 9. Téléphone : 05 53 69 40 95. Mail : secretariatdgads@lotetgaronne.fr
- L'information est donnée sur la possibilité de désigner une personne de confiance¹⁰.

Perspectives / orientations stratégiques

- Poursuivre la commission bientraitance, le recueil et traitement des réclamations.

2.9.4. La Pair-aidance



1.3	Besoins pour la participation sociale
1.3.3	Besoins pour l'insertion sociale et professionnelle et pour exercer ses rôles sociaux
1.3.3.5	Besoins pour apprendre à être pair-aidant

Pour bien des situations évoquées précédemment, nous faisons mention d'accompagnement de la part des professionnels et d'autodétermination (la personne est actrice de ses décisions et de son projet). Mais ce « duo » d'intervenants n'est pas le seul à pouvoir agir. En effet, si l'aidance peut être proposée par des personnes de l'environnement privé ou professionnel, elle peut être apportée par des aidants non-professionnels et par des personnes présentant des difficultés similaires : **le pair aidant**.

- **L'aidant non-professionnel** : peut être défini comme « la personne qui vient en aide à titre non professionnel, pour partie ou totalement, à une personne dépendante de son entourage, pour les activités quotidiennes ». Par exemple, on retrouve les parents, la famille, les familles d'accueil et les bénévoles.
- **La pair-aidance** : repose sur une entraide entre personnes souffrant ou ayant souffert d'une même maladie somatique ou psychique ou attente d'un même handicap¹¹.

L'accompagnement et le soutien par les pairs consistent à mettre à disposition ses savoirs. On parle alors de *pair-aidance, d'entraide mutuelle, de pair-émulation, ... C'est aider l'autre « d'égal à égal » visant à « encourager l'action »*¹².

Des actions, **uniquement informelle à ce jour**, de pair-aidance sont menées fréquemment, dans l'établissement, simplement guidées par la bienveillance des résidents entre eux.

⁹ Liste des personnes qualifiées établie conjointement par le Préfet du Lot et Garonne, le Président du Conseil Départemental et la Directrice de l'Agence Régionale de Santé (ARS). Cette liste est disponible auprès du Conseil Départemental du Lot et Garonne. http://www.lotetgaronne.fr/fileadmin/Documents/Photos/action_sociale/Nomination_de_pers_qualifiees.pdf

¹⁰ Décret n°2016-1395 du 18 octobre 2016

¹¹ Source : Mdp77.fr

¹² Actualités sociales hebdomadaires-N°3281-4 novembre 2022, p20 et p22.

Cela se traduit par de l'entraide dans le quotidien (par exemples dans les actes du quotidien au patio – l'accompagnement à la déambulation au sein de l'établissement pour une résidente mal-voyante et deux résidents à mobilité réduite), du partage d'expériences, une dynamique de soutien en activité et en groupe d'expression (explication des lecteurs).

Notre marge de progression sur cette thématique est proposée sur deux volets :

- Formalisation d'actions de pair-aidance,
- Reconnaissance et identification des personnes en qualité de pair-aidant.

Cependant, devenir pair aidant suppose un travail de connaissance de ses capacités et de ses atouts afin d'aider l'autre qui se reconnaît en soi : « *il ne suffit pas d'être désigné comme pair par les uns ou les autres pour qu'une relation de parité et ses effets s'établissent. Cette socialité aux retentissements spécifiques suppose tout d'abord qu'un individu se reconnaisse dans l'expérience de l'autre, mais aussi que cette reconnaissance soit réciproque* »¹³.

La F.E.H.A.P. (Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne privés solidaires) a élaboré une Charte de la Pair-aidance en établissements et services qui en définit les finalités et principes¹⁴, proposant des outils :

- les finalités ; « les savoirs expérientiels des personnes et les savoirs des professionnels sont complémentaires » ;
- les principes : « de consentement », « absence de jugement », « bonne posture », « information »,...

Perspectives / orientations stratégiques

- Être dans une démarche pour devenir pair-aidant, signifie être autodéterminé à aider autrui et connaître ses capacités et ses atouts. Pour cela, il convient de formaliser, avec le résident, sa démarche et un travail d'identification de ses savoirs-expérientiels.
- Former et informer les professionnels et aidants non-professionnels et les résidents, sur la pair-aidance (si possible par des pairs-aidants qui viennent témoigner de leurs actions).

¹³ Les cahiers de l'Actif – N°538/539- mars avril 2021, p 9 et p13

¹⁴ La Pair aidance en établissements et services – guide F.E.H.A.P.-2019

2.9.5. Projets inclusifs et partenariats



2.2. et 2.2.1	Prestations en matière d'autonomie
2.2.1.2	Accompagnements pour la communication et les relations avec autrui

2.3	Prestations pour la participation sociale
2.3.3	Accompagnements pour exercer ses rôles sociaux
2.3.3.2	Accompagnements pour préparer sa vie professionnelle
2.3.4.3	Accompagnements pour mener sa vie professionnelle
2.3.4	Accompagnements pour participer à la vie sociale
2.3.4.1	Accompagnements du lien avec les proches et le voisinage
2.3.4.2	Accompagnement pour la participation aux activités sociales et de loisirs

2.4 et 2.4.1	Prestations de coordination renforcée pour la cohérence du parcours
--------------	---

➤ Le maillage partenarial

Notre situation géographique nous a permis de nous inscrire dans la ville de Castillonès, et de développer un maillage partenarial important à la fois en Lot-et-Garonne (Agen et Villeneuve-sur-Lot) mais aussi en Dordogne (côté Bergerac).

Afin de permettre aux personnes en situation de handicap de nos foyers de participer pleinement à la société, l'établissement et ses professionnels se mobilisent pour trouver de nouveaux partenaires : soin, éducation, culture, vie sociale, sport...

Nous proposons par :

- Des activités régulières extérieures (médiation animale, activités sportives, activité théâtrale, activité ciné 4, etc.
- Des activités en partenariat avec Clown en route, l'école de Lougratte, les activités et compétitions du sport adaptés organisés par le Comité De Sport Adapté 47, l'IME Les Rives du Lot.
- Evènements ponctuels : Duoday, journées portes ouvertes de l'établissement aux familles, aux autres établissements, séjours de vacances (La lysardière, Sollincité, Plein Sud, UFCV), séjours d'échange avec d'autres structures (Foyers Monségur et la Taillade).

Cette nécessité de maillage partenarial est plus que jamais nécessaire pour les soins médicaux et paramédicaux. En effet, les professionnels de santé libéraux sont de plus en plus rares sur notre secteur géographique. Nous faisons ainsi appel à des partenaires qui interviennent au sein de l'établissement (par exemple kinésithérapeute, pédicure, orthophoniste, ostéopathe, psychologue, médecin généraliste, médecin psychiatre en télé-médecine) ou que nous allons voir (podologues – médecins spécialistes, comme dentistes, ORL, cardiologue...).

➤ **La relation avec l'entourage :**

« Aux foyers la Ferrette, les familles ont la possibilité d'avoir un rôle dans la vie des personnes accompagnées. Témoins de leur parcours de vie, elles peuvent être associées à la construction du projet personnalisé de l'utilisateur, selon le souhait de la personne. Cette démarche participative favorise non seulement l'inclusion et l'autodétermination des résidents, mais elle permet aussi aux familles d'être concernée quant à l'accompagnement proposé.

Le Foyer La Ferrette est bien plus qu'un simple foyer, c'est un espace de vie, d'échanges, de socialisation et de construction identitaire, où la place des résidents est centrale dans une dynamique d'accompagnement bienveillante et participative. Dans cette logique d'autodétermination de la personne, la place de la famille à la Ferrette est possible à différent niveau, selon le degré d'implication souhaité par les personnes et leur famille. C'est souvent par le biais de l'association des résidents que les familles se mobilisent en nombre autour de projets, comme par exemple de la vente de tickets de tombola ou la recherche des lots. Les résidents sont fiers de revenir sur l'établissement avec des lots trouvés ou de l'argent récupéré grâce à la vente de tickets. La proposition des Foyers La Ferrette est de travailler le projet d'accompagnement à partir de la personne, avec son environnement, sans jamais se substituer à la famille. C'est un lieu où chacun à sa place, dans une dynamique commune visant à l'épanouissement et le bien-être du résident. »¹⁵

La relation avec l'entourage / la famille est basée sur l'expression des valeurs : il s'agit de reconnaître la place de chacun auprès de la personne accompagnée.

Les attentes posent très simplement les termes de la collaboration souhaitée, une collaboration qui commence par **la communication**.

La communication écrite ou orale, point d'appui de la collaboration entre famille et institution, se décline sous différents aspects par le biais :

- de contacts formels et informels importants (mails, courriers, appels téléphoniques ou visites sur site),
- de la participation à la restitution du projet personnalisé de la personne,
- de l'invitation et la participation à la fête annuelle de l'établissement, pour les résidents et leurs proches.

Il est indispensable que le rapport instauré au sein de ce triptyque soit basé sur la confiance. La qualité du lien garantie la qualité de l'accompagnement de la personne accueillie. Les familles sont de bons appuis en tant qu'expertes d'usages.

Perspectives / orientations stratégiques

- Formaliser les partenariats informels.
- Développer de nouveaux partenariats (ESAT / Foyers / écoles et lycée) et de nouvelles activités.
- Développer de nouvelles formes de communication / rencontre avec les familles.

¹⁵ Journal ALGEEI « Du côté de l'Algeei » - numéro 51 – juin 2025 – p. 23

2.9.6. Internet et les nouvelles technologies



2.2. et 2.2.1	Prestations en matière d'autonomie
2.2.1.2	Accompagnements pour la communication et les relations avec autrui
2.2.1.3	Accompagnements pour prendre des décisions adaptées et pour la sécurité

Les outils numériques apportent beaucoup de possibilités et une large ouverture sur le monde mais cela n'est bénéfique que si l'on maîtrise les risques associés. Les attaques financières, le cyberharcèlement ou le piratage de comptes sont devenus de plus en plus courants. L'escroquerie dans laquelle une personne manipule les émotions et les sentiments d'une autre personne dans le but de lui extorquer de l'argent, des biens ou des informations personnelles.

Ces dangers concernent tout le monde et donc les résidents de nos établissements. Au-delà de la vulnérabilité des personnes accueillies au sein des foyers la Ferrette, c'est le constat de l'augmentation du temps passé sur leur téléphone et sur les ordinateurs, sur des temps informels (donc non-encadrés) qui alertent vis-à-vis de ces dangers.

En parallèle de ces temps, il existe déjà des groupes d'activités médias/ informatique. Mais la présence et l'utilisation des réseaux sociaux font également apparaître des tensions entre utilisateurs, des conflits virtuels et des questionnements éthiques sur l'utilisation de publications et du droit à l'image.

Il est donc impératif pour la Ferrette de se mobiliser dans ce contexte en forte évolution, en développant différents outils de prévention et d'accompagnement.

Perspectives / orientations stratégiques

- Actions de prévention des risques / sensibilisation / vigilance au respect des droits et libertés des personnes : création d'une commission / pair-aidance / ateliers de sensibilisation
- S'appuyer sur des interventions extérieures (gendarmerie / organisme de formation) et des outils adaptés à la prévention (mallette de sensibilisation)
- Accompagnement à avoir une conduite responsable de l'utilisation des outils informatiques et des réseaux sociaux, en lien étroit avec les familles et tuteurs.

2.9.7. FAM : Les modalités d'accompagnement et leur mise en œuvre



2.4 et 2.4.1

Prestations de coordination renforcée pour la cohérence du parcours

Pour rappel, le FAM dispose de 12 chambres réparties en 2 ailes identiques : 6 chambres et une salle commune au centre (salon TV d'un côté, salle de restauration de l'autre).

➤ Aménagement de l'environnement

Les résidents du FAM ont besoin d'un environnement clair afin de distinguer les différents lieux de vie (lieu privée et lieu collectif). Il est recommandé d'avoir un lieu pour une fonction.

L'architecture actuelle du FAM doit évoluer pour répondre totalement à cette exigence. Des moyens de visualisation ont été mis en place (pictogramme sur portes) pour permettre aux personnes de mieux s'orienter.

Les activités peuvent se faire dans « l'atelier B » (bâtiment se situant à l'extérieur du bâtiment principal), dans la salle de psychomotricité ou dans les salles de restauration ou enfin au salon. L'objectif d'avoir un bâtiment spécifique avec des salles dédiées pour chaque activité est toujours attendu.

D'autre part, le FAM a aménagé son fonctionnement pour permettre de concilier la vie en collectivité en fonction des potentialités de chacun. C'est ainsi que plusieurs services de repas sont proposés (un à 11h45 et l'autre à 12h15) pour permettre de se restaurer dans un environnement calme en plus petit nombre.

Chaque résident est libre de circuler dans tout l'établissement. Une sensibilisation a cependant été menée auprès des résidents du Foyer de Vie pour limiter le va-et-vient sur le FAM, ceci afin de garantir un espace de vie serein aux personnes accueillies au FAM.

Les résidents peuvent inviter d'autres résidents sur l'unité ou dans leur espace de vie privée s'ils le souhaitent.

➤ Les supports de communication, structuration du temps

Afin de permettre aux résidents ayant des difficultés de verbalisation et/ou de communication, de mieux comprendre le fonctionnement institutionnel et de mieux se faire comprendre, des outils sont mis en place.

Un **tableau de présence** des encadrants où apparaît la photo des encadrants intervenant sur la journée est réalisé quotidiennement avec des pictogrammes.

Chaque résident possède un **emploi du temps** adapté à son niveau de compréhension (allant du planning écrit au planning objet). Cet outil permet de rassurer les résidents sur le déroulement de leur journée, en la rendant lisible.

Certains résidents utilisent des **outils de communication** (tablette, classeur de communication). Ces outils sont travaillés et élaborés avec l'intervention d'une orthophoniste (présente sur site tous les vendredis matin).

2.10. L'évaluation et l'amélioration continue de la qualité du service rendu aux personnes

2.10.1. Le dispositif de la démarche qualité

3.1	Fonctions gérer, manager, coopérer
3.1.4	Qualité et sécurité
3.1.4.1	Démarche d'amélioration continue de la qualité
3.1.4.2	Analyse des pratiques, espaces ressource et soutien aux personnels
3.1.4.3	Prestations de supervision

Les foyers de La Ferrette veillent au bien-être des personnes et à la prévention des risques en matière de sécurité pour l'hébergement (respect des normes de sécurité, prévention des incendies, travaux à réaliser, gestion de la distribution des médicaments).

L'établissement dispose d'un système d'évaluation des prestations à travers la démarche projet (évaluation régulière des besoins, mesure des écarts entre les besoins repérés et les prestations proposées) et la démarche qualité (réalisation de l'évaluation interne et participation à l'évaluation externe, révision et réactualisation des procédures, enquêtes de satisfaction...). Pour chacune de ces démarches, l'association comme l'établissement disposent d'une organisation participative et pluridisciplinaire, ayant pour vocation de maintenir (ou améliorer) la qualité des prestations, ainsi que de garantir la cohérence entre les différents registres d'intervention (soin, éducatif, administratif, logistique...).

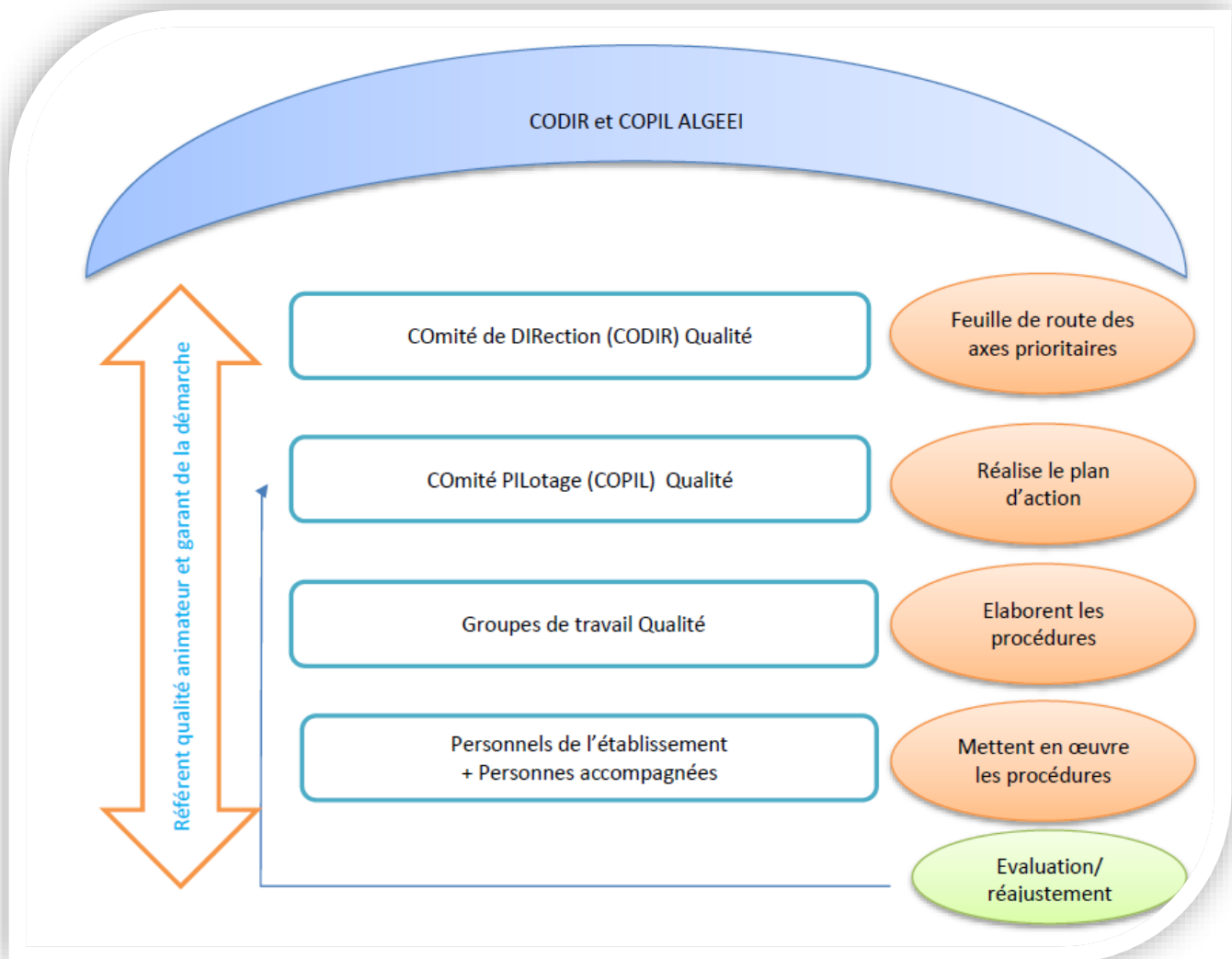
La structure de cette organisation qualité et projet est composée d'un CODIR (pose les axes stratégiques et approuve les documents), d'un COPIL (assure le pilotage des groupes de travail et valide les documents) et de groupes de travail établis selon les thèmes et les besoins en cours, sur une base pluridisciplinaire.

➤ **Le processus management de la qualité de l'établissement**

La qualité d'accueil et d'accompagnement, via les procédures, protocoles et modes opératoires inscrits dans les Manuels d'Action Qualité (MAQ) de l'association et de l'établissement sont régulièrement réactualisés en fonction des besoins et des retours d'expérience. La structure CODIR, COPIL et groupes de travail est alors activée. L'établissement dispose d'un professionnel qui est (en plus de sa fonction habituelle) référent qualité et qui suit cette démarche, tant en interne que sur le plan associatif.

Le COPIL Qualité est constitué de la référente qualité, de professionnels de tout service et de personnes accompagnées. Tous sont volontaires pour participer à la démarche de co-construction des axes d'amélioration qui font vivre la dynamique qualité de l'établissement. Le COPIL Qualité se réunit en groupe de travail, 1 fois par mois au minimum.

Le CODIR Qualité est constitué de la référente qualité, des adjointes de direction et du directeur et se réunit 1 fois par mois au minimum.



En cohérence avec la politique associative en matière de prévention de la maltraitance, l'établissement a mis en place un système de prévention et de réponse aux situations de violence et de maltraitance. Des fiches d'évènements indésirables sont renseignées après chaque incident.

Ces fiches sont traitées par la direction et font l'objet de réponses qui ont pour finalité la prévention et l'amélioration du service rendu. Elles permettent notamment d'établir une fréquence d'apparition du problème et de faire des hypothèses sur les moyens à mettre en œuvre pour résoudre les difficultés détectées. Ceci permet donc une forme de « veille institutionnelle » quel que soit le registre considéré (aspects humains, logistiques, sécurité...).

2.10.2. Les résultats de l'évaluation externe et le plan d'amélioration de la qualité

➤ L'évaluation externe de 2013

Lors de l'évaluation externe du foyer « La Ferrette » fin 2013, l'appréciation finale des auditeurs étaient introduite comme suit :

« Le foyer de vie de La Ferrette est un établissement qui répond intégralement à la mission dont il relève au regard du Code de l'Action Sociale et des Familles.

Au cours des dernières années, il a montré sa capacité à intégrer les évolutions du cadre réglementaire comme à s'adapter à celles du public qu'il accueille : des personnes atteintes de troubles psychiatriques moyens à sévères et de troubles du spectre autistique.

Il a également montré sa capacité à prendre en compte les évolutions sociétales concernant les personnes handicapées dont les droits sont désormais reconnus et dont l'exercice de la citoyenneté et l'intégration sociale constituent des buts à atteindre pour toute prise en charge, fut-elle institutionnelle.

Son projet est ouvert sur l'environnement auquel il porte une attention soutenue, autant par nécessité que par vocation, à commencer par les familles des résidents pour lesquelles les professionnels sont disponibles et à l'écoute. Des moyens de communication adaptés facilitent d'ailleurs les rapports entre l'institution et les familles ».

Le rapport d'évaluation a notamment mis en exergue les recommandations suivantes :

- Qualité :
 - Finaliser la formalisation de l'ensemble des dispositifs qualité (procédures, protocoles...).
 - Informer plus formellement sur les conditions d'accès au dossier.
- Ethique :
 - Consolider le système d'information informatisé.
 - Mettre en œuvre des enquêtes de satisfaction régulières (usagers, familles, salariés, partenaires).
- Ressources Humaines :
 - Approfondir les interfaces entre les différentes fiches de poste.
 - Poursuivre la montée en compétence en lien avec les nouvelles recommandations de bonnes pratiques professionnelles, via la formation.
- Développement durable :
 - Intégrer les nouvelles recommandations concernant le développement durable.
 - Formaliser l'engagement de l'établissement vers des approches multiples
- Organisationnel :
 - Formaliser le lien et la dynamique entre secteur éducatif et soin et affirmer les volontés managériales en lien avec le rôle de chacun.
 - Renforcer le rôle des services généraux dans la mission auprès des usagers.

➤ **Les axes stratégiques du précédent projet**

Il s'agit des principaux objectifs institutionnels à 5 ans, qui ont été élaborés dans un cadre participatif (groupe de travail et retour vers l'ensemble du personnel), suite à l'évaluation externe. Ces objectifs se résumaient aux 5 axes principaux qui suivent :

- 1.** Accompagnement du vieillissement et /ou de la fin de vie
- 2.** Evolution de l'accompagnement des personnes autistes (FAM)
- 3.** Travail sur l'intimité et la sexualité
- 4.** Evaluation des nouvelles modalités de prises en charge et de l'évolution des besoins :
- 5.** Sens et pérennité des commissions

2.10.3. Les modalités de suivi, d'évaluation et d'actualisation du projet d'établissement

La dernière évaluation externe date de fin 2013. Son rapport définitif a été validé et communiqué en début d'année 2014. Le projet d'établissement a ensuite été rédigé, en 2014, de manière participative (professionnels / résidents / équipe de direction).

Sa réécriture en 2020 a été interrompue par la crise sanitaire mondiale de la COVID-19.

➤ Participation à l'élaboration du projet d'établissement

Groupes de travail :

Groupe 1 : Capacités développement des compétences et promotion de l'autonomie de la personne	Groupe 2 : Autodétermination et pouvoir d'agir	Groupe 3 : Aïdance et Pair-Aïdance	Groupe 4 : Expression de la citoyenneté
Christine DOSE (ME) Magali GARY (AMP) Denis GHEERAERT (ES) Françoise TAILLANDIE (ME) Marine THOUVENIN (AES) Sylvain LEGRAND (MA)	Celine ORGAER (AV) Véronique LESCURE (AS) Roland HOSPITALIER (AMP) Nathalie SILVA VAZ (stagiaire ME) Patrick HEROS (ES) Cathie GAUDIN (AES)	Sonia BURGER (AMP) Alexia GRENIER (AES) Marine THOUVENIN (AES) Anais ANCEAUX (AES) Annick GERMAIN (AMP) Joane TIEFFRY (Lingerie) Véronique DEHERRIPONT (ME)	Gilles HARGOUS (MA) Patrick HEROS (ES) Magali GARY (AMP) Raphaël CASSINI (AES) Nathalie SILVA VAZ (stagiaire ME) Alexa LAVIGNE (ES)
Groupe 5 : Vie affective et sexuelle	Groupe 6 : Santé et accessibilité aux soins	Groupe 7 Thérapeutique non-médicamenteuse	Groupe 8 : Internet et les nouvelles technologies
Maryline SABACA (AMP) Raphaël CASSINI (AES) Florence HUMMEL (AMP nuit) Valérie VIGNAUD (AMP nuit) Laura RIBERE (AES) Nathalie SILVA VAZ (stagiaire ME)	Emeline CHABAIL (Apprentie ME) Sandrine NOEL (AES) Alexa LAVIGNE (ES) Marie CHAMPENOIS (AMP) Manon DURAND (AES) Claudine ARADE (AS) Adeline VIALA (IDE) Véronique LESCURE (AS) Joëlle BOISSIERE (ME)	Maryline SABACA (AMP) Christine HELLMUTH (ME) Françoise LASGOUTE (Agent d'entretien)	Cathy CONILH (AES) Marie-Laure PAU (AES) Annalyne FRITSCH (AES) Marie CHAMPENOIS (AMP) Marine CAPETTE-LAPLENE (Stagiaire ME) Roland HOSPITALIER (AMP) Frédéric CAILLE (cuisinier) Céline ORGAER (AV)
	Groupe 9 : projets inclusifs et partenariats	Groupe 10 Vie intime / vie affective / vie sexuelle	
	Patrick HEROS (ES) Sandrine NOEL (AES) Céline FOU CART (agent d'entretien) Antoine GOUBET (agent d'entretien) Marine CAPETTE-LAPLENE (stagiaire ME) Françoise TAILLANDIE (ME) Sylvain LEGRAND (MA)	Joëlle BOISSIERE (ME) Marine CAPETTE-LAPLENE (stagiaire ME) Cécile HEGON (AMP) Marie-Laure PAU (AES) Marie-Laure LEGER (AS nuit) Anais ANCEAUX (AES)	

Rédacteurs :

- Mme Naomi Guillebot-Wild, Adjointe de Direction
- Mme Elisabeth Repplinger, Adjointe de Direction
- M. Cyril Martz, Directeur

L'évaluation externe de l'établissement est prévue en novembre 2025.

Le COPIL E.E. (Evaluation Externe) se réunit régulièrement pour fixer le plan d'action et des groupes de travail réalisent actuellement l'autoévaluation.

Cette évaluation externe va nous permettre d'affiner notre plan d'amélioration de la qualité pour les 5 années à venir.

3. Les ressources du projet

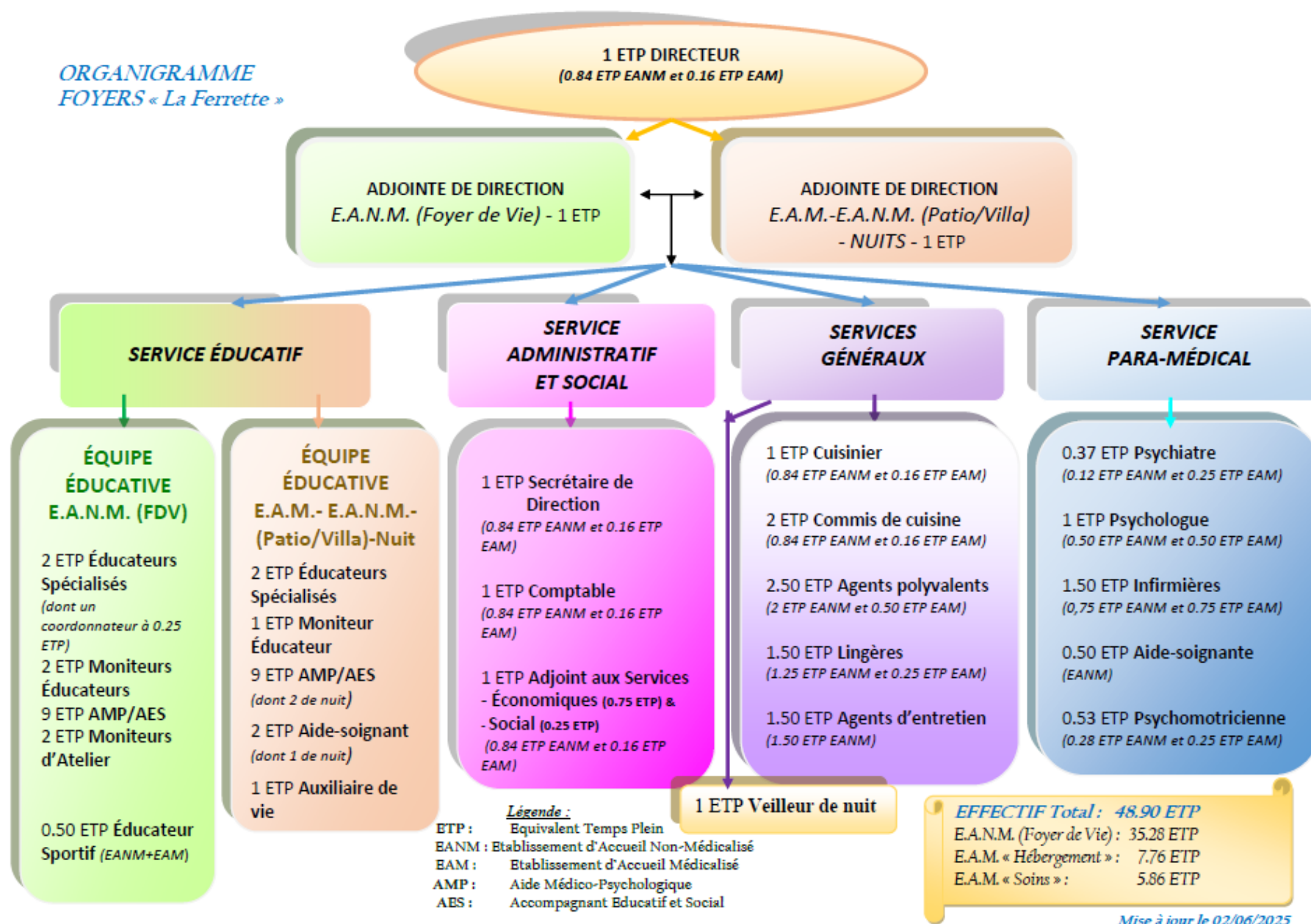
3.1. Les ressources humaines

3.1.1. L'organigramme

3.1	Fonctions gérer, manager, coopérer
3.1.1	Gestion des ressources humaines
3.1.1.1	Pilotage et direction
3.1.2	Gestion administrative, budgétaire, financière et comptable

3.2	Fonctions logistiques
3.2.1	Locaux et autres ressources pour accueillir
3.2.1.5	Hygiène, entretien, sécurité des locaux, espaces extérieurs
3.2.2	Fournir des repas
3.2.3	Entretenir le linge

ORGANIGRAMME
FOYERS « La Ferrette »



3.1.2. Les compétences mobilisées

➤ **Les instances de régulation et de transmission de l'information**

L'objectif majeur des équipes pluridisciplinaires est de répondre au mieux aux différents besoins de la personne, tous domaines confondus, tant au niveau social que médical, psychologique, administratif ou dans la gestion du quotidien. Cela tend à prendre en compte la personne dans sa « globalité ».

Les équipes offrent ainsi un panel de compétences permettant de proposer des réponses les plus adaptées possibles. Elles viennent nourrir la démarche de réflexion dans l'objectif de donner du sens aux différentes interventions.

Afin d'objectiver les interventions, différentes réunions sont mises en place. Chaque foyer organise des réunions spécifiques permettant de regrouper une partie ou l'intégralité de l'équipe de l'unité. Ce faisant, elles servent à diffuser l'information utile à tous les membres de l'équipe de façon simultanée ou à traiter collectivement d'une question intéressant les professionnels. C'est un temps propice à la formalisation du projet personnalisé et aux évaluations.

Des réunions en équipe pluridisciplinaire sont également repérées régulièrement, pour favoriser les échanges et la réflexion sur les projets, le fonctionnement et l'organisation.

- Les réunions interservices : tous les trimestres, un représentant de chaque service et l'équipe de direction, se réunissent pour échanger sur des problématiques communes relatives à l'organisation, au fonctionnement, de façon à garder une vision d'ensemble de l'organisation.
- Les réunions d'harmonisation : Tous les mois, l'ensemble du personnel éducatif et paramédical, du foyer de vie et du FAM se réunissent pour partager l'actualité des projets transversaux en cours, à venir et à mettre en œuvre.

➤ **L'articulation entre le suivi éducatif, le suivi social et le suivi thérapeutique**

Il s'agit de s'accorder sur la cohérence entre les différents registres, d'animer le travail d'équipe sur la base de cette cohérence et de la faire vivre au quotidien auprès des usagers (projets personnalisés, suivi conjoncturels ou continus...). Les temps de liaison quotidiens, notamment entre l'équipe du matin et de l'après-midi, en présence d'un cadre et/ou d'un coordonnateur, de l'équipe éducative et sociale, et de l'équipe paramédical sont fondamentaux pour garantir, une fois encore, la cohérence (suivi médical ou paramédical particulier, événement familial pour un usager, absence non prévue d'un titulaire, événement institutionnel problématique...). Ces temps quotidiens mettent également en exergue les problématiques récurrentes de nos résidents, nécessitant un approfondissement de la situation et de l'organisation de sa gestion.

➤ **L'implication des services généraux dans la mission**

Notre identité institutionnelle s'appuie sur un principe spécifique : « Dans un cadre clair et balisé, chacun à un rôle à jouer et personne ne se voit cantonner à un rôle purement technique, quel que soit son poste ». Ceci sous-entend qu'en fonction de son statut et de sa qualification, sans confondre les rôles et les compétences, chacun a un rôle à jouer au regard de la mission. En d'autres termes, chacun prend, à son niveau et dans le cadre de son travail spécifique, en considération l'usager, ses besoins, son projet...

Dans ce cadre, diverses illustrations peuvent en témoigner :

- La participation active des usagers, auprès des personnels concernés, au nettoyage, au repassage et au rangement du linge. La même participation existe concernant le ménage et la maintenance des locaux ou des abords extérieurs. Cette participation peut également se traduire par un stage en interne, auprès d'un service de l'établissement (ménage / lingerie / cuisine / entretien technique) de plusieurs jours consécutifs, avec des objectifs initiaux, une évaluation et un bilan de fin de stage.

- La présence des personnels des services généraux dans les commissions (voir paragraphe spécifique dans la partie « réunions » ci-après) auprès des usagers et des personnels éducatifs et soignants...
- Formation des services généraux sur les spécificités du public accueilli.
- Groupes d'Analyses de la Pratique en équipe pluridisciplinaire : les groupes ont été ouverts à l'ensemble du personnel (services généraux compris).

3.1.3. La G.P.E.C., la G.P.E.P.P., la formation

3.1	Fonctions gérer, manager, coopérer
3.1.1	Gestion des ressources humaines
3.1.1.2	Gestion des ressources humaines, de la GPEC et du dialogue social

La Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences (G.P.E.C.) qui a laissé place à la G.P.E.P.P. (Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Parcours Professionnels), permet d'appréhender, repérer les talents, les faire émerger et adapter le développement des compétences et la gestion des emplois au sein d'une organisation apprenante.

Les foyers sont confrontés à des changements de diverses natures, pour développer les services, dans la mesure du possible, il faut anticiper ces évolutions en faisant évoluer ses pratiques et son organisation. L'objectif étant l'amélioration continue des compétences des équipes pluridisciplinaires.

En anticipant les évolutions des emplois, l'entretien individuel permet de faire en sorte qu'il y ait correspondance entre les ressources humaines de l'entreprise et ses besoins tant d'un point de vue quantitatif (les effectifs) que qualitatif (les emplois et les compétences).

Les foyers bénéficient d'un plan de formation spécifique qui permet d'identifier les compétences qu'il faut conserver, développer, et/ou acquérir à court ou moyen terme. Outre le fait des bonnes pratiques professionnelles, l'établissement est soucieux d'accompagner les salariés dans un projet d'évolution professionnelle.

Les nombreux départs en retraite des salariés durant les 3 années à venir de 2025 à 2027, mais aussi les difficultés de recrutement impliquent d'appréhender le recrutement en pensant les nouveaux métiers et les transformations de poste pour une meilleure pertinence de l'accompagnement des personnes dans une dynamique de performance de la continuité des services.

L'attractivité du secteur peut s'envisager par l'émergence de nouveaux modèles d'exercice des métiers : accompagner la personne à exercer son pouvoir d'agir, c'est mettre en action son pouvoir d'agir professionnel. Le professionnel devient un « facilitateur ».

3.2. La démarche de Responsabilité Sociétale des Entreprises (RSE)

La démarche RSE représente des enjeux importants pour les acteurs du secteur médico-social.

En effet, la performance de l'établissement ne se mesure pas à sa performance financière mais bel et bien à un ensemble de critères comme le bien-être des usagers, les compétences des collaborateurs, ou encore l'impact de l'activité de l'établissement sur les parties prenantes.

La mise en place d'une démarche RSE permet donc à l'établissement de **valoriser l'approche globale** et transversale de sa structure, que ce soit par la mise en place de mesures pour l'environnement, l'amélioration de la qualité de vie au travail par le biais d'un management participatif, d'un dialogue social ouvert et bienveillant, mais également par la maîtrise des dépenses, la valorisation des déchets, la favorisation des achats responsables, le choix de fournisseurs de proximité, la sélection de sociétés du territoire pour les contrats de maintenance. Les foyers la Ferrette ont, par exemple, confié la collecte des déchets alimentaires à une Entreprise d'Insertion du département (La Régie de Territoire de la Vallée du Lot 47).

La RSE dans le secteur médico-social permet donc à l'établissement d'améliorer ses performances globales, qu'elles soient financières, environnementales ou encore sociales, et donc de valoriser la qualité de ses services auprès de ses parties prenantes et donc des personnes accompagnées.

Néanmoins, il convient de continuer notre progression sur ce domaine notamment avec un travail de fond sur une prise de conscience collective, et donc par les personnes accueillies également.

Au-delà de sensibilisations aux écogestes quotidiens (éteindre les lumières, gestion de l'utilisation de l'eau, tri des déchets...), il est nécessaire d'inscrire la RSE dans un véritable projet pédagogique pour nos foyers, se traduisant par des ateliers réguliers, des actions ponctuelles, le développement de partenariats et des projets en extérieurs.

Perspectives / orientations stratégiques

- Développer les actions pédagogiques permettant de sensibiliser les personnes aux enjeux du réchauffement climatique et du développement durable.
- Organiser des manifestations et projet sur cette thématique.
- Mobiliser les équipes et favoriser sa formation en matière d'éducation au développement durable.

➤ La Qualité de Vie et des Conditions de Travail

Dès 2017, dans le cadre de son projet associatif, l'ALGEEI témoigne de son ambition de mettre en œuvre la QVT comme : « un projet mobilisateur qui permet d'engager une dynamique collective et participative, mais également d'associer chacun dans les améliorations des conditions de travail ». Il y est notamment question de « préserver le sens et la qualité du travail dans un contexte en mutation ».

Le 10 mai 2019, une nouvelle étape est franchie, avec un accord collectif spécifique qui pose notamment un premier objectif prioritaire (engageant puisqu'intégré à l'accord), dans les termes suivants :

- Intégrer la parole de chaque salarié dans un processus de travail participatif.

Avec les enjeux suivants :

- Garantir la place et la reconnaissance de chacun,
- Favoriser les synergies d'équipe et la cohérence partagée.

Depuis le 31 mars 2022, l'expression « qualité de vie au travail » (QVT) est remplacée dans le Code du travail par « qualité de vie et des conditions de travail » (QVCT).

La QVCT concerne tous les sujets qui associent la qualité des prestations auprès des usagers et les conditions de travail des salariés.

La démarche Q.V.C.T. suppose de la collaboration, de la contribution, de la co-construction et de la concertation de la part des acteurs professionnels. La démarche Q.V.C.T. au sein de l'établissement se déploie selon les étapes suivantes :

- Informer les salariés sur la QVCT
- Réfléchir au choix du thème retenu : par le moyen de 2 enquêtes, le **thème de l'accueil des nouveaux salariées (en CDD)** a été retenu pour le cycle 2024-2025
- Construire le diagnostic
- Construire le plan d'action

3.3. Les ressources immobilières et mobilières

3.3.1. Les locaux et leurs aménagements

Les bâtiments de la Ferrette ont été construits il y a presque 25 ans, et aujourd'hui nous constatons la nécessité de réaliser des travaux.

En effet, nos locaux ne répondent plus correctement aux différents besoins de nos résidents.

Plusieurs constats sont réalisés :

- Une vétusté plus significative que prévue et des dégradations importantes, ayant pour conséquences :
 - des coûts d'entretien importants qui prennent le pas sur des investissements de matériel ou sur des projets,
 - des travaux d'aménagement et de rénovation qui sont de la responsabilité du propriétaire et sont longs et complexes à mettre en œuvre,
 - des conditions d'accueil dégradées pour nos résidents (chambres et salles de bain),
 - des espaces non-adaptés aux problématiques de santé liées au vieillissement de la population :
 - la taille des chambres et de leur salle de bain
 - le faible nombre de chambres adaptées pour les Personnes à Mobilité Réduite
 - un nombre significatif de chambre à l'étage
 - un grand couloir de déambulation, entre le côté hébergement et le reste de l'établissement (restauration / activités / loisirs)
- ***Spécificités pour le Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM)***

S'ajoutent à ces problématiques générales, des écarts significatifs entre les conditions d'accueil nécessaires et réelles pour les résidents du Foyer d'Accueil Médicalisé.

En effet, Les résidents du FAM ont besoin d'un environnement clair afin de distinguer les différents lieux de vie (lieu privé et lieu collectif). Il est recommandé d'avoir un lieu pour une fonction.

Malheureusement l'architecture actuelle du FAM ne peut répondre à ce besoin. Avec 12 chambres réparties en 2 ailes identiques : 6 chambres et une salle commune au centre (salon TV d'un côté, salle de restauration de l'autre), une terrasse extérieure, les activités se réalisent dans la salle de restauration ou bien dans d'autres espaces communs avec le foyer de vie, ayant différentes fonctions.

Chaque résident est libre de circuler dans tout l'établissement. Une sensibilisation a cependant été menée auprès des résidents du Foyer de Vie pour limiter le va-et-vient sur le FAM, ceci afin de garantir une qualité de vie aux personnes accueillies.

Même si l'adaptation est de mise, avec notamment des moyens de visualisation qui ont donc été mis en place (pictogramme sur portes) pour permettre aux personnes de mieux s'orienter, nous ne respectons pas un critère fondamental pour l'accompagnement de personnes atteintes de troubles autistiques, à savoir, un lieu pour une fonction.

Perspectives / orientations stratégiques

- Il est impératif pour notre établissement et ses équipes, de continuer à faire preuve d'ingéniosité et de persévérance pour le bien-être quotidien de nos résidents, et pour l'équipe de direction d'être dans la prospective afin de faire évoluer nos locaux comme il se doit.

- Un projet d'agrandissement du FAM est prévu depuis un certain temps, avec la création d'un bâtiment spécifique pour avoir des salles dédiées pour chaque activité. Après avoir obtenu les financements, réalisé les plans et déposé un permis de construire, le projet a été suspendu par le Conseil départemental 47 de manière assez inattendue et incompréhensible. Des raisons financières, avec des surcoûts du projet (notamment au regard de l'augmentation des matières premières), nous ont été avancées.

Il convient de continuer la mise en œuvre de ce projet d'agrandissement, qui a été longuement murit et travaillé par le passé, dans l'intérêt de la prise en charge du public accueilli sur le Foyer d'Accueil Médicalisé.

3.3.2. Les ressources matérielles et mobilières

➤ **La flotte de véhicules**

Avec 4 minibus (type Traffic) et 2 voitures (C3), la Ferrette disposent de véhicules pour les accompagnements pour les rendez-vous médicaux, à la pratique d'activités à l'extérieur et à des sorties ou séjours mais aussi le cas échéant aux transports liés aux besoins des services logistiques ou déplacements professionnels.

Chaque véhicule est affecté à une entité mais tous sont bien évidemment mutualisés en fonction des besoins.

➤ **L'informatique**

Des ordinateurs portables (ou fixes) sont mis à disposition du personnel, sur le même principe que celui de la téléphonie, à savoir avec une répartition sur chacun des foyers et des différentes unités.

Il y a une salle informatique, avec des ordinateurs fixes, pour les résidents. Cette salle est accessible à la fois dans le cadre d'une activité informatique avec un professionnel, mais aussi en libreaccès pour les résidents, en dehors des horaires d'activités.

Les résidents qui en font la demande peuvent bénéficier d'une connexion wifi pour leur téléphone, leur ordinateur ou leur tablette.

Un serveur partitionné avec des droits d'accès individualisés permet l'accès à toutes les informations réglementaires et utiles intéressant les personnels et les résidents.

Les personnels en charge de l'accompagnement et du soin ont accès au dossier de l'utilisateur numérique IMAGO-DU.

➤ **La téléphonie**

Outre les téléphones fixes implantés dans les différentes unités, des téléphones portables avec caractéristiques Protection Travailleur Isolé (PTI) sont mis à disposition de chaque foyer.

Perspectives / orientations stratégiques

Il est fondamental de veiller au bon état et fonctionnement de ces différents outils de travail du quotidien, et donc de prévoir leur renouvellement / maintenance, dans nos dépenses futures.

4. Les objectifs d'évolution et de développement

4.1. Les axes stratégiques

Les foyers la Ferrette inscrivent leurs actions dans une démarche continue d'amélioration de la qualité afin de répondre au plus près aux attentes et aux besoins des personnes accompagnées et de leur entourage dans le respect des recommandations de bonnes pratiques et du cadre réglementaire et légal qui structurent notre accompagnement.

Le nouveau dispositif d'évaluation construit par l'HAS, s'appuie désormais sur un référentiel national commun à tous les ESSMS centré sur la personne accompagnée. Il répertorie les exigences à satisfaire par l'établissement et les éléments nécessaires à leur évaluation.

C'est en s'appuyant sur les écarts constatés dans l'autoévaluation et en prenant en compte le nouveau référentiel qui est structuré en 3 chapitres autour de 9 thématiques que les orientations stratégiques ont été formalisées permettant ainsi d'engager des perspectives d'amélioration autour de :



1. la bientraitance et l'éthique,
2. les droits de la personne accompagnée,
3. l'expression et la participation de la personne accompagnée,
4. la co-construction et la personnalisation du projet d'accompagnement,
5. l'accompagnement à l'autonomie,
6. l'accompagnement à la santé,
7. la continuité et la fluidité des parcours,
8. la politique des ressources humaines,
9. la démarche qualité et gestion des risques.

➤ Les locaux et leurs aménagements

Il est impératif que nos conditions d'accueil (locaux) s'améliorent et que les projets d'extension continuent. Dans un contexte financier et économique de plus en plus complexe, deux axes de travail sur cette thématique s'articulent autour :

- de nouveaux projets : extension du FAM – pour la partie activité mais aussi logement,
- de la maintenance / rénovation de l'existant

4.2. Synthèse des actions et fiches actions

1. Promouvoir La bientraitance et le questionnement éthique	
Objectifs :	<ul style="list-style-type: none"> - Promouvoir le questionnement éthique - Promouvoir la bientraitance - Prévenir la maltraitance, les abus de faiblesse et la violence
Actions :	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Déploiement et mise en œuvre d'une commission éthique ➤ Communication et information autour de l'éthique ➤ Informer sur la fin de vie ➤ Pair-aidance : informer / favoriser / valoriser / former ➤ Dispenser régulièrement des enquêtes de satisfaction ➤ Mise en place d'ateliers vie affective, vie intime et vie sexuelle favorisant l'approche de la notion de consentement

2. Favoriser 'expression des droits et de la citoyenneté	
Objectifs :	<ul style="list-style-type: none"> - Permettre aux personnes d'exercer leur droit - S'assurer de la bonne compréhension des personnes des différentes informations
Actions :	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Information et atelier sur la citoyenneté et le droit de vote ➤ Développer des partenariats pour encourager le bénévolat ➤ Améliorer la communication en amont et aval du CVS ➤ Développer les moyens de communication avec les résidents et poursuivre les formations de nos professionnels (FALC / pictogrammes / partage d'expérience FAM / Foyer de vie etc.)

3. Renforcer l'autonomie et la participation de la personne accompagnée	
Objectifs :	<ul style="list-style-type: none"> - Favoriser l'autodétermination et la participation des personnes accompagnées - Développer les outils de communication, levier essentiel au pouvoir d'agir - Développer la notion de parcours
Actions :	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Création de nouvelle commission (atelier / projet spécifique) pour rendre acteur les personnes de l'évolution de l'établissement ➤ Développer des partenariats extérieurs (travail / logement / foyer / association) pour favoriser leur accès. ➤ S'appuyer sur la nomenclature Serafin PH pour formaliser le sens des actions / prestations réalisées, pour répondre à un besoin ➤ Développer la pair-aidance et les activités préprofessionnelles (stages) qui peuvent être proposées au sein de l'établissement

4. Améliorer l'accès aux soins médicaux et non-médicaux	
Objectifs :	<ul style="list-style-type: none"> - S'adapter aux contraintes rencontrées (difficulté de recrutement / désert médical) - Accompagner le vieillissement de nos résidents
Actions :	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Réalisation d'actions d'éducation à la santé ➤ Développer les partenariats extérieurs et l'intervention de professionnels extérieurs ➤ Développer le « sport santé » ➤ Mise en place d'un référent vie affective ➤ Introduire la question de la fin de vie

5. Adapter l'environnement aux besoins des personnes accompagnées	
Objectifs :	<ul style="list-style-type: none">- Rénover et aménager les bâtiments- Développer les espaces du FAM
Actions :	<ul style="list-style-type: none">➤ Rénover les locaux (en qualité et en confort)➤ Transformer des espaces pour accueillir les personnes qui ont des difficultés de mobilité➤ Adapter l'organisation du quotidien et des lieux de vie aux contraintes des résidents➤ Continuer le projet d'extension du FAM avec le nouveau bâtiment d'activité➤ Déplacer les logements du FAM (à l'extérieur de l'établissement)➤ Création d'une unité de vie : FAM pour personnes en Perte d'Autonomie

CONCLUSION

Le projet d'établissement 2025-2029 s'inscrit dans la dynamique d'évaluation externe prévue durant le 4^{ème} trimestre 2025 selon le référentiel H.A.S. d'évaluation de la qualité des établissements et services médicosociaux de 2022 et fixe les grands objectifs de travail pour les 5 années à venir.

L'expression, l'exercice des droits et de la citoyenneté des personnes, la participation des personnes, la démarche de réflexion éthique et bienveillante, l'accessibilité aux soins, le développement des compétences des professionnels, la notion de parcours en sont les axes stratégiques tant en matière sociale/sociétale, environnementale ou économique.

En toile de fond de ces orientations, l'entretien et l'aménagement des espaces et des bâtiments seront notre socle commun afin de pouvoir continuer, pour nos résidents, à vivre dans des conditions décentes, et pouvoir mener l'ensemble de ces projets.

GLOSSAIRE

<ul style="list-style-type: none"> ❖ ALGEEI : Association Laïque de Gestion des Etablissements d'Education et d'Insertion ❖ AMP : Aide Médico-Psychologique ❖ ANDEM : Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale ❖ ANESM : Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et Services sociaux et Médico-sociaux ❖ ARS : Agence Régional de la Santé ❖ AES : Accompagnant Educatif et Social ❖ AS : Aide-Soignante ❖ CAF : Caisse d'Allocations Familiales ❖ CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles ❖ CCN51 : Convention Collective Nationale ❖ CDAPH : Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées ❖ CEAA : Centre Expertise Autisme Adultes ❖ CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie ❖ Codir : Comité de Direction ❖ Copil : Comité de Pilotage Qualité ❖ CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie ❖ CRA : Centre de Ressources Autisme ❖ CSE : Comité Social et Economique ❖ CSSCT : Commission Santé, Sécurité et Condition de Travail ❖ CVS : Conseil de la Vie Sociale ❖ DGAS : Direction Générale de l'Action Sociale ❖ DIE : Droits, Information et Expression de l'utilisateur 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ DMP : Dossier Médical Partagé ❖ DSM : Diagnostic and Statistical Manual ❖ ESAT : Etablissement et Service d'Aide par le Travail ❖ ESMS : Etablissement Sociaux et Médico-Sociaux ❖ ETP : Equivalent Temps Plein ❖ FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé ❖ FEHAP : Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne Privés Non Lucratifs ❖ HAS : Haute Autorité de Santé ❖ IME : Institut Médico-Educatif ❖ IMP : Institut Médico-Pédagogique ❖ ITEP : Institut Thérapeutique, Educatif et Pédagogique ❖ KAPASS : Kit d'Accès et de Préparation aux Soins Somatiques ❖ MDPH : Maison Départementale de la Personne Handicapée ❖ OMS : Organisation Mondiale de la Santé ❖ OPCO : Opérateurs de Compétences ❖ PAQ : Plan d'Actions Qualité ❖ PE : Projet d'Etablissement ❖ RBPP : Recommandation des Bonnes Pratiques Professionnelles ❖ SERAFIN-PH : Services et établissements : Réforme pour une Adéquation des Financements aux parcours des Personnes Handicapées ❖ TED : Troubles Envahissants du Développement ❖ TSA : Troubles du Spectre Autistique
--	---