

# **PROJET DE SERVICE**

# **FOYER D'ACCUEIL MEDICALISE**

# **LOUIS PHILIBERT**

## **2019-2023**



# Sommaire

1	METHODOLOGIE D'ELABORATION .....	3
2	AGREMENT ET POPULATION ACCUEILLIE .....	3
2.1	Population accueillie .....	3
2.2	Admission et accueil.....	4
3	BESOINS DES USAGERS (INSPIRE DE LA PYRAMIDE DE MASLOW).....	5
4	PRESTATION ET OFFRE DE SERVICE .....	8
4.1	Équipes .....	8
4.1.1	Éducatives et soignantes.....	8
4.1.2	Les services supports.....	9
4.2	Journée type.....	10
4.2.1	Respect du rythme de vie de chacun et temps clés du quotidien .....	10
4.2.2	Activités.....	11
4.3	Projet de soins.....	11
4.3.1	Les besoins des résidents.....	12
4.3.2	L'accompagnement à la santé (et ses limites) .....	13
4.4	Le Projet personnalisé.....	15
4.4.1	Son élaboration .....	15
4.4.2	Le référent.....	16
5	AXES D'EVOLUTIONS (ET DEMAIN) .....	18

# 1 METHODOLOGIE D'ELABORATION

En découlement du Projet d'Établissement Louis Philibert, ce Projet de service a été réalisé dans une démarche participative de Février à Décembre 2018.

Il est présenté au conseil de la vie social et au Conseil d'Administration de l'Établissement Louis Philibert.

Il sera révisé au plus tard en 2023.

Son élaboration s'est faite en continuité de l'ancien Projet de Service (nommé anciennement d'Établissement), avec la participation des personnels où chaque grade et fonction étaient représentés en lien avec les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM.

Cette démarche permet une forte implication des agents dans l'application des directions tracées et dans le respect de l'éthique institutionnelle (voir le Projet d'Établissement).

## 2 AGREMENT ET POPULATION ACCUEILLIE

### 2.1 Population accueillie

Le Foyer d'Accueil Médicalisé est agréé pour accueillir 38 personnes dont une personne en Accueil Temporaire.

Le FAM accueille des personnes en situation de handicap mental ou déficience intellectuelle, vieillissantes (plus de 50 ans), et bénéficiant d'une orientation MDPH en Foyer d'Accueil Médicalisé.

Les personnes présentant une dépendance totale ou partielle nécessitent un accompagnement éducatif et de soins de jour comme de nuit pour la plupart des actes de la vie quotidienne : toilette, habillement, repas. Elles ont besoin d'une surveillance médicale, de soins médicaux et paramédicaux constants.

Ces personnes sont dans l'incapacité de travailler ou d'exercer une activité de loisir prolongée en raison de leur fatigabilité, de leur déficit intellectuel, psychique et/ou physique. Toutefois, elles sont aptes à avoir un minimum de vie sociale intra-muros, éventuellement extra-muros.

Leur autonomie de déplacement est limitée. Certaines peuvent se repérer dans l'établissement mais sont totalement désorientées à l'extérieur de celui-ci. L'accompagnement par une tierce personne est donc indispensable.

La place d'accueil temporaire est destinée, à hauteur de 90 jours maximum/année civile, à accueillir des personnes en situation de handicap sans restriction d'âge autre que la majorité et dans le cadre de différents types de séjours :

- Séjours de répit (pour les aidants ou résidents d'autres établissements),
- Séjours d'évaluations,

- Séjours d'accueil d'urgence (exemples de dossiers MDPH « Zéro sans solution »)

## 2.2 Admission et accueil

Une décision d'orientation de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (à la MDPH) est la condition indispensable à toute admission en établissement.

Le dépôt d'un dossier de candidature fourni par l'établissement Louis Philibert doit être constitué et retourné avec un certain nombre de justificatifs.

A réception de ce dossier (complet uniquement) une réunion d'étude des dossiers est organisée : composée de l'équipe de Direction et d'encadrement, d'un médecin psychiatre, d'un(e) psychologue, d'une infirmière coordinatrice, de l'assistante sociale, de la secrétaire des foyers.

En sortie de cette réunion le service propose une première rencontre entre l'utilisateur, sa famille ou son représentant légal, le Chef de service, l'assistance sociale, et un membre de l'équipe pluridisciplinaire.

L'objectif de cette première rencontre est :

- D'échanger sur les attentes et les besoins de la personne
- De présenter le service et son fonctionnement
- D'effectuer une visite des locaux

Après délai de réflexion, si l'utilisateur maintient sa demande d'admission, le dossier est positionné sur une liste d'attente (si le service est complet). En parallèle si une admission directe n'est pas possible, et pour préparer cet accueil, une période d'accueil temporaire peut éventuellement être proposée pour faciliter l'adaptation de la personne à son nouvel environnement et à son nouveau rythme de vie.

À l'issue de cette/ces période(s) et après commun accord entre l'intéressé et/ou son représentant légal et l'établissement, l'admission définitive est prononcée.

Un contrat de séjour est alors élaboré avec la participation de la personne accueillie et/ou de son représentant légal. Il définit les objectifs et la nature de l'accompagnement, et détaille la liste des prestations offertes ainsi que leur coût prévisionnel. Par ailleurs, il doit être remis à l'utilisateur et à son représentant un livret d'accueil, la charte des droits et libertés de la personne accueillie, ainsi que le règlement de fonctionnement.

### 3 BESOINS DES USAGERS (INSPIRE DE LA PYRAMIDE DE MASLOW)

Les besoins des personnes accueillies sont de différentes natures : besoins physiologiques, besoins de sécurité, de communication, d'expression, d'appartenance à un groupe, besoin d'estime et d'accomplissement personnel.

#### Besoins physiologiques :

Les personnes accueillies ont besoin d'aide pour répondre à leurs besoins physiologiques parfois essentiels :

- Aide pour communiquer sur ses besoins physiologiques,
- Accompagnement à chaque temps de la journée : lever, au coucher, aux repas, installation aux toilettes etc...,
- Aide au maintien voire au développement des acquis et de l'autonomie dans sa vie quotidienne en fonction de ses possibilités,
- Accompagner les difficultés inhérentes au vieillissement des personnes (au-delà des soins essentiels : recherche du confort, de la qualité de vie de la personne, même alitée),
- Alimentation (menus adaptés, textures adaptées, aide à la prise du repas, adaptation des couverts, etc.),
- Hydratation (hydratation suffisante, régulation des prises hydriques, textures adaptées),
- Élimination (nécessité d'observation de la régularité de l'élimination, aide médicale et comportementale à l'élimination en cas de rétention, soins d'hygiène),
- Régulation de la température corporelle (adaptation de la tenue vestimentaire à chaque moment de la journée),
- Protéger ses téguments (soins d'hygiène et corporels, notamment hydratation de la peau, changes en fonction des besoins, podologie si nécessaire, surveillance systématique etc.),
- Protection microbienne (nettoyage quotidien des espaces privés et collectifs, etc.),
- Besoin d'expérience corporelle : lutter contre la sédentarité par un mode de vie stimulant, actif et hédoniste adapté à chacun,
- Déplacement (aide pour assurer sécurité et confort, aide à l'orientation en intra et en sorties, aide aux déplacements, aux transferts si nécessaire),
- Bien-être (questionné à chaque projet personnalisé),
- Sexualité (garantir le respect, discrétion et intimité),
- Soins infirmiers spécifiques (une équipe infirmière dédiée),
- Soins médicaux (médecin généraliste),
- Autres soins paramédicaux (kiné, psychomotricité sur site).



## Besoins de sécurité

- Se sentir « chez soi »,
- Maintenir un environnement sécurisant et contenant, un accompagnement cohérent dans un continuum de soutien ; éviter l'aléatoire autant que cela soit possible avec un accompagnement qui privilégie les rythmes réguliers,
- Attention particulière aux manifestations douloureuses (parfois indirectes) et souci de prise en charge de la douleur, tant physique que psychique,
- Possibilité, pour maintenir son sentiment de sécurité, de mettre en œuvre les rituels nécessaires ; prévenir les « régressions » et les accompagner,
- Sécurité liée au maintien des liens avec la famille et/ou représentant légal.

## Besoins de communication, d'expression, d'appartenance à un groupe (*Proposer un « vivre ensemble »*)

- Être entendu, pris en compte, être accepté tel que l'on est, sans chercher la normalisation à tout prix,
- Être reconnu comme le sujet, acteur de son projet,
- Besoin d'une aide pour favoriser la relation aux autres, la vie affective,
- Besoin d'aide pour communiquer avec autrui, pour comprendre et pour exprimer ses choix, son consentement, ses souhaits et ses attentes quel que soit la restriction de l'autonomie ; avec recours à d'autres canaux de communication que le langage verbal si nécessaire (communication facilitée, pictogrammes, photos, etc.),
- Individualisation primordiale de l'accompagnement : prise en compte des différences individuelles (réinterrogée régulièrement en équipe pour éloigner le risque que l'intérêt du « collectif » prenne le pas sur les besoins individuels).

## Besoins d'estime

- Besoin d'être respecté, de se respecter soi-même, et de respecter l'autre,
- Besoin d'avoir des activités valorisantes, à ses yeux et aux yeux des autres, dans le domaine du quotidien ou dans les loisirs (planning individualisé qui tient compte de la personnalité, de l'histoire, des goûts, des choix de la personne, planning dont la pertinence est réinterrogée régulièrement, etc.),
- Besoin de « se sentir utile », de participer au collectif,
- Maintenir et développer des savoirs faire, de nouvelles compétences qui soient gratifiants, valorisants,
- Besoin d'aide pour créer du lien social en favorisant les activités, les pratiques, les rencontres ouvertes vers l'extérieur (inter services ou dans la cité).

## Besoins d'accomplissement personnel

- Besoin de faire des projets, d'avoir des objectifs, des opinions, des convictions, de pouvoir exprimer ses idées (proposition d'espaces et de temps d'expression en individuel et en collectif, groupes de parole, réunion de résidence, groupe vie sociale...) permettant également un recueil pour des instances comme le CVS (conseil de vie sociale), l'enquête de satisfaction, etc...,
- Besoin d'accompagnement dans ses choix pour son quotidien et ses projets de vie,
- Besoin de communiquer avec son entourage et de participer, de coopérer, de célébrer,
- Besoin de faire des découvertes, de développer des savoirs, de mobiliser sa créativité, (activités, sorties, stimulation dans le quotidien de la résidence, etc.).

## 4 PRESTATION ET OFFRE DE SERVICE

### 4.1 Équipes

#### 4.1.1 Éducatives et soignantes

L'accompagnement au quotidien sur le Foyer d'Accueil Médicalisé est assuré par quatre équipes de professionnels (une équipe par unité de vie). Le personnel est mobile d'une résidence à l'autre selon les besoins du service.

↳ Des équipes pluri-professionnelles avec :

- ☞ Un Cadre Socio-Éducatif (1 ETP)
- ☞ Des Aides-soignants (13 ETP)
- ☞ Des Aides médico-psychologiques (21 ETP)
- ☞ Des Moniteurs-éducateurs (4 ETP)
- ☞ Un Éducateur spécialisé (1 ETP)
- ☞ Des Maîtresses de maison (5,8 ETP)

↳ Médicales et paramédicales

Le suivi médical et paramédical est assuré par :

- ☞ Des infirmières, (3 ETP)
- ☞ Un médecin généraliste, (0,28 ETP)
- ☞ Une psychologue, (0,50 ETP)
- ☞ Une psychomotricienne (0,5 ETP)
- ☞ Un médecin psychiatre (0,24 ETP)
- ☞ Un kinésithérapeute (0,50 ETP)

### 4.1.2 Les services supports

Au-delà de la réalisation des tâches techniques, administratives où chacun contribue au prendre soin du résident et à l'accompagnement dans son projet de vie :

#### ↳ Le secrétariat

En lien avec les familles, les tuteurs et les partenaires institutionnels, la secrétaire des foyers assure la gestion de toute la partie administrative, ainsi que le suivi des dossiers des résidents, la facturation et diverses tâches en lien avec les chefs de services.

#### ↳ La restauration

Les résidents prennent l'ensemble des repas sur leur lieu de vie.

Les repas sont préparés par la cuisine centrale et sont livrés en liaison chaude sauf le petit déjeuner préparé sur chaque unité de vie le matin.

Certains résidents bénéficient, pour raisons médicales et/ou spécifiques de repas et textures adaptées.

#### ↳ Le linge

L'entretien du linge des résidents est assuré dans une buanderie non attenante au FAM mais sur le site de Louis Philibert.

La collecte et distribution du linge est assurée par les services techniques.

Le FAM possède tout de même une machine à laver et un sèche-linge offrant la possibilité, dans le cadre d'un projet éducatif spécifique, de proposer la gestion de cette tâche en totale ou partielle autonomie.

#### ↳ La maintenance

L'entretien et la maintenance des locaux et matériels sont assurés par des ouvriers sous la responsabilité d'un chef de service. Ces personnels possèdent des compétences de métiers comme plombier, électricien, etc. et assurent également différentes tâches (enlèvement du linge sale et livraison du propre, réparations diverses...).

Un certain nombre de véhicules et véhicules adaptés dont ils ont également l'entretien sont affectés au Foyer offrant la possibilité de sorties extérieures.

#### ↳ Assistante Sociale

Dans les missions qui lui sont confiées, elle :

- Favorise l'accueil et l'intégration des personnes accueillies
- Soutient l'évolution de leurs parcours.

- Accompagne la prise en charge sociale globale en cohérence avec le projet individualisé, arrêté conjointement avec l'équipe encadrante et l'utilisateur, en articulation avec l'ensemble des dispositifs d'aide existants, orientation, réorientation.
- Recherche des solutions.
- Développe les partenariats.

## 4.2 Journée type

### 4.2.1 Respect du rythme de vie de chacun et temps clés du quotidien

Les matins sur chaque unité à 7h, deux agents prennent leur service en relais de la personne de nuit.

Les levers sont échelonnés pour respecter le rythme de chacun.

La toilette est un moment privilégié où la personne est accompagnée individuellement dans le respect de son intimité.

L'aide à l'habillement est également assurée si besoin en respect des choix vestimentaires.

Les maîtresses de maison en horaires fixes arrivent à 7h30 tous les jours, s'occupent du service des petits déjeuners avant d'entreprendre l'entretien des chambres et des locaux.

Le traitement du linge, de sa collecte à sa redistribution est mis en œuvre quotidiennement.

La journée est adaptée au rythme de la personne. Un équilibre est recherché entre vie en collectivité et rythme individuel.

Un planning est réalisé chaque semaine afin d'aider la personne à se repérer dans l'organisation des différentes activités adaptées collectives ou des temps plus personnels (rendez-vous médicaux, rencontre avec les familles).

Les résidents accueillis, avec l'avancée en âge, sont parfois plus solitaires et aspirent à plus de calme. Le rythme de vie de chacun est donc également pris en considération.

Un équilibre permanent doit être trouvé entre les actions de stimulations nécessaires au maintien des acquis et au développement et le respect du choix de certains usagers à vivre une vie plus paisible.

Pour autant, tout doit être mis en œuvre afin d'éviter le repli sur soi.

La fatigabilité liée aux traitements est également prise en compte.

Pour ces raisons, le planning de la semaine peut être aménagé et allégé pour certaines personnes selon les périodes de méformes.

Les visites des familles (sur site, à l'extérieur, au domicile familial) sont également incluses dans cette organisation.

L'année est ponctuée et rythmée également par des festivités internes ou externes.

## 4.2.2 Activités

*(Sociales, Culturelles, Occupationnelles, Sportives etc.)*

Rythmer les journées, stimuler, maintenir les acquis, autant d'activités proposées et adaptées au projet de chacun, matin et après-midi : Promenades, équithérapie, piscine, balnéothérapie, théâtre, activités créatives, musicothérapie, danse, chant, activité physique adaptée, contes, relaxation, expression sonore, éveil corporel, gymnastique, pétanque, soins corporel et esthétique, atelier médiation plastique.

Un poulailler permet une approche des animaux avec l'entretien de cet espace de vie.

## 4.3 **Projet de soins**

Il s'appuie sur les références légales suivantes :

Article L1111-4 Code de la Santé Publique

- Modifié par [LOI n°2016-87 du 2 février 2016 - art. 5](#)

*Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé.*

*Toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement. Le suivi du malade reste cependant assuré par le médecin, notamment son accompagnement palliatif.*

*Le médecin a l'obligation de respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix et de leur gravité. Si, par sa volonté de refuser ou d'interrompre tout traitement, la personne met sa vie en danger, elle doit réitérer sa décision dans un délai raisonnable. Elle peut faire appel à un autre membre du corps médical. L'ensemble de la procédure est inscrite dans le dossier médical du patient. Le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa fin de vie en dispensant les soins palliatifs mentionnés à l'article [L. 1110-10](#).*

*Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment.*

*Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l'article [L. 1111-6](#), ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté.*

*Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, la limitation ou l'arrêt de traitement susceptible d'entraîner son décès ne peut être réalisé sans avoir respecté la procédure collégiale mentionnée à l'article [L. 1110-5-1](#) et les directives anticipées ou, à défaut, sans que la personne de*

*confiance prévue à l'article L. 1111-6 ou, à défaut la famille ou les proches, aient été consultés. La décision motivée de limitation ou d'arrêt de traitement est inscrite dans le dossier médical.*

*Le consentement du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. Dans le cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur ou du majeur sous tutelle, le médecin délivre les soins indispensables.*

*L'examen d'une personne malade dans le cadre d'un enseignement clinique requiert son consentement préalable. Les étudiants qui reçoivent cet enseignement doivent être au préalable informés de la nécessité de respecter les droits des malades énoncés au présent titre.*

*Les dispositions du présent article s'appliquent sans préjudice des dispositions particulières relatives au consentement de la personne pour certaines catégories de soins ou d'interventions.*

### **4.3.1 Les besoins des résidents**

L'accompagnement dans la santé s'apprécie selon quatre approches : préventive /éducative / curative / palliative.

Les besoins d'un point de vue médical : les résidents nécessitent un suivi général de leur état de santé et pour certains, un suivi spécifique en fonction de leur pathologie ou handicap.

Certaines pathologies associées nécessitent une surveillance particulière (épilepsie, troubles trophique dus au manque de mobilité, troubles ioniques).

Le besoin en consultations spécialisées est très important pour les résidents du FAM et s'accroît avec l'avancée en âge.

Le constat est fait ces dernières années d'une forte perte d'autonomie, qui coïncide avec l'augmentation de la moyenne d'âge des résidents, à ce jour de 55ans, impliquant un accompagnement au quotidien plus soutenu (nursing, habillage, surveillance de l'élimination, observation du comportement, aide au transfert, aide à la marche ...).

Le cumul des handicaps moteur et cérébraux impacte la santé des résidents et un accompagnement spécifique est nécessaire en raison de leurs difficultés d'expression.

Les personnels éducatifs et soignants qui sont au contact quotidien des résidents jouent un rôle primordial d'observation et de compréhension des comportements des résidents. L'observation quotidienne permet de détecter les besoins des résidents qui ne savent exprimer ni la douleur, ni un dysfonctionnement ou un trouble organique.

La collaboration entre personnels de formation éducative (AES, ME, ES) et personnels de formation soignante (aide soignants) permet une complémentarité des regards et facilite cette observation.

En cas de trouble du comportement, une des lignes de conduite de l'équipe est d'éliminer la cause somatique avant de rechercher des causes éventuellement psychiques.

Le vieillissement est un élément également majeur impactant la santé des résidents. Des actions préventives sont nécessaires face aux effets de l'avancée en âge et les besoins de demain doivent être anticipés.

Le risque est élevé, pour certains résidents, de se voir confrontés à un vieillissement anticipé et accéléré. C'est la tendance globale dans les cas de polyhandicap et plus spécifiquement encore pour les personnes porteuses de trisomie 21.

Un accompagnement spécifique est nécessaire pour ces personnes, sur le plan somatique comme sur le plan psychique, lorsque des troubles neurologiques s'associent au handicap avec l'avancée en âge (démences dégénératives ex. Alzheimer).

De par ces constats et faits des besoins humains et techniques supplémentaires sont nécessaires et requièrent des compétences professionnelles adaptées.

#### **4.3.2 L'accompagnement à la santé (et ses limites)**

Des soignants au plus près du résident :

L'équipe éducative se relaie jour et nuit sur les pavillons du FAM, les IDE sont présent de 8h à 20h,

Rôle des agents éducatifs et soignants :

- Observations et « lecture » du comportement,
- Soins courants et « actes » de type prélèvements urines/selles, application de collyre, pose de crème,
- Surveillance (avant et après actes invasifs, suivi de selles, hydratation, alimentation, surveillance des constantes si besoin),
- Explication et information aux résidents concernant les soins, accompagnement lors des consultations ou soins dispensés par les médecins.

L'accompagnement se veut rassurant et les soins courants sont faits sans attente, ce qui apporte une réelle qualité de vie.

### Rôle des IDE :

- Coordination du parcours de soin.
- Diagnostic infirmier.
- Soins infirmiers relevant du rôle propre et soins prescrits.
- Lien avec les médecins.
- Information aux résidents, aux équipes et aux familles.
- Participation au PP (volet soin et participation à la prise en charge globale).
- Accompagnement psychologique du résident (entretiens, échanges au cours des soins).
- Gestion des urgences (formation AFGSU).

Les IDE sont des professionnels bien repérés comme tel par les résidents, ce qui offre parfois notamment la possibilité d'une prise de distance pour le personnel éducatif.

- Lien avec partenaires médicaux extérieurs.
- Distribution des médicaments en collaboration avec l'équipe éducative.

### Rôle des médecins :

- Suivi médical ordinaire (visites annuelles).
- Prise en charge des maladies et événements intercurrents.
- Prévention (vaccinations, régimes alimentaires).
- Gestion des urgences (sur temps de présence).
- Participations aux projets et réflexions d'ordre médical (secret partagé, logiciel, télémédecine).
- Lien avec les familles.
- Partie administrative (dossier MDPH, certificats médicaux divers).
- Intervention en tant qu'autorité médicale si nécessaire auprès du résident.
- Lien avec les médecins spécialistes en fonction de la pathologie et/ou du handicap.

### Les partenariats :

- Intervenant en interne : neurologue, pédicure podologue, kiné, diététicienne, bus Handident, HAD, Pharmacie
- Partenaires extérieurs : hôpitaux et cliniques (hôpital général + psychiatrique), spécialistes.

La collaboration existante depuis plusieurs années avec certains de ces spécialistes permet aujourd'hui de parler de réel partenariat de qualité.

### « Secret partagé »

Les professionnels soignants partagent les informations médicales avec les professionnels éducatifs dans le respect du secret médical et selon les principes du « secret partagé ».

### Matériel médicalisé

Pour la toilette (barres de douche, chaise de douche, lève personne, brancard douche)

Pour les déplacements et transferts (fauteuils, déambulateurs, cannes) : personnalisés, sur prescription + lits médicalisés, lits Alzheimer, matelas à mémoire de forme.

**Les limites en général : elles sont celles de l'accompagnement sanitaire impossible à assurer au sein du service et/ou de certains actes techniques (notamment en raison de l'absence d'infirmière la nuit) et également certaines contraintes liées au bâti (pas de salles d'eau adaptées aux PMR).**

Réorientation vers autres structures ou secteurs sanitaires (ex : sanitaire psychiatrique si décompensation) lorsque les besoins médicaux sont trop importants et ne peuvent être assurés au sein du Service.

**L'accompagnement à la fin de vie** reste possible au sein du service dans la limite des présences de professionnels habilités, avec mise en place de dispositifs d'hospitalisation à domicile possible en cas de besoin et partenariat avec une unité mobile de soins palliatifs.

**La contention** : sur prescription médicale et réservée à l'indispensable.

## **4.4 Le Projet personnalisé**

### **4.4.1 Son élaboration**

Le projet personnalisé est élaboré en étroite collaboration avec le résident, les équipes éducatives et soignantes, la famille et/ou le représentant légal.

Il est un avenant au contrat de séjour. Il précise les objectifs et les prestations adaptées à la personne et se doit d'être explicite au niveau des actes techniques de chacun des professionnels comme ceux des partenaires extérieurs, des modalités pratiques, des lieux et rythmes d'intervention.

Il prend en compte les besoins et demandes exprimés par la personne accueillie, il implique et décline les objectifs à atteindre en précisant :

- Les moyens mis à disposition
- Les éventuelles échéances

- L'évaluation de la situation du résident

Remis à jour tous les 18 mois à partir d'un calendrier préétabli, la définition des objectifs et des prestations de chaque projet personnalisé est réactualisée en concertation avec le résident, la famille et/ou le représentant légal et les professionnels concernés.

Un bilan intermédiaire est également planifié et élaboré tous les 9 mois.

#### 4.4.2 Le référent

Le référent est nommé dans la foulée de l'admission, il est le garant du suivi du projet personnalisé en collaboration avec l'ensemble des équipes.

Il est chargé de recueillir les informations permettant d'évaluer la situation du bénéficiaire, de présenter en réunion d'équipe pluridisciplinaire l'élaboration de ce projet personnalisé, et d'en assurer ensuite la rédaction. Il doit être continuellement attentif à l'écoute et aux besoins de l'usager à tous les stades du projet. Il coordonne les actions en lien avec tous les acteurs et en particulier la famille ou le représentant légal.

#### Lieu de vie



Le service au travers de son architecture offre aux personnes accueillies un cadre sécurisant, de plain-pied, indispensable dans une mission d'accueil de personnes vieillissantes fragilisées.

Ouvert en 2001, monobloc en forme de « H », il se compose de 4 résidences rassemblées autour d'une salle polyvalente, d'une salle d'accueil des familles, d'une salle de soins équipée, de bureaux (Chef de service, Educateurs) de salles d'activités, d'un SPA.



Chaque résidence accueille 9 à 10 personnes, pour un effectif total de 38 personnes.

Toutes les résidences sont composées de 3 chambres individuelles avec salle d'eau et WC, de 3 chambres doubles avec salle d'eau et WC partagés, d'un salon, d'une salle à manger/cuisine, d'un sas linge sale, d'une lingerie.

Le service favorise la personnalisation des chambres (décoration, mobilier, linge de maison.) Les espaces collectifs sont aménagés et permettent une vie sociale et conviviale avec également deux grandes terrasses extérieures récemment inaugurées.



Chaque résidence est investie de façon à être la plus proche d'un concept familial, de sorte que chaque personne s'y sente chez soi.

Les repas sont livrés et servis dans la salle en manger de chaque unité. Les menus sont préparés en cuisine centrale en collaboration avec une diététicienne extérieure à l'établissement.

## 5 AXES D'ÉVOLUTIONS (ET DEMAIN)

### Besoins des usagers

La révision du Projet de service qui s'appuie à la fois sur l'expertise des 5 années écoulées, les évolutions réglementaires encadrant les pratiques et notre volonté d'optimisation de la qualité d'accompagnement nous amène aux constats suivants :

- Le Foyer d'Accueil Médicalisé Louis PHILIBERT apparaît de moins en moins adapté aux attentes actuelles de l'accompagnement. L'exigüité de certaines chambres, qui sont pour la majorité partagées, les salles d'eau non accessibles pour des personnes à mobilité réduite, le manque de surface dédiée (voir le résultat des indicateurs ARS qui confirment que le FAM Louis PHILIBERT est la plus petite structure en M<sup>2</sup>/usager de la région PACA) ou encore le coût de la maintenance liée à la vétusté, nous indiquent qu'il faut repenser la structure d'hébergement.
- L'évolution des standards de vie font que des conditions, auparavant supportables sont chaque fois plus en décalage avec les attentes des personnes et nos ambitions concernant la qualité d'accueil. Un des points fondamentaux du Projet de service pour les 5 années à venir, sera l'élaboration et le lancement **du projet d'étude d'une reconfiguration globale de « l'outil hébergement »**. Cela pourrait prendre la forme d'importants aménagements et/ou d'une relocalisation sur le site de l'Établissement Louis Philibert, voir travaux futurs après cette étude.

Le challenge de cette entreprise ambitieuse sera d'avoir la capacité d'analyser de la manière la plus juste possible l'évolution des besoins pour apporter la réponse la mieux adaptée. Le vieillissement des personnes et leurs besoins concomitants de soins, la possibilité de répondre aux exigences du handicap psychique feront partie des sujets importants à prendre en considération également.

En l'attente, une adaptation de l'accompagnement est proposée pour des personnes vieillissantes et de moins en moins autonomes.

### Équipes

Les besoins recensés pour une logistique d'accompagnement plus efficace sont :

- Des formations aux outils modernes d'accompagnement (logiciels etc.),
- Un décloisonnement des unités de vie, une mutualisation des moyens,
- L'assurance d'une transmission plus rapide et efficace des informations,
- La modification de l'infrastructure du réseau informatique pour permettre aux professionnels de traiter simultanément ces informations sur le lieu même de l'accompagnement.

## Partenariat à développer

- Elaborer des conventions,
- Proposer des séjours sous forme d'échanges avec d'autres foyers de la région

## Les soins (aspects sanitaires)

Concernant la partie soins, les axes d'améliorations attendus sont :

- Impliquer davantage et plus systématiquement le résident dans son projet de soin,
- Intégrer un volet sur l'accompagnement dans la santé dans les PP,
- Impliquer davantage les familles dans le projet de soin,
- Prévenir les effets du vieillissement en travaillant avec des professionnels spécialisés : engager un partenariat avec un(e) ergothérapeute,
- Mettre en place de temps de formation par les IDE pour les professionnels éducatifs (mesures de surveillance, soins de nursing), et sur les effets du vieillissement chez des personnes pluri ou poly handicapées,
- Développer des partenariats, trouver des alternatives permettant de limiter les déplacements pour les consultations spécialisées : hôpitaux/cliniques proposant des multi consultations, téléconsultations, télé expertises, mise en place de coordinateurs sur le soin,
- Mettre en place une fiche d'évaluation de la douleur (disponible dans EasySuite),
- Élaborer un outil à destination des partenaires médicaux (utilisable aussi pour les séjours vacances adaptées) présentant le résident et ses besoins sur le plan de la santé,
- Optimiser les soins médicalisés, l'accompagnement en fin de vie, les soins palliatifs en lien avec le vieillissement de la population,
- Améliorer l'accès aux différentes fiches de suivi du résident pour faciliter la prise en charge de l'urgence,
- Se mettre en relation avec le dispositif Handiconsult à Salon de Provence afin de mettre en place un partenariat avec eux pour faciliter l'accès aux soins extérieurs des résidents du foyer,
- Au cours des réunions cliniques, échanger en équipes pluridisciplinaires sur l'évolution ou l'apparition de pathologies psychiatriques souvent liées au vieillissement,
- Rechercher des alternatives aux consultations extérieures (majoritairement liées à l'âge) qui s'accroissent et posent de réels problèmes logistiques :  
Mettre en place des outils de type télémédecine (téléconsultation ou téléexpertise) évitant les déplacements du résident et solliciter un avis expert.

Travailler avec des outils « indicateurs » sur la qualité de vie mais aussi apportant précisions pour des diagnostics et posologies à prescrire.

- Se rapprocher de cliniques/hôpitaux qui pourraient proposer des consultations multi spécialités.

### La contention

La procédure en cours d'élaboration précisant les moyens de mise en œuvre reste à finaliser.

### Questionnements

Certains questionnements devront guider nos actions :

- Comment intégrer davantage la personne en situation de handicap présentant des troubles psychiques comme acteur et sujet dans son projet de soin ?
- Questionnement du consentement aux soins : comment recueillir le consentement de la personne dépendante ?
- Question de la douleur : Quelle appréciation de la douleur lorsque les résidents ne peuvent/savent l'exprimer ?
- Comment être plus objectif dans cette observation,
- Formaliser les signes de douleur et/ou problème de santé repérés, fiables.

# ANNEXE

**ANNEXE : POPULATION ACCUEILLIE AU FAM DU PUY STE REPARADE**

	Provenance des usagers								
	Départements où ont été instruites les demandes d'aide sociale								Nombre total d'usagers
Départ.	13	30	54	71	83	84	85	89	
Nombre d'usagers	25	2	1	1	4	2	1	1	37
%	67,6	5,4	2,7	2,7	10,8	5,4	2,7	2,7	100
Répartition des usagers en fonction du sexe et de l'âge									
	Hommes			Femmes			Total		
Ages	Nombre		%	Nombre		%	Nombre		%
20 - 29 ans	1		4,55	0		0	1		2,70
30 - 39 ans	3		13,63	1		6,67	4		10,82
40 - 49 ans	11		50	7		46,67	18		48,65
50 - 59 ans	5		22,72	5		33,33	10		27,03
60 - 69 ans	1		4,55	2		13,33	3		8,10
70 - 79 ans	1		4,55	0		0	1		2,70
80 ans et plus	0		0	0		0	0		0
<b>TOTAL</b>	<b>22</b>		<b>100</b>	<b>15</b>		<b>100</b>	<b>37</b>		<b>100</b>
Nature des handicaps de la population accueillie au FAM									
	Déficit intellectuel SANS troubles psychiques						Déficit intellectuel AVEC troubles psychiques		TOTAL 1 + 2
	PAS épileptiques	Epileptiques		TOTAL 1		PAS épileptiques	Epileptiques		
<b>AVEC handicap physique et/ou sensoriel associé</b>	3	2		5		4	3		7
<b>SANS handicap physique ou sensoriel associé</b>	11	2		13		8	4		12
<b>TOTAL 1 + 2</b>	<b>14</b>	<b>4</b>		<b>18</b>		<b>12</b>	<b>7</b>		<b>37</b>

Handicaps physiques et /ou sensoriels : surdité et/ou mutité, cataracte, nanisme, dysmorphie multiples, scoliose sévère, pied-bot, varus équin, amputation d'un membre, spondylarthrite ankylosante  
Troubles psychiques : autisme, psychose, troubles du comportement

