

Projet de service de l'unité de transition 2019-2023

Rattaché au Projet d'établissement

Table des matières

PREAMBULE	3
PRESENTATION DU SERVICE.....	4
Description.....	4
Date d'ouverture et critères d'affectation des résidents	4
Capacité d'accueil.....	5
ORGANISATION	6
Organisation des locaux.....	6
Composition de l'équipe et fonctionnement.....	6
a) L'équipe et les déroulés de journée.....	6
b) La notion de pair aideance et de valorisation du rôle social	8
c) Penser l'accompagnement quotidien comme une démarche d'inclusion	9
d) Une démarche posée sur le bénéfice / risque	9
e) Identifier les familles des besoins et les activités	10
CARACTERISTIQUES DU PUBLIC ACCUEILLI.....	11
Types d'autonomie	11
Evaluations menées et méthode.....	11
MISSIONS DU SERVICE	11
Principes sur lesquels repose l'organisation du service.....	12
CONCLUSION	13
ANNEXES.....	14
Annexe 1 : Le déroulé type d'une journée.....	14
Annexe 2 : Organisation des repas en semaine, en weekend	14
Annexe 3 : Les déroulés de journée en weekend.....	15
Annexe 4 : Missions des veilleurs de nuit	15
Annexe 5 : Prestations liées aux besoins	16

PREAMBULE

Selon l'INSEE, en 2050, un tiers de la population aura plus de 60 ans. Les personnes en situation de handicaps n'échappent pas à cette tendance. Les progrès de la médecine, l'amélioration de la qualité de l'accompagnement, et la meilleure prise en compte des besoins spécifiques des personnes, sont autant de facteurs favorisant cet allongement de l'espérance de vie.

Pour ce qui concerne le foyer de vie d'URT, la moyenne d'âge dépasse 47 ans, 5 résidents ont plus de 60 ans, et 6 plus de 50 ans. La majorité d'entre eux se situe entre 40 et 49 ans.

Ce phénomène de vieillissement se fait aujourd'hui ressentir au sein des institutions et vient directement impacter le travail d'accompagnement des équipes. Couplé à certains handicaps, tel la Trisomie 21 par exemple, il est le plus souvent synonyme de perte d'autonomie, nécessitant une aide de plus en plus soutenue dans l'accomplissement des gestes de la vie quotidienne.

Au-delà de ce phénomène, nous retrouvons souvent dans les structures tels les foyers de vie, des personnes aux problématiques et aux pathologies très hétérogènes. Certaines d'entre elles relèvent d'établissements de soins de type MAS (Maison d'Accueil Spécialisé) ou FAM (Foyer d'Accueil Médicalisé), d'autres d'EHPAD (Etablissements d'hébergement pour Personnes Agées Dépendantes). Or, pour de multiples raisons comme les listes d'attentes parfois longues, l'attachement des résidents ou de leurs parents à l'établissement, l'usager peine à obtenir une place en adéquation avec l'orientation qui lui est affectée par l'autorité départementale. Et il est de fait amené à continuer sa vie dans l'établissement, lequel n'est, pour autant, plus adapté pour l'accompagner.

Le foyer de vie d'URT n'échappe pas à cette règle. Ainsi y cohabitent des personnes qui aspirent légitimement vers plus d'autonomie, et d'autres avec qui le travail portera davantage sur le maintien des acquis et des capacités afin de prévenir les décompensations rapides de l'état général.

Cette réalité complexe nous amène inévitablement à repenser, réactualiser, voir réinventer les pratiques professionnelles. Elle nous met ainsi face à la nécessité d'adapter l'accompagnement et les conditions d'hébergement à l'évolution des personnes accueillies. Par ailleurs, les nouvelles politiques publiques, et la désinstitutionnalisation liée à l'approche du modèle inclusif, nous invitent désormais à penser l'accompagnement non plus en termes de place mais en termes de parcours.

C'est bien en déclinaison du projet associatif et par suite à celui de l'établissement, que le foyer de vie d'URT a pris la pleine mesure de ces enjeux et travaille à la mise en œuvre de solutions innovantes, dont la petite unité de transition dont il est ici question. Aujourd'hui l'association reste très attentive à l'évolution du secteur médico-social, et particulièrement à celle des besoins des usagers qui ne sont pas sans lien avec les changements sociétaux. De fait, l'enrichissement de son offre de service représente l'un de ses axes de développement stratégique majeurs.

Les usagers de l'établissement, pour beaucoup y vivant depuis de longues années, présentent pour certains des dégradations diverses de leur état de santé. Les moyens octroyés, dès lors que des processus de soins deviennent plus importants, restent limités. Pour autant, il s'agit de répondre au mieux à ces nouvelles exigences alors que le foyer de vie n'a pas vocation à être médicalisé.

Cette spécificité a donc amené l'équipe à mieux définir les critères d'accompagnement particuliers de ces personnes, permettant ainsi une démarche professionnelle en lien avec le projet d'établissement. C'est à ce titre qu'il a été acté la création d'une petite unité, qualifiée de « transition », visant à la fois, dans le cadre des logiques de parcours, des réorientations dès lors qu'il devient impossible de répondre aux besoins du résident de manière optimale, mais aussi un maintien le plus longtemps possible des capacités restantes chez les résidents.

Ce document, en tant qu'élément de référence, permettra à chaque membre de l'équipe de mieux se situer au sein d'un collectif de travail et de favoriser un accompagnement cohérent, efficace et de qualité tout en tenant compte des modifications de l'état général des personnes. Il se veut une base centrée sur les droits et les libertés des personnes accueillies, ainsi que sur les modalités du virage inclusif voulu par les pouvoirs publics, l'association, et fortement inscrit dans le projet d'établissement.

PRESENTATION DU SERVICE

Description

Le service de la petite unité de transition du foyer de vie d'Urt accueille et héberge des adultes présentant une déficience mentale, psychique ou des altérations de la personnalité et de la communication, ou des troubles du spectre autistique, auxquels peuvent s'ajouter des atteintes motrices et sensorielles invalidantes. Pour la plupart d'entre eux, le handicap limite les possibilités de déplacement et de socialisation. C'est à ce titre d'ailleurs qu'ils possèdent pour plus de la moitié d'entre eux une orientation pour un établissement plus adapté (FAM, MAS, ou EHPAD).

Il est destiné aux personnes qui, depuis de longues années présentes dans l'établissement, ont vu leur état général se dégrader, au point que l'accompagnement traditionnel d'un foyer de vie ne peut plus répondre de manière pérenne à leurs besoins. Ces personnes disposent désormais d'une autonomie assez restreinte, et nécessitent une surveillance médicale et des soins réguliers pour beaucoup quotidiens, et ce dans l'attente, dans une logique de parcours, d'une place dans un établissement correspondant à leurs besoins.

Plusieurs phénomènes se conjuguent et font la particularité de ce service. Le vieillissement de sa population, de nombreuses altérations liées à l'autonomie et aux facultés de socialisation, le développement de problématiques de santé mentale et psychiques émergentes sont les plus prégnantes.

De fait, ce service a pour vocation, dans une phase transitive, à modifier le cours et les missions d'un foyer de vie traditionnel auprès de ces personnes. Il n'a pas pour vocation de se transformer en foyer d'accueil médicalisé, mais seulement d'apporter une réponse institutionnelle à la problématique du vieillissement et de l'altération des capacités pour des résidents historiques qui, compte tenu de leurs nouveaux besoins, ne pourront plus être accompagnés dans l'établissement.

Il s'agit donc de travailler à la fois à la réorientation de ces personnes, tout en leur assurant des soins de qualité, avec les moyens de l'établissement, mais aussi de maintenir le plus possible une qualité de vie permettant une vie citoyenne la plus épanouissante possible. A ce titre, dans le cadre du partenariat avec des établissements médicalisés, des stages et séjours pourront être proposés aux usagers concernés par d'éventuelles réorientations.

Pour rappel, les grandes orientations stratégiques de l'association des PEP64 relatives à l'évolution de l'offre de service, relèvent les points suivants : permettre le maintien ou l'accès en milieu ordinaire et l'inclusion sociale, raisonner en termes de besoin de l'utilisateur, définir les prestations dans une logique de parcours, répondre aux besoins spécifiques émergents et développer des approches préventives. Le Foyer de vie, dans son projet d'établissement, suit de façon tout à fait cohérente les orientations définies à l'échelle associative. Et inclure dans celui-ci la création d'une « unité de transition », démontre une nouvelle fois une volonté de la part du foyer de s'inscrire dans une telle politique. En effet, la création de ce service répond à une logique de parcours et s'inscrit dans les logiques actuelles des politiques sociales. Elle s'attache à prendre en compte les besoins du résident et s'organise pour lui apporter les prestations nécessaires.

Date d'ouverture et critères d'affectation des résidents :

Ce service est prévu pour débuter son fonctionnement au cours du début d'année 2022, dès lors que toutes les évaluations auront été effectuées, et que les aménagements auront été finalisés.

Une méthodologie a été adoptée, afin, au travers d'éléments tangibles, d'objectiver le phénomène de perte d'autonomie à l'échelle de l'établissement. Une étude d'opportunité, menée par un stagiaire de direction¹ a fait apparaître clairement que le dispositif choisit vise à répondre à des besoins réels et spécifiques. Pour cela, certains indicateurs et outils d'évaluation ont été utilisés pour identifier au mieux les besoins en question.

En premier lieu, les GIR (Groupes Iso Ressources) des résidents ont été évalués. Bien qu'habituellement utilisé en EHPAD, la grille AGGIR a représenté un outil pertinent pour déterminer la nature des accompagnements nécessaires. C'est l'infirmière de l'établissement, avec un aide-soignant, et deux AES, qui ont mis en œuvre la démarche. Elle a mis en lumière le fait que la moyenne des résidents de la structure se situe entre le GIR 4 et 3, et révèle que deux d'entre eux sont en GIR 2.² Cela signifie que près des 2/3 des usagers nécessitent une aide permanente dans les actes de la vie quotidienne.

Cependant, un âge avancé, et quelques pertes de capacités, ne sont pas des critères suffisants et pertinents pour affirmer que les prestations offertes au foyer de vie ne sont plus adaptées à la personne car il n'est pas forcément corrélé à une perte d'autonomie sévère. Il s'avère donc indispensable de tenir compte d'autres caractéristiques de l'individu, comme la nature de son handicap, les troubles divers qui peuvent en découler et leurs évolutions, pour comprendre ce phénomène de perte d'autonomie.

Il est, en effet, repéré par tous que les pathologies psychiques émergentes génèrent des « comportements problèmes » plus fréquents, contraignant les professionnels à d'autres approches. Ils doivent soulager les usagers concernés de la pression du collectif, tout en apaisant au mieux les crises qu'ils peuvent connaître. Pour objectiver ces besoins croissants en termes d'accompagnement, l'équipe du foyer a donc travaillé à une deuxième évaluation complémentaire par l'outil « inventaires neuropsychiatriques » (NPI).

A l'origine le NPI est utilisé pour recueillir des informations sur la présence de troubles du comportement chez des patients souffrant de démence. Le NPI version pour équipe soignante (NPI-ES), qui a été utilisé, a été développé pour évaluer des « patients » vivant en institution. Ces évaluations ont été menées par la psychologue de l'établissement en lien avec la coordinatrice et un professionnel de l'équipe d'accompagnement. Comme dans le NPI, 10 domaines comportementaux et 2 variables neurovégétatives sont pris en compte. Ces évaluations permettent de mettre en lumière la nature des troubles du comportement et/ou troubles psychiques du résident, leur fréquence et leur intensité. Cet outil présente un intérêt supplémentaire à savoir qu'il permet de mesurer le retentissement (perturbation) sur les activités professionnelles des accompagnants. Pour ce faire, il leur est demandé si le comportement, ou le trouble, dont ils viennent de parler, augmente leur charge de travail, leur coûte des efforts, du temps et les perturbe sur le plan émotionnel ou psychologique. Ces évaluations ont permis de corrélérer, avec les évaluations des GIR, les éléments permettant de déterminer quels résidents doivent être affectés à l'unité de transition.

Il est à noter que les logements 'équipés en mode PMR (Personne à Mobilité Réduite) seront attribués en fonction des capacités et autonomie des personnes. Dans la mesure du possible, l'affinité entre les personnes sera recherchée. Les incompatibilités d'humeur, de la même façon, si cela est possible, seront prises en considération.

Capacité d'accueil :

Ce service est composé de dix places. Elles sont destinées aux personnes qui disposent d'une autre orientation CDAPH que « foyer de vie » d'une part (soit 5 personnes), et dont celle-ci est en voie de maintien, ainsi qu'aux personnes ayant les résultats GIR et l'évaluation NPI-ES les plus défavorables. Pour autant, et même si la démarche reste intéressante, cette unité n'a pas vocation à se transformer en un artefact de FAM.

¹ Etude d'opportunité, un foyer de vie en transition, garantir une démarche inclusive aux personnes en perte d'autonomie, Damien BAREILLES, DIREIS 2019-2020, ITS P. BOURDIEU, PAU

² L'évaluation se fait sur la base de dix variables relatives à la perte d'autonomie physique et psychique. Il existe 6 GIR classés de 1 à 6, du niveau de perte d'autonomie le plus fort au plus faible.

Cette capacité n'est pas évolutive à la hausse. Si notre démonstration tend à mettre en évidence la nécessité d'apporter des réponses médicalisées, la création de place de FAM ne répond pas à chaque problématique du foyer qui ne peut être que spécifique à l'individu. « Des solutions uniques à la perte d'autonomie des personnes en situation de handicap mental et psychique ne peuvent que se révéler insatisfaisantes et inexactes. »³ En effet, ce phénomène revêt un caractère complexe car, rappelons-le, les effets du vieillissement sur le handicap résultent de l'interaction de multiples facteurs à commencer par le facteur biologique, et donc la nature même du handicap, avec des facteurs psychologiques, sociaux, culturels.

En revanche, cette capacité peut être évolutive à la baisse. En effet, dès lors que les résidents sont réorientés, les places vont se libérer pour d'autres usagers vieillissants de l'établissement. Cependant, les nouveaux arrivants sont bien plus jeunes (la dernière entrée a 21 ans), et n'ont pas les mêmes problématiques de santé ou de dépendance, ni les mêmes aspirations de vie. A ce titre, dans quelques années, le nombre de 10 places ne sera plus pertinent. Il s'agit donc d'envisager le travail dans cette unité comme un accompagnement de transition, voué lentement à s'amenuiser et à se transformer en une vision mouvante et malléable de l'accompagnement, uniquement centré sur le besoin des résidents dans une visée inclusive.

ORGANISATION :

Organisation des locaux :

Situé sur l'ancienne unité 1 de l'établissement, il dispose de 10 logements sur l'aile sud, dont trois chambres PMR. Une salle de balnéothérapie permet aux usagers des moments de détente et de relaxation. Un salon d'étage permet également d'y prendre des repas et des petits déjeuners en groupes restreints. Ce salon est aussi un lieu de repos ou de détente, équipé d'un téléviseur, de fauteuils individuels.

Un bureau de l'équipe d'accompagnement est placé au centre du dispositif, ainsi qu'une salle destinée au stockage et à la protection des médicaments.

Enfin, la salle à manger située sur l'autre aile attenante, d'une capacité de huit personnes est mise à disposition de ce service.

Composition de l'équipe et fonctionnement :

a) L'équipe et les déroulés de journée :

Les annexes de 1 à 3, en fin de document, détaillent les déroulés de journée. Bien que les horaires indicatifs soient mentionnés, l'organisation ne prime pas sur le besoin, mais au contraire reste adaptable.

✓ Les personnels :

Les deux AS travaillent par roulement sur l'unité, avec la présence d'un par jour, sauf en période de congés annuels où il est difficile de remplacer par un autre AS en CDD. L'IDE veille à cohérence des soins médicaux et paramédicaux.

Un poste d'AES est également affecté en matinée et en soirée, ainsi que pour les repas.

³ Gérard Zribi, Projet et réponse au vieillissement des personnes handicapées, Les Cahiers de l'actif n°454-455, mars/avril 2014

Une maîtresse de maison est intégrée dans le fonctionnement du service. Ses missions restent les mêmes que pour l'ensemble de l'établissement, à savoir l'accompagnement des petits déjeuners, l'hygiène des locaux communs et privés, et l'aide à l'entretien du linge.

✓ **Les horaires des professionnels seront les suivants en semaine, hors weekends et jours fériés :**

Personnels d'accompagnement (AS/AES) :

Matin : 7h - 15h / 7h30 - 15h30

Après-midi : 13h30 - 21h30 / 13h45 - 21h45

Veilleurs de nuit :

21h30 - 7h30

Maîtresse de maison :

7h45 - 16h15

✓ **La durée d'affectation sur le service :**

Afin de préserver l'usure professionnelle et l'investissement de l'ensemble de la l'équipe, la durée d'affectation du service sera d'un an maximum avec des rotations dans le personnel AES. Les personnels AS sont permanents dans cette unité.

Les surveillants de nuit y seront affectés pour deux années. Quant aux maîtresses de maison, elles conserveront le roulement en place, soit tous les six mois.

✓ **Les prises de traitement par les résidents :**

La prise de traitement peut avoir lieu soit dans leur logement ou au SAS infirmerie selon les capacités de chacun à se déplacer. Le but est de favoriser au maximum les déplacements des résidents, dans un but de prévention des capacités motrices existantes.

L'aide à la prise des médicaments est conforme aux procédures soins en place dans l'établissement, dans le cadre légal qui y est rappelé.

✓ **Les temps de repas :**

Ils seront proposés :

- dans la salle de vie de l'unité 1 avec un aménagement afin que les résidents puissent maintenir leur autonomie dans la préparation, le service, rangement et les tâches collectives. *Groupe de 5 personnes maximum*
- Dans le salon pour un petit groupe souhaitant être au calme – *Groupe de 5 personnes maximum*
- Dans leur logement pour ceux qui le souhaitent et qui ne nécessitent pas une surveillance de l'accompagnant

Un support visuel sera proposé pour que chacun puisse se repérer au niveau du lieu, de l'organisation et de la participation à l'installation des couverts et au ménage tâches à accomplir, selon le souhait de chacun.

Des pique-niques et ballades extérieures peuvent être proposés, à la demande des usagers, dès lors que le temps et les températures le permettront.

✓ **L'accompagnement des toilettes :**

L'accompagnement à l'hygiène (douches/ petites toilettes) est réparti en fonction des souhaits, des besoins, des habitudes de vie des résidents. Selon ces éléments, au moment de l'ouverture du service, 5 personnes nécessitent un accompagnement à l'hygiène le matin et 5 autres le soir avant le repas. Toutefois, cette répartition n'est pas figée et peut évoluer en fonction des besoins et souhaits de chacun.

Pour beaucoup, il convient également d'assurer un accompagnement pour l'habillage, le lavage des dents et le rangement de la chambre. D'autres ont besoin d'une guidance pour effectuer seul les gestes de la vie quotidienne.

De manière générale, la toilette doit être perçue comme le premier acte citoyen de la journée, et donc, un outil favorisant l'inclusion. Ainsi, ce ne sont plus les contraintes du service qui dictent les moments et la manière dont se passent ces actes, mais plutôt le résident (son histoire, son vécu, ses propres normes et ses propres façons de faire).

Au-delà du souci d'hygiène, la toilette est une compétence de base dans l'accès à la vie ordinaire. Elle doit être perçue comme un pré-requis de la citoyenneté, dans la mesure où pour accéder au milieu ordinaire, avoir des relations sociales adaptées, il faut être propre, correctement vêtu. Il s'agit donc d'une activité nécessaire, devant être accomplie (avec aide si besoin), et de fait elle est aussi une activité relationnelle (la toilette est alors une activité comme une autre qui peut permettre l'établissement d'un lien)

✓ **Changement des draps :**

Dans la mesure du possible et sauf besoin impérieux lié aux états de santé ou d'autonomie, les changements de draps se feront par moitié en semaine paire et impaires pour faciliter le roulement et permettre un repère pour les résidents.

Pour autant, les horaires et le jour ne sont pas figés. Ils peuvent être prévus à l'avance pour faciliter l'organisation, mais en fonction de la vie de l'unité, ou des effectifs présents, ils peuvent être décalés ou aménagés.

✓ **L'accompagnement aux rendez-vous médicaux :**

Dans de nombreux cas, les résidents affectés à cette unité doivent être accompagnés chez les praticiens, et ce pour de nombreuses raisons, dont entre autre :

- Difficulté pour eux de s'exprimer
- Difficulté pour eux de comprendre les propos et protocoles proposés par le médecin
- Difficulté pour eux d'appliquer et suivre une posologie et des traitements
- Difficulté pour eux de s'inscrire dans une démarche de soin
- Difficulté pour eux de simplement se déplacer chez le praticien.

Pour toutes ces raisons, les personnels paramédicaux de l'unité de transition s'organiseront pour assurer ces accompagnements physiques et assurer de fait le suivi médical qui s'impose. A défaut, ce sont les AES qui assureront ces accompagnements.

Cependant, il conviendra d'anticiper ces rendez-vous, sauf les urgences qui répondent à la fois à un aspect imprévisible du soin nécessaire et important à réaliser. Ainsi, les personnels veilleront à rester sur l'unité le matin et prévoir les rendez-vous les après-midi, et ce autant que possible lors des débuts d'après-midi.

L'infirmière et les AS seront chargés de la prise de ces rendez-vous et informeront les équipes pour que les résidents puissent s'y préparer.

b) La notion de pair aideance et de valorisation du rôle social :

Certains résidents qui ont la capacité d'être dans l'entraide, la solidarité, viendront sur l'unité de transition pour participer à des tâches liées à la vie quotidienne de l'unité. Ainsi, ils pourront être sollicités pour la mise des couverts et le débarrassage lors des repas, mais aussi pour aider d'autres

résident lors des sorties en journées. Ils pourront également aider les autres résidents à descendre leur linge sale, ainsi que les chariots au rez-de-chaussée.

Ces résidents pourront être repérés comme aidants au sein du groupe de vie, mais aussi au sein de l'établissement. Leur rôle social sera ainsi reconnu et valorisé. Pour pouvoir les identifier, et afin que ceux-ci puissent être au besoin être sollicités par les autres usagers, un tableau sera mis en place où apparaîtront les noms et compétences disponibles.

Le principe retenu est que chacun participe à hauteur de ses possibilités, et que la pair-aidance et la valorisation du rôle social sont deux axes forts du projet inclusif de l'établissement. Pour autant, il convient de rappeler que ces résidents ne peuvent remplacer en aucune façon les professionnels dans leurs missions et qu'ils sont déchargés des responsabilités incombant à ces derniers.

c) Penser l'accompagnement quotidien comme une démarche d'inclusion :

Il s'agit ici de raisonner en fonction du sens que l'on donne à chaque temps de vie des résidents en regard de leurs choix de vie qu'il convient maintenant de faire émerger.

Ces temps de vie étaient jusqu'alors identifiés en fonction de moments (les levers, les couchers, la toilette, les repas) et en fonction de lieux (le logement, les salles communes, les salles d'activité, etc...). Il s'agit maintenant de partir du sens que donne le résident à chacun des moments et aspirations de sa vie pour déterminer le sens de l'accompagnement.

Il n'y a donc plus de moment hyper centré ni de lieu immuable, il n'y a maintenant qu'une mise à disposition de moyens humains et matériels pour donner au résident la possibilité de vivre en fonction de ses choix.

d) Une démarche positionnée sur le bénéfice / risque :

Les approches traditionnelles dans le secteur médico-social ont longtemps pensé qu'il fallait assurer la protection du résident en lui évitant le moindre risque. Formés, et même formatés à ce principe, les personnels ont été invités à tout anticiper, tout « cadrer » pour éviter qu'il n'arrive le moindre danger aux usagers. La méthodologie était centrée sur « la prise en charge », soit « le portage du résident et de sa problématique ».

Or, nous sommes désormais passés à la notion « d'accompagnement ». Pour se faire, on pose le fagot « résident-problématique », et on se met « à marcher à côté du résident ». On prend alors un statut d'éclaireur, d'informateur, d'aide à penser, de facilitateur pour que le résident puisse faire les choses et des choix par et pour lui-même.

Sans éluder le danger, la posture est toute autre : comment apprendre au résident à se protéger lui-même, de l'extérieur, mais aussi de lui-même si nécessaire ? Il s'agit maintenant de faire grandir le sujet, faire émerger de « l'objet de soin » le « sujet de droit », permettre de faire advenir le « sujet citoyen » au cœur même de la cité élargie au-delà des murs de l'établissement.

L'autodétermination des résidents, pour ce faire, devient un point central de l'accompagnement, et y compris même pour les usagers les plus démunis dans leurs capacités. Le renforcement du pouvoir d'agir est et doit être la clé de voûte de la présence professionnelle à leurs côtés. Et la prise de risque est inhérente à toute prise de décision. Nul ne peut être autodéterminé s'il ne court aucun risque. Pour autant, le risque qui est pris doit être au service du bénéfice recherché. La question que nous devons nous poser est donc la suivante : le risque qui est pris par le résident est-il de nature à apporter un mieux-être pour lui ? Si la réponse est oui, il convient alors de l'accompagner dans son choix et de l'éclairer dans sa prise de décision qui doit lui appartenir in fine.

e) Identifier les familles des besoins et les activités :

Pour pouvoir se repérer dans cette démarche nouvelle, il faut cependant savoir ce que l'on recherche et ce que l'on utilise comme outils et méthodes. Les activités proposées autres que le quotidien, doivent être repérées selon 6 grandes catégories. Pour chacune d'entre elles, des objectifs généraux sont visés. Au demeurant, elles doivent être adaptées en fonction et au vu de l'analyse des PAP.

✓ **Les Activités de socialisation :**

L'objectif général est de permettre au sujet de s'identifier en tant que personne parmi les autres personnes (les pairs) et de trouver sa place dans l'altérité. C'est le lieu de la place du soi, de l'égo, de la décentration, de l'acceptation, du lâcher prise et du renoncement à sa toute puissance. C'est là aussi que l'on apprend de la frustration, de la construction du projet et de l'attente, de la patience.

✓ **Les Activités thérapeutiques (en lien avec le 6^{ème} principe § « principes ») :**

L'objectif général est de permettre au sujet d'atteindre un état de mieux être, de rechercher l'apaisement, sans pour autant entrer nécessairement dans une démarche de soin. C'est le lieu de la rencontre avec soi, de sa propre écoute, de sa possible transformation intérieure en regard de soi et d'autrui en visant la paix intérieure.

✓ **Les activités en vue du maintien des acquis et des capacités :**

L'objectif général est d'empêcher ou de retarder le plus possible toutes régressions qui ne soient pas inéluctables. Il s'agit des aspects physiques, psychomoteurs, cognitifs, intellectuels, psychiques. C'est le lieu de la découverte liée au schéma kinesthésique (moi dans l'environnement et ma façon de m'y mouvoir), c'est le lieu de la perception des choses, des facultés de décider, puis d'exécuter ses propres choix.

✓ **Les activités socioculturelles :**

L'objectif général est de développer les capacités à s'émouvoir, à désirer, à découvrir, à avancer vers le monde, à s'enrichir de soi et des autres. C'est le lieu de la rencontre avec le savoir, avec ses talents cachés.

✓ **Les activités occupationnelles :**

L'objectif général est de donner du temps au temps pour simplement apprendre du temps qui passe, pour réduire les effets néfastes de l'ennui non productif ou du désœuvrement, et, peut-être favoriser la créativité en émergence vers la possible découverte d'un talent en devenir. C'est aussi le lieu de la reconnaissance « du ne rien faire ». Ce ne rien faire est-il le reflet d'une rumination interne (s'avachir – de la vache qui, bien que couchée, rumine et travaille sans rien faire) et donc défavorable à l'équilibre du sujet qui ne se repose pas, ou bien le reflet d'un vrai repos, bien voisin d'une forme de paresse bienfaitrice (être vautré – étalé de tout son long tel un lézard au soleil) ? Tout l'art d'un professionnel est de se doter d'outil pour faire la différence entre les deux pour pouvoir agir à bon escient.

✓ **Activités inclusives :**

L'objectif général est de donner les moyens au sujet de percevoir la vie avec son vrai regard et d'opérer des choix en fonction de ses capacités, et non en fonction de la manière d'opérer ou de penser de de l'équipe. C'est l'activité où l'on apprend à faire pour soi, par soi, où l'on fait des choix, où l'on s'extrait de l'établissement pour aller vers le monde extérieur et y trouver une place qui convienne et nous comble.

CARACTERISTIQUES DU PUBLIC ACCUEILLI

Types d'autonomie

Des problématiques de santé mentale, ou des troubles psychiques importants, entraînant des difficultés cognitives, associées à des pertes conséquentes d'autonomie, surtout dans les capacités de choix ou des possibilités de vivre sans aide extérieure pour les actes du quotidien ont été relevés chez les personnes hébergées dans ce service.

Par ailleurs, les troubles du comportement fréquents, s'étant aggravés dans le temps, ainsi que l'incapacité de pouvoir vivre de manière apaisée dans un habitat majoritairement tourné vers le collectif, ont démontré une nécessité d'accompagnement plus individualisé afin de maintenir au mieux des capacités d'autonomie en perte de vitesse.

La difficulté majeure de ce public est la nécessité d'être systématiquement accompagné dans la plupart des actes du quotidien. Ainsi, se lever, faire sa toilette, s'habiller ou même manger sans aide est impossible. Si par le passé tous ces savoirs de base étaient acquis et actés, pour beaucoup, ils se sont perdus en raison de leur évolution.

Evaluations menées et méthode

La méthodologie mise en œuvre pour décider de l'affectation des résidents au sein de ce service s'est posée sur trois principes :

- Analyse des capacités fonctionnelles par l'utilisation de la grille AGGIR, destinée à évaluer les seuils et acquis liés à la dépendance,
- Evaluation comportementale et son impact sur l'environnement par l'emploi de la méthode NPIES
- Bilan cognitif des résidents

Des groupes de travail ont été mis en place animés par l'IDE et la psychologue afin de passer en revue chaque profil et d'en déterminer les éléments d'appréciations. Ces éléments ont donné lieu à l'établissement des normes qui ont permis une classification objective suite à la compilation des données.

Le niveau d'autodétermination de chaque sujet a ensuite été utilisé pour s'assurer pleinement de la pertinence du futur accompagnement proposé et si nécessaire d'objectiver les arbitrages.

Pour ce faire, une formation sur l'autodétermination est mise en place auprès de tous les acteurs de l'accompagnement dans le cadre du plan de développement des compétences du territoire.

Il n'en demeure pas moins que des évolutions possibles peuvent exister chez les usagers, dans le sens d'une amélioration de l'état général. Ainsi, suite aux évaluations menées dans le cadre du suivi du projet d'établissement et du suivi des projets d'accueils personnalisés (PAP), les résidents peuvent transiter d'une unité à l'autre.

MISSIONS DU SERVICE

Le vieillissement de bon nombre de résidents accroît des modalités organisationnelles tournées vers la compensation des pertes d'autonomie auprès de ces personnes. Les aides apportées au quotidien sont de plus en plus importantes. Depuis les aides à la toilette, l'aide à l'habillage, aux repas,

jusqu'aux gestes de la vie quotidienne qui ne peuvent être opérés seuls comme par le passé, il s'agit dans la mesure des moyens octroyés, de compenser ces pertes profondes ainsi que les problématiques psychiques importantes pour éviter d'importantes dégradations.

Cependant, c'est aussi en amplifiant les partenariats médicaux et paramédicaux, et en engageant un travail de réorientation vers des établissements plus adaptés, dans une logique de parcours et de recherche de solutions que s'étayera ce travail.

Pour autant, il ne peut se résumer à un seul accompagnement des pertes d'autonomie. En effet, en regard des besoins de socialisation et d'accès à la citoyenneté, l'accompagnement visera aussi à permettre l'accès au milieu ordinaire, et y compris la vie en communauté avec les autres résidents plus valides. C'est par le maintien des capacités de socialisation et l'accès à une vie inclusive, malgré les lourdeurs du handicap, que les personnes resteront actives et mobilisées et préserveront encore, dans l'attente d'une prise en compte plus adaptée, un potentiel de vie et de choix reconnu.

Principes sur lesquels repose l'organisation du service :

Pour orienter les actions des personnels, chaque acte doit répondre aux sept principes ci-dessous identifiés qui se veulent comme les intentions principales recherchées dans ce service, mais aussi, en partie, pour les unités inclusives.

Le premier principe :

L'accompagnement aux actes quotidiens perdure tant que le résident reste dans la structure. Il s'agit de lui permettre de conserver au plus les capacités restantes.

Le deuxième principe :

L'accompagnement médicalisé doit passer par un partenariat plus étoffé avec le secteur médical et paramédical. L'établissement n'est pas médicalisé et n'a pas cette vocation. Il ne peut donc se substituer à des actes de soins qui ne relèveraient pas des actes quotidiens et donc de ses compétences.

Le troisième principe :

L'individualisation des relations et de l'accompagnement, en faisant baisser la pression du collectif, est une posture permanente. Elle passe par des activités adaptées en plus petits groupes, avec une présence apaisante de l'encadrement. Il sera réfléchi un accompagnement adapté par un accompagnant pour au plus 4 usagers si des activités ou sorties de groupe sont organisées.

Le quatrième principe :

L'adaptation au rythme de vie de chaque résident est systématiquement recherchée. Il s'agit de laisser le temps et de ne pas calquer un fonctionnement collectif trop rigide pour permettre au résident de vivre selon ses souhaits et ses moyens. Les horaires seront souples et seront mis en place en fonction des besoins des résidents et non de l'organisation de travail.

Le cinquième principe :

Le maintien des capacités cognitives et de socialisation est toujours au centre des préoccupations de l'équipe. Cette unité ne doit pas être le seul et unique lieu où s'épanouissent les résidents. Malgré leur handicap, et dans la mesure de leurs possibilités, des activités adaptées en milieu ordinaire doivent être mises en œuvre, avec eux, par eux, et pour eux, pour qu'ils conservent un regard tourné vers l'extérieur et une curiosité du monde vivante.

Le sixième principe :

Le refus de la sur médication et la limitation des « si-besoins » est au cœur de l'approche de soin. En instaurant un accompagnement apaisant dans un lieu de vie tranquillisé, avec des méthodes inspirées des thérapies non-médicamenteuses, ce qui est visé est la baisse des troubles du comportement et la diminution de la pharmacopée. Il est en lien avec les activités thérapeutiques qui pourront être mises en place.

Le septième principe :

Le processus de réorientation est parfois la seule voie possible lorsque l'établissement ne peut plus répondre aux besoins de l'utilisateur. Pour autant, il doit obéir à un cadre précis :

- Le résident voit ses capacités nettement baisser sur une durée stabilisée de plusieurs mois
- Ces capacités sont évaluées par l'équipe avec les outils ci-dessus précisés
- Les besoins de la personne sont tels que soit l'établissement ne peut y répondre, soit les réponses qu'il convient d'apporter ne relèvent plus des missions de l'établissement.
- Un rapport d'évaluation circonstancié, suivi éventuellement de signalements à l'ARS et au CD, indique les modifications de l'état de la personne nécessitant une nouvelle orientation MDPH
- La MDPH répond en modifiant l'orientation vers un FAM, une MAS, voire un EHPAD.
- Des stages en établissements médicalisés seront proposés aux résidents concernés par une modification de leur orientation MDPH.
- Des inscriptions au sein de ces établissements seront systématisées en vue des réorientations à mener.

CONCLUSION

Ce service, à moyens constant, a deux visées :

- Acter une logique de parcours en accompagnant les usagers vers des établissements mieux adaptés
- Continuer de répondre au mieux aux besoins des personnes dans l'attente d'un établissement plus adapté.

Il n'est pas médicalisé, mais son fonctionnement souple, axé sur les temps particuliers requérant plus de personnels, doit permettre à l'utilisateur de poursuivre son chemin, de la manière la plus confortable possible pour lui, tout en maintenant le plus longtemps ses capacités.

Nous espérons ainsi, dans le virage inclusif pour lequel nous sommes convoqués, opérer une transition dans le respect de la personne, tout en tentant de lui permettre également un accès au milieu ordinaire malgré les pertes liées à l'autonomie.

Même s'il ne relève pas des textes liés à l'expérimentation de service, l'ambition reste cependant celle-ci. Essayer de s'adapter tout en prenant soin des personnes, comme si elles étaient dans un service spécifique, sans y être.

Au bout du projet d'établissement, l'évaluation de ce service devra démontrer sa pertinence. Et donc sa reconduction.

L'ensemble organisationnel proposé dans les annexes sera réévalué en tant que de besoin et sera adapté aux personnes en temps réel, autant que possible. La philosophie globale du projet reste le fil conducteur permanent de l'organisation.

De même, ce projet, expérimental, sera évalué en son entier après une année de fonctionnement.

ANNEXES :

Annexe 1

Le déroulé type d'une journée :

7h – 10 h : Lever – Toilette-Prise de traitement - Petit-déjeuner – 2 personnels (AS/AES)

10h – 11h45 : Activités vie inclusive, physiques et sportives, de socialisation, de confort-bien-être, motricité fine (couture, jeux de société) – 1 personnel Unité Transition et 1 personnel en activités extérieures/ sorties

11h45 -13h30 : Prise de traitement- Accompagnement au repas – 2 personnels (AS/AES)

13h30 – 14h30 : Temps de repos

14h30 – 16h : Activités vie inclusive (rangement du linge), de relaxation, socialisation (sorties achats, promenades), médiation animale, atelier musique

A partir de 13h45 : Accompagnements médicaux l'après-midi : RDV spécialistes (AS) + temps infirmerie (IDE + AS) - 1 personnel Unité Transition et 1 personnel en activités extérieures/ sorties

16h – 16h30 : Temps de collation – 2 personnels (AS/AES)

16h30 – 18h45 : Temps libre des résidents – Accompagnement hygiène- Rangement de linge- 2 personnels (AS/AES)

18h45 – 20h30 : Prise de traitement- Accompagnement repas – 2 personnels (AS/AES)

20h30 -21h30 : Accompagnement soirée et couchers échelonnés – 2 personnels (AS/AES)

21h30 : Arrivée du veilleur de nuit et relais dans l'accompagnement à la soirée et couchers

Les transmissions de l'équipe se dérouleront :

Le matin : 7h-7h15, l'après-midi : 13h30-13h45, et le soir : 21h30 – 21h45

Annexe 2 :

Organisation des repas en semaine :

Midi : SAM : 1 groupe de 3 résidents avec 1 accompagnant,⁴

Salon : 1 groupe de 3 avec 1 accompagnant

Avec au besoin 1 ou plusieurs dans leur logement

SAM au RDC : 4 résidents

Soir : le groupe reste sur l'Unité de Transition

SAM : 5 + 1 accompagnant

Salon : 5 + 1 accompagnant

Organisation des repas en weekend :

2 personnels sur l'UT

⁴ L'éventualité de présence de résidents issus de l'unité inclusive relève de l'organisation générale de l'établissement

Midi et soir : 1 groupe UT (6)
1 groupe RDC avec 4 UT
1 groupe vie inclusive

Annexe 3 :

Les déroulés de journées le weekend :

Le Vendredi soir :

De 16h à 16h30 : collation 1 AS ou AES du service + 1 AES de l'équipe du matin terminant à 16h30 (ex : en S1 le vendredi termine à 16h30).

De 16h30 à 17h30 : **2 personnels** - 1 personnel de l'U2 qui viendra en renfort, au besoin dans le cas où un personnel de l'unité est en sortie extérieure.

De 17h30 à 18h45 : Accompagnement à l'hygiène avec **2 personnels**

De 18h45 à 20h30 : prise des TTT et accompagnement au repas : **2 personnels**

De 20h30 à 21h30 : accompagnement à la soirée – **1 personnel**

A 21h30 : Arrivée du veilleur de nuit – transmission avec l'équipe de l'unité 1-

Préparation collation / relais de l'accompagnement à la soirée logement

A 21h45 : Départ du personnel de l'unité 1

Samedi/ Dimanche Matin

A 7h : Arrivée du personnel de l'unité 1

Transmission avec le veilleur de nuit –

Accompagnement à l'hygiène et au petit-déjeuner- prise des traitements

7h30 : Départ du veilleur de nuit / Arrivée du 2^{ème} personnel

De 7h30 à 9 h 30 : Hygiène –Traitement- petit déjeuner : **2 personnels**

De 9h30 à 11h45 : 1 personnel reste sur l'unité transition – fin de l'accompagnement de l'hygiène et le petit-déjeuner et l'accompagnement en vie inclusive

De 9h30 à 10h: Le 2^{ème} personnel prépare les chariots repas -

De 10h à 11h45 : 1 personnel en Unité de transition - 1 personnel en sortie avec des résidents de l'unité de transition et de l'unité de vie inclusive – pair aidance pour les sorties extérieures avec des résidents de l'unité de transition

De 11h45 à 13h30 : prise du traitement et accompagnement au repas - 2 personnels

A 14h : Fin de service pour le personnel de l'unité 1

A 14h30 : Fin de service du 2eme personnel / Arrivée de l'équipe d'Après- midi

- 14h30 – Arrivée d'un personnel de l'après-midi

- A 21h30 : Arrivée 21h30 veilleur de nuit UT/U1

- 14h45 à 21h45 : Arrivée du veilleur de nuit U2

Samedi/Dimanche Après midi

14h45 à 16h 30 : 1 personnel sur le groupe UT, 1 personnel en sortie extérieure avec résidents UT et vie inclusive

16h : collation

17h à 18h30 : Accompagnement douche (17h à 17h30 : 1 personne, puis 2 jusqu'à 18h45.

En parallèle de 17h à 18h45 : tri du linge, et pair aidance

18h45 à 20h30 : TTT + repas à 2 personnels.

20h30 à 21h30 : 1 personnel et 1 personnel en renfort

21h30 : Arrivée du VDN / Fin de service 1 er personnel puis second

Annexe 4 :

Missions des veilleurs de nuit

De 21h30 à 21h45 : transmission avec l'équipe de jour

Temps d'échange avec les résidents (transition équipe jour/nuit)

Pair aide (UT et UI) pour aider à vider le lave-vaisselle et préparation du PDJ. Si la tâche n'est pas effectuée, le relais est pris par le veilleur de nuit

Temps à disposition pour répondre aux besoins individuels des résidents (tenue de nuit, toilette, lavage de dents, aide à la médication, accompagnement au coucher....)

Entretien des locaux (salon, SAM, infirmerie), désinfection.

Surveillance et réassurance

Dès le lever des résidents, le temps de présence est à disposition pour répondre aux besoins individuels de ceux-ci (ex : petit déjeuner, douche, habillage, aide à la médication)

Temps de transmissions à l'arrivée de l'équipe de jour.

Il est bien précisé que dans le cadre de la continuité de l'accompagnement, les équipiers de nuit prennent le relais de ce qui n'a pu être fait par les équipiers de soirée. Ainsi, l'accompagnement aux couchers, les mises en pyjama, les éventuels changes de protections pour les moins autonomes, ainsi que l'aide à la prise des médicaments, peuvent être assurés par les surveillants de nuit.

Annexe 5 :

Prestations liées aux besoins

Fournir des prestations hôtelières et de confort

- Permettre aux résidents de prendre des repas en fonction de leurs besoins et au plus près de leurs choix et de leur mode de vie, dans la mesure des moyens de l'établissement (possibilité de choix du lieu, possibilité de cuisiner, possibilité d'adaptation de l'horaire)
- Fourniture de prestations adaptées à l'entretien des appartements en fonction de l'autonomie des personnes,
- Hébergement en logement individuel avec salles de bains privatives
- Aide au ménage et entretien des chambres et parties communes
- Aide à la restauration
- Lingerie assurée par l'établissement
- Surveillance nocturne

Aider le développement ou le maintien des capacités perceptivo-motrices, sensorielles et fonctionnelles, et les capacités cognitives et psycho-affectives

- Accompagner la réorientation des usagers ayant des besoins plus importants en soins vers des établissements médicalisés plus adaptés à leurs capacités restantes
- Développer une communication adaptée pour ceux qui sont dans l'incapacité de communiquer de manière fluide
- Alimentation adaptée (textures modifiées, manger main ou facile à manger).

Aider le développement et le maintien de l'autonomie dans les actes usuels de la vie, aider au maintien des savoirs de base

- Aide au développement et au maintien de l'autonomie d'hygiène corporelle et à la levée des freins l'empêchant.

- Aide au développement et au maintien de l'autonomie d'habillement et à la levée des freins l'empêchant.
- Soins infirmiers en lien avec cabinet extérieur ou au sein de l'établissement
- Aide au développement et au maintien de l'autonomie de déplacement et à la levée des freins l'empêchant.

Aider le développement et le maintien de la vie sociale en milieu ordinaire, et soutenir la socialisation

- Aide au développement et au maintien des capacités de repérage spatio-temporel.
- Aide au développement et au maintien des capacités mnésiques.
- Aide à l'identification, l'expression, l'ajustement des émotions.
- Aide au développement et au maintien des capacités de gestion de la frustration.
- Aide au développement et de maintien des capacités d'individuation ou autodétermination.
- Aide au développement et au maintien des capacités de tolérance.

Permettre une vie intime et affective la plus épanouissante possible

- Affirmer le logement comme un lieu privatif et intime et permettre d'habiter cette intimité dans l'esprit « du comme chez soi ».
- Accompagner la compréhension et les enjeux relationnels liés à l'intime

Protéger et assurer la sécurité des résidents dans le respect de leurs droits

- Aider les résidents à comprendre et agir leurs droits, et les aider à accomplir leur vie de citoyen et acteur de leurs droits,
- Aide au développement et au maintien des capacités d'identification et d'expression de la douleur physique ou de souffrance psychique.
- Adaptation et sécurisation de l'environnement afin de prévenir les mises en danger.
- Aide au développement des capacités d'identification et protection des dangers.
- Aide au développement et au maintien des capacités de régulation de son alimentation.
- Aide au développement des capacités de maintien de son intégrité physique.
- Aide à l'accès à des soins permettant la protection de l'intégrité physique.



Foyer de vie Domaine de Mesplès

433, Chemin de Chéhour - 64240 URT

Tél. : 05 59 56 28 44 - Fax.: 05 59 56 29 16 - foyerurt@pep64.org