



FONDATION
**Père
Favron**
La solidarité en action

Fondation Père Favron

Projet du Pôle Médico-Social Philippe de Camaret

2021-2025

- La Maison d'Accueil Spécialisée de l'Est (MAS)
- Le Foyer d'Accueil Médicalisé Les Trois Cascades (FAM)
- Le Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés Les Aubépines (SAMSAH)

Consultation du Conseil de la Vie Sociale le 7 Décembre
2021

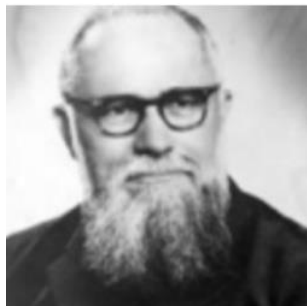
1. Sommaire

1.	Sommaire	1
1.	HISTOIRE ET PROJET DE L'ORGANISME GESTIONNAIRE	4
1.1.	À l'origine le Père Favron	4
1.2.	Des valeurs portées depuis 1950	5
1.3.	Organisation actuelle de la Fondation Père Favron	5
1.4.	L'origine et l'histoire du Pôle Médico-Social Philippe de Camaret	7
2.	LES MISSIONS	8
2.1.	Les habilitations	8
2.2.	Les missions générales	8
2.3.	Les différents modes d'accueil	9
3.	LE PUBLIC ET SON ENTOURAGE	10
3.1.	Le public accueilli	10
3.2.	Spécificité des publics par établissement et service	10
3.3.	Évolution du public	10
3.4.	L'entourage et les proches aidants	11
4.	L'OFFRE DE SERVICE ET SON ORGANISATION	13
4.1.	L'inclusion comme moteur	13
4.2.	Organigramme du Pôle Médico-Social Philippe de Camaret	14
4.3.	La notion de plateforme	14
4.4.	Les prestations de soins, de maintien et de développement des capacités fonctionnelles	15
4.5.	Les prestations en matière d'autonomie	15
4.6.	Les prestations pour la participation sociale	16
5.	LES PRINCIPES D'INTERVENTION	17
5.1.	La liberté d'aller et venir	17
5.2.	Le principe d'autodétermination	17
5.3.	La prise de risque	18
5.4.	Le droit à la vie affective et sexuelle	18
6.	LA GESTION DES PARADOXES	20
7.	LES PROFESSIONNELS ET LES COMPETENCES MOBILISEES	21

7.1.	La Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences (GPEC).....	22
7.2.	La formation	22
7.3.	La Qualité de Vie au Travail	22
8.	LA DEMARCHE QUALITE.....	24
8.1.	La bientraitance et la lutte contre la maltraitance.....	24
8.2.	Une démarche responsable.....	24
9.	LES OBJECTIFS D'EVOLUTION, DE PROGRESSION ET DE DEVELOPPEMENT	25
9.1.	Amplifier le fonctionnement en plateforme	25
9.2.	Contribuer au « virage inclusif ».....	25
9.3.	Anticiper/accompagner les régressions	26
9.4.	Développer des compétences spécifiques	26
9.5.	Assurer une veille territoriale efficace	27
9.6.	S'appuyer sur les nouvelles technologies.....	27
9.7.	Améliorer le « système d'information ».....	27
9.8.	Établissement sans tabac.....	27
9.9.	Continuer à développer la Qualité de Vie au Travail.....	27
9.10.	Promouvoir l'innovation	28
10.	ANNEXES.....	29
Annexe 1	Charte de la Fondation Père Favron.....	30
Annexe 2	Charte Vie Relationnelle Affective et Sexuelle (VRAS).....	31
Annexe 3	Compléments d'informations relatives aux spécificités organisationnelles par ESMS au PMSPDC.....	35
Annexe 4	Chapeau théorique, version exhaustive	37
Annexe 5	Illustrations concrètes des prestations proposées par la nomenclature SEFAFIN- PH	53
	Les prestations de soins, de maintien et de développement des capacités fonctionnelles.....	53
	Les prestations en matière d'autonomie.....	54
	Les prestations pour la participation sociale.....	54
Annexe 6	Bibliographie	58

1. HISTOIRE ET PROJET DE L'ORGANISME GESTIONNAIRE

1.1. À l'origine le Père Favron



Né le 26 mai 1911 en Bretagne, le Père Favron arrive le 17 juin 1939 à La Réunion dans le contexte de la Seconde Guerre Mondiale avec un blocus maritime. Ressentant l'urgence et la nécessité d'agir pour les personnes vulnérables, il s'engage et consacre près de 30 ans de sa vie au profit des plus démunis et développe de nombreuses structures d'accueil.

Son combat s'inscrit dans la tradition multiséculaire de charité chrétienne. Fervent défenseur des plus vulnérables, il défend cette cause au prix de sa santé. Le 8 mai 1968 il quitte la Réunion pour se retirer dans la communauté des sœurs de la Haye Mahéas où il décède le 19 juin 1968.

1946

- Animé d'un profond humanisme et frappé par la misère infantile à son arrivée sur l'île de la Réunion, le Père Favron décide de créer une crèche pouponnière à Saint-Louis

1950

- Le Père Favron continue de développer ses projets d'aide en direction de la population défavorisée et crée l'**Union Catholique de Saint-Louis** pour développer la solidarité auprès de la population

1954

- L'Union Catholique de Saint-Louis devient l'**Union des Oeuvres Sociales Réunionnaises (UOSR)**
 - En 1957, il ouvre une **école d'aides-soignantes** pour promouvoir la formation

1997

- L'association devient Fondation Père FAVRON, reconnue d'utilité publique. Elle est administrée par un Conseil d'administration de douze membres (voir composition en annexe)

1997 à
aujourd'hui

- La Fondation élargit son champs d'intervention, elle est présente dans le médico-social et le social auprès des enfants de 0 à 18 ans handicapés ou non, des personnes seules ou en famille, handicapées ou non.
 - La Fondation innove en permanence pour répondre aux besoins sociétaux et pour permettre aux personnes accompagnées d'exercer leurs droits et libertés individuelles

1.2. Des valeurs portées depuis 1950

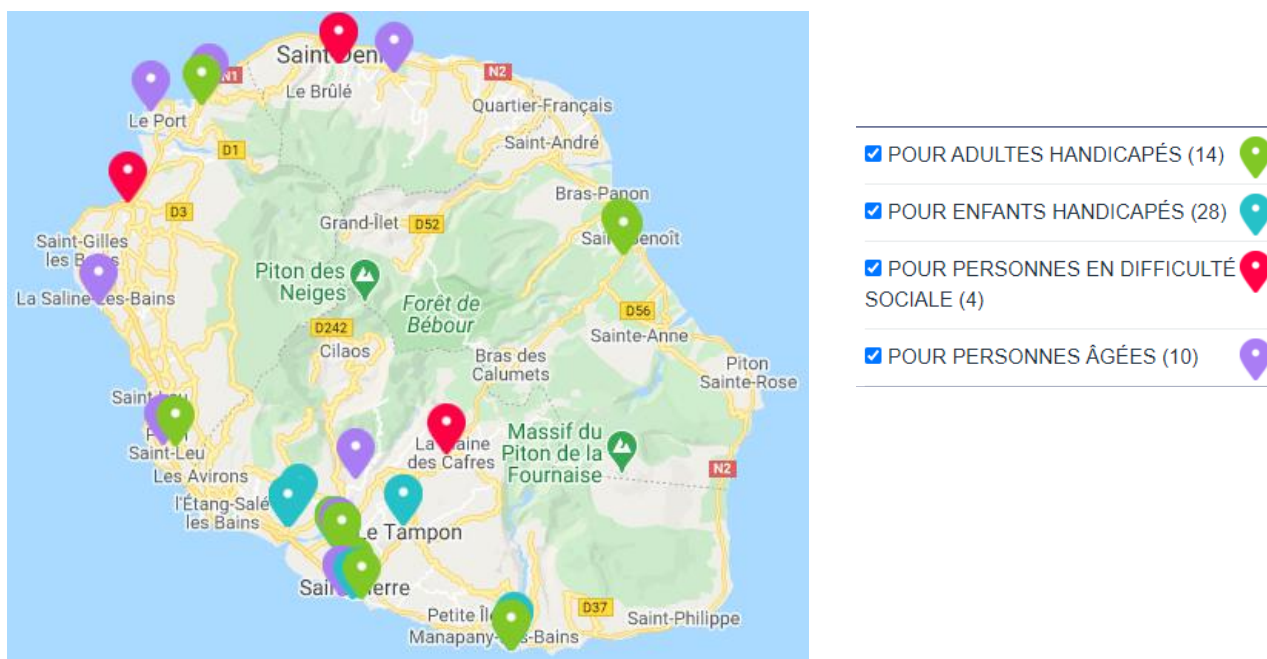


L'humanisme	Il s'agit d'abord de respecter les droits fondamentaux de chaque individu. Par l'attention et le soin apportés à chaque personne accueillie, nos équipes veillent à son épanouissement et à son intégration, quelles que soient les différences.
La solidarité	La solidarité est au cœur de la Fondation. C'est notamment le choix du statut associatif qui permet d'associer administrateurs, bénévoles, salariés, environnement sociale et partenaires locaux pour aider la personne dans une relation de confiance, sans but lucratif
La responsabilité	C'est l'engagement et la promesse des professionnels de la Fondation, d'assurer le meilleur accompagnement possible des personnes accueillies et leur prise en charge globale, du domicile à l'institution et quelque soient ses difficultés, par un travail en équipe pluridisciplinaire et l'implication de tous les acteurs travaillant en réseau.
La proximité	Pour que l'action s'inscrive dans le territoire, au plus proche des besoins des Réunionnais, et afin que les familles ne soient pas contraintes à mettre de la distance entre leurs membres.

Validée par le Conseil d'Administration en 1999, la charte de la Fondation Père Favron constitue une référence commune proposée à tous les acteurs bénévoles et salariés de la Fondation (voir annexe).

1.3. Organisation actuelle de la Fondation Père Favron

En 2021, la Fondation Père Favron gère 56 établissements et services avec la répartition suivante :



La Fondation Père Favron assume sa responsabilité sociétale. Ainsi, elle développe une politique visant à lutter contre toute forme de gaspillage.

De plus, la Fondation soutient l'exercice des droits et libertés individuelles des personnes accompagnées et accueillies, notamment en traitant des sujets tels que la Vie Relationnelle Affective et Sexuelle (VRAS).

La Fondation Père Favron inscrit son projet associatif dans une logique de communauté d'acteurs réunis pour bâtir la solidarité par une dynamique d'anticipation, d'innovation et d'adaptation dans un environnement en évolution. Ses engagements sont de :

- **Développer l'offre d'accompagnement** : en coopération avec les acteurs des secteurs social, médico-social et sanitaire, la Fondation Père Favron développe des projets d'intérêt général comprenant la création et gestion de structures adaptées ainsi que la participation à des programmes de recherches et de prévention des publics vulnérables.
- **Promouvoir le professionnalisme et les compétences** : l'accompagnement des professionnels dans le développement de leurs compétences et savoir être auprès des personnes accompagnées constitue un des axes d'investissement prioritaire de la Fondation Père Favron. Il vise à former et à outiller l'ensemble des acteurs pour favoriser un accompagnement de la personne tout au long d'e son projet de vie dans une dynamique de qualité et d'éthique.
- **Contribuer à l'épanouissement des personnes** : qu'il s'agisse des personnes accompagnées ou des professionnels de la Fondation Père Favron, l'association poursuit l'objectif d'un développement harmonieux au bénéfice de tous les acteurs qui concourent à la réalisation de son œuvre dans le respect de ses valeurs de solidarité et d'humanisme.

Le Pôle Médico-Social Philippe de Camaret (PMSPDC) s'inscrit pleinement dans les orientations du projet associatif et dans les valeurs portées par la Fondation Père Favron au travers notamment des échanges avec la Direction Générale.

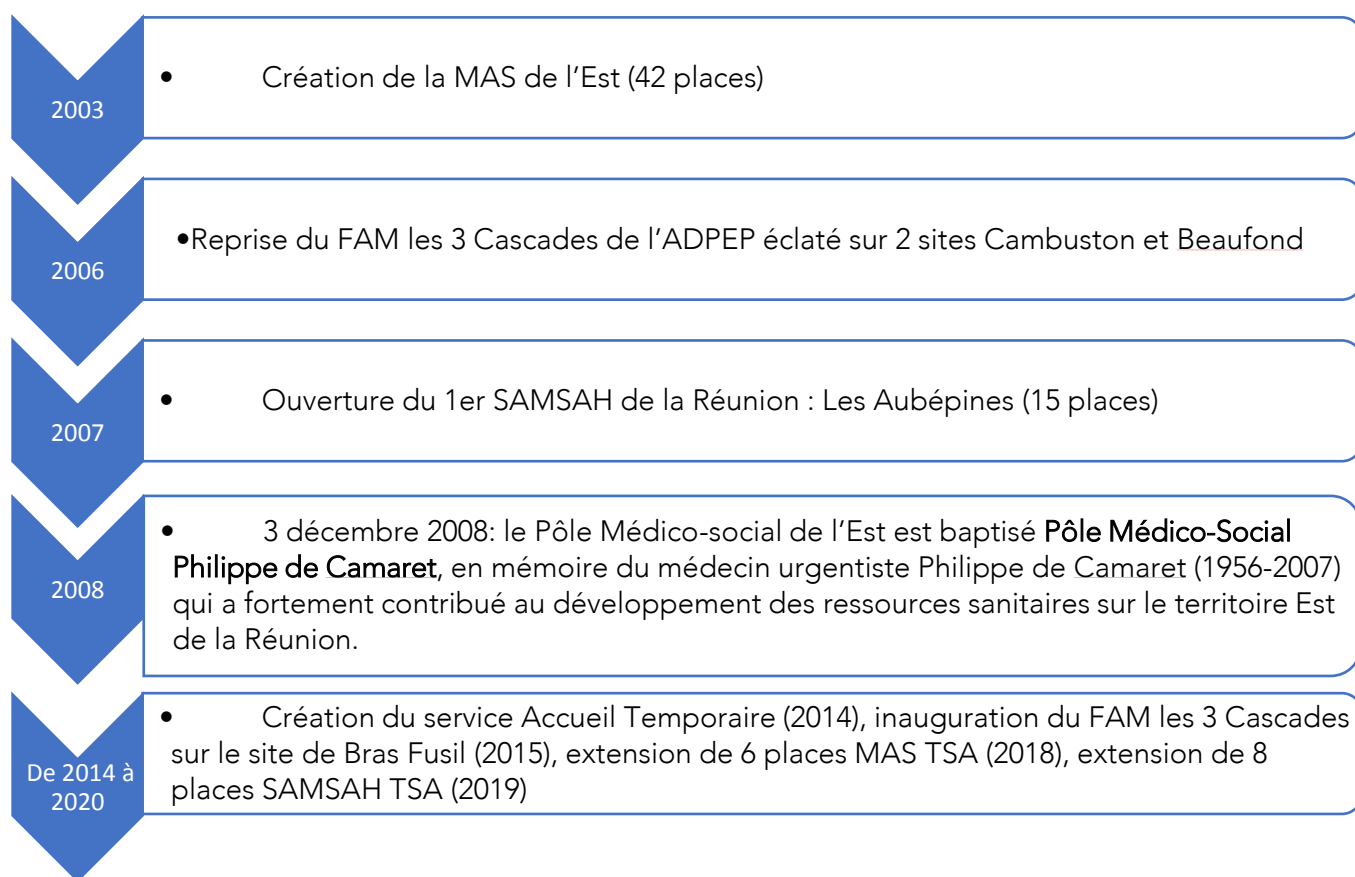
L'appartenance à un organisme gestionnaire historique et représentatif sur le territoire réunionnais permet au Pôle Médico-Social Philippe de Camaret de s'appuyer sur une notoriété qu'il s'attache à valoriser et promouvoir auprès de ses partenaires.

Cet investissement et ce respect des valeurs sont portés par les deux établissements et le service qui composent le PMSPDC, à savoir :

- Une Maison D'Accueil Spécialisée (MAS) avec un internat et un accueil temporaire, appelée MAS de l'Est
- Un Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM) appelé FAM Les 3 cascades
- Un Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH)

1.4. L'origine et l'histoire du Pôle Médico-Social Philippe de Camaret

Suite à la volonté de la Fondation Père Favron d'avoir un ancrage dans l'Est de La Réunion pour permettre aux résidents accueillis sur le Foyer Albert Barbot mais originaires de l'Est de s'en rapprocher, le PMSPDC s'est construit depuis 2003 selon la frise ci-dessous :



2. LES MISSIONS

2.1. Les habilitations

MAS

54 places
dont 6 en
accueil
temporaire

La MAS de l'Est est agréée pour recevoir 54 personnes.

- **Décret d'Habilitation n° 1729DRASS du 15 juillet 1999** : autorisant la création d'une Maison d'Accueil Spécialisée de 30 places à Saint-Benoît.
- **Arrêté préfectoral n° 1862 du 19/08/2003** autorisant 12 places de cérébrolésés portant la capacité de l'établissement à 42 places
- **Décret d'Habilitation n° 248ARS2011 du 17 août 2011** : portant autorisation d'une extension de capacité de 6 places d'accueil temporaire.
- **Décision n° 104/ARS du 28 août 2018** portant autorisation d'extension de 6 places pour adultes présentant des troubles du spectre de l'autisme

FAM

70 places

Le FAM les Trois Cascades est habilité à recevoir 70 personnes.

- **Arrêté n° 156/DRASS/PSMS du 30 mai 2007** portant autorisation de regroupement sur le site de Bras Fusil à Saint-Benoît, du FAM de 60 places
- **Arrêté n° 274/ARS/2010** portant autorisation de redéploiement de 10 places au profit du FAM les 3 Cascades.

SAMSAH

23 places
dont 8 TSA

Le SAMSAH Les Aubépines est habilité pour intervenir à domicile auprès de 15 personnes

- **Arrêté d'habilitation n°4609 du 18 décembre 2006** et destiné à des personnes de 18 à 60 ans.
- **Arrêté n° 08/DGA PS/DA/SDOAH/CESMAI du 21 septembre 2019** portant autorisation d'extension non importante de capacité de 8 places pour adultes avec troubles du spectre de l'autisme au sein du SAMSAH Les Aubépines.

2.2. Les missions générales

Le Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF), art D.344-5-3, définit les missions des MAS, FAM et SAMSAH qui sont de :

- Favoriser la relation de l'usager aux autres et l'expression des choix et du consentement en développant toutes les possibilités de communication verbale, motrice et sensorielle, avec le recours à une aide humaine voire technique
- Développer les potentialités, maintenir les acquis et favoriser les apprentissages et l'autonomie dans tous les actes de la vie quotidienne
- Favoriser la participation à une vie sociale, culturelle et sportive par des activités adaptées
- Porter une attention permanente à toute expression de souffrance physique ou psychique
- Veiller au développement de leur vie affective et au maintien du lien avec leur famille ou leurs proches
- Garantir l'intimité en leur préservant un espace de vie privatif
- Assurer un accompagnement médical coordonné garantissant la qualité des soins
- Privilégier l'accueil des personnes en petits groupes au sein d'unités de vie

Concernant l'accueil temporaire, il résulte de la loi du 02 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale (dernier alinéa du I de l'article L.312-1 du CASF) qui prévoit que les ESMS peuvent assurer l'accueil « à titre permanent, temporaire ou selon un mode séquentiel » et ce, « à temps complet ou partiel, avec ou sans hébergement ».

L'accueil temporaire vise à développer ou maintenir les acquis et l'autonomie de la personne accueillie et faciliter ou préserver son intégration sociale.

On entend par accueil temporaire « toute modalité d'accueil non permanent (avec ou sans hébergement, de jour et/ou de nuit) ». Ce mode d'accompagnement se fait aujourd'hui « dans une limite de 90 jours sur une période d'un an, consécutifs ou en mode séquentiel, pour les personnes en situation de handicap ».

Cadre national d'orientation sur les principes généraux relatifs à l'offre de répit et à l'accueil temporaire, DGCS, Mars 2021

2.3. Les différents modes d'accueil

FAM	SAMSAH	MAS
en internat uniquement	à domicile ou sur site pour des activités communes avec le Pôle.	en internat, de jour, temporaire et séquentiel

3. LE PUBLIC ET SON ENTOURAGE

3.1. Le public accueilli

Le public du Pôle Médico-Social Philippe de Camaret est composé de **personnes adultes en situation de handicap, bénéficiant d'une notification de la MDPH**. Il est caractérisé par une **grande diversité** au regard de l'unicité des personnes et de la singularité des parcours de vie.

Les personnes composant ce public sont certes vulnérables, mais elles ont aussi des capacités. Ces personnes présentent des troubles et des déficiences qui génèrent chez elles des besoins de compensation.

Une catégorie du public du Pôle peut rencontrer des difficultés importantes dans la communication verbale. Ainsi, une attention particulière et des outils adaptés sont indispensables pour bien comprendre les demandes des personnes. Les prises en compte des degrés d'autonomie et des capacités individuelles de communication sont indispensables pour une définition adéquate des projets personnalisés et une sélection pertinente des prestations proposées.

Enfin, notons que le Pôle s'inscrit dans une dimension territoriale. Même si l'accueil est possible pour des personnes venant d'autres territoires de La Réunion, une priorité est donnée aux personnes originaires de l'Est.

3.2. Spécificité des publics par établissement et service

FAM	SAMSAH	MAS
- Personnes avec handicap psychique et/ou déficience intellectuelle et/ou handicap moteur - Dépendance dans certaines AVQ	- Personnes polyhandicapées vivant hors établissement - Personnes dépendantes pour certaines AVQ - Personnes présentant des Troubles du Spectre de l'Autisme (TSA)	- Personnes cérébrolésées ou polyhandicapées ou atteintes des Troubles du Spectre de l'Autisme - Dépendance partielle ou totale dans les AVQ

AVQ : Actes de la Vie Quotidienne

3.3. Évolution du public

Le public accueilli en FAM connaît un vieillissement plus important que les autres structures du Pôle. Les extensions TSA ont permis de diminuer la moyenne d'âge générale car les admissions se sont faites avec des personnes plus jeunes que les personnes sortantes.

Année	FAM	SAMSAH	MAS
2015	53 ans	49 ans	43 ans
2020	56 ans	40 ans	44 ans

3.4. L'entourage et les proches aidants

Au regard de la singularité des situations et des structures familiales composant la société réunionnaise, la notion d'entourage peut couvrir diverses réalités : **famille proche, famille élargie, voisins....**

Pour le Pôle, l'entourage est composé **avant tout de personnes bienveillantes et proches**. Cette conception s'accorde parfaitement avec la définition officielle des proches aidants¹.

Au fil des années, le Pôle a donné **davantage de place aux aidants** en leur « ouvrant plus souvent les portes » et en étant plus vigilant à leurs besoins. Le Pôle constate d'ailleurs que cet entourage est parfois en souffrance et/ou épuisé et nécessite d'être davantage valorisé et soutenu dans sa fonction d'aidant.

Pour répondre **aux besoins des aidants**, le Pôle a développé divers services et prestations ayant pour objectifs de :

- Soutenir l'aidant dans son rôle
- Maintenir la relation aidant/aidé
- Et aussi rendre plus visible pour les aidants le travail des équipes

À titre d'illustrations, le Pôle propose déjà pour certains aidants les services suivants :

- Hébergement temporaire pour du répit
- Conseils et guidance dans les actes de la vie quotidienne
- Actions de sensibilisation et de formations via des temps collectifs
- Mise à disposition de moyens (véhicule, matériel médical...)

Le Pôle se fixe comme objectif « d'aller encore plus loin » en proposant régulièrement aux aidants de s'impliquer dans la vie du Pôle à travers :

- Les temps « institutionnels », tels que le Conseil de la Vie Sociale (CVS)
- La participation à des formations conjointes avec les professionnels
- La présence dans toutes les activités quotidiennes : accompagnement, activités extérieures, etc.

Cependant, il est nécessaire de souligner que la sollicitation des aidants se fait dans le respect des histoires de vie et des choix des personnes quelle que soit la partie prenante : il s'agit de proposer et non pas d'obliger.

¹Article R245-7 du CASF : « Est considéré comme un aidant familial, pour l'application de l'article L. 245-12, le conjoint, le concubin, la personne avec laquelle la personne handicapée a conclu un pacte civil de solidarité, l'ascendant, le descendant ou le collatéral jusqu'au quatrième degré de la personne handicapée, ou l'ascendant, le descendant ou le collatéral jusqu'au quatrième degré de l'autre membre du couple qui apporte l'aide humaine définie en application des dispositions de l'article L. 245-3 du présent code et qui n'est pas salarié pour cette aide »

Article L. 113-1-3 du CASF : « Est considéré comme proche aidant d'une personne âgée son conjoint, le partenaire avec qui elle a conclu un pacte civil de solidarité ou son concubin, un parent ou un allié, définis comme aidants familiaux, ou une personne résidant avec elle ou entretenant avec elle des liens étroits et stables, qui lui vient en aide, de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne ».

La prise en compte de la « présence (ou proximité) » et de l'implication de la famille est un élément déterminant pris en considération dans l'élaboration des projets personnalisés.

Enfin, notons que **le soutien entre pairs** est un axe que le Pôle souhaite développer. Ainsi, le Pôle envisage à cet effet de dédier un espace famille pour qu'elles puissent davantage se rencontrer, échanger et partager leurs savoirs.

4. L'OFFRE DE SERVICE ET SON ORGANISATION

4.1. L'inclusion comme moteur

Le Pôle Philippe de Camaret veut être moteur dans l'inclusion des personnes en situation de handicap. Ainsi, **l'ouverture sur l'extérieur** et l'intégration du Pôle dans son environnement proche constituent désormais des fondamentaux pour l'organisation de l'offre de services.

Dans cette perspective, le Pôle maintient une dynamique partenariale forte avec son environnement.

Cette vision s'intègre pleinement avec « **l'approche domiciliaire**² » portée par la CNSA.

En diversifiant son offre de services, notamment en s'appuyant sur le portage d'action de dispositifs expérimentaux, le Pôle veille à :

- Proposer dans les établissements un environnement « proche » de celui du domicile (en permettant aux personnes de faire des choix)
- Développer une proximité avec la personne concernée
- Maintenir un équilibre entre le collectif et l'individuel
- Participer à la socialisation et à l'inclusion des personnes
- Soutenir l'accès à une citoyenneté en favorisant la participation à la vie de la cité et à la vie publique

Les établissements constituant le Pôle (FAM et MAS) sont des structures d'accueil. Le « découpage spatial » de l'enceinte du Pôle est un paramètre qui influence l'offre de services. A partir du bâti existant, l'enjeu est d'améliorer le cadre de vie tout en garantissant la sécurité. Le redécoupage spatial peut donc contribuer à développer de nouvelles prestations. À titre d'illustration, le Pôle envisage de **créer une « zone famille »**.

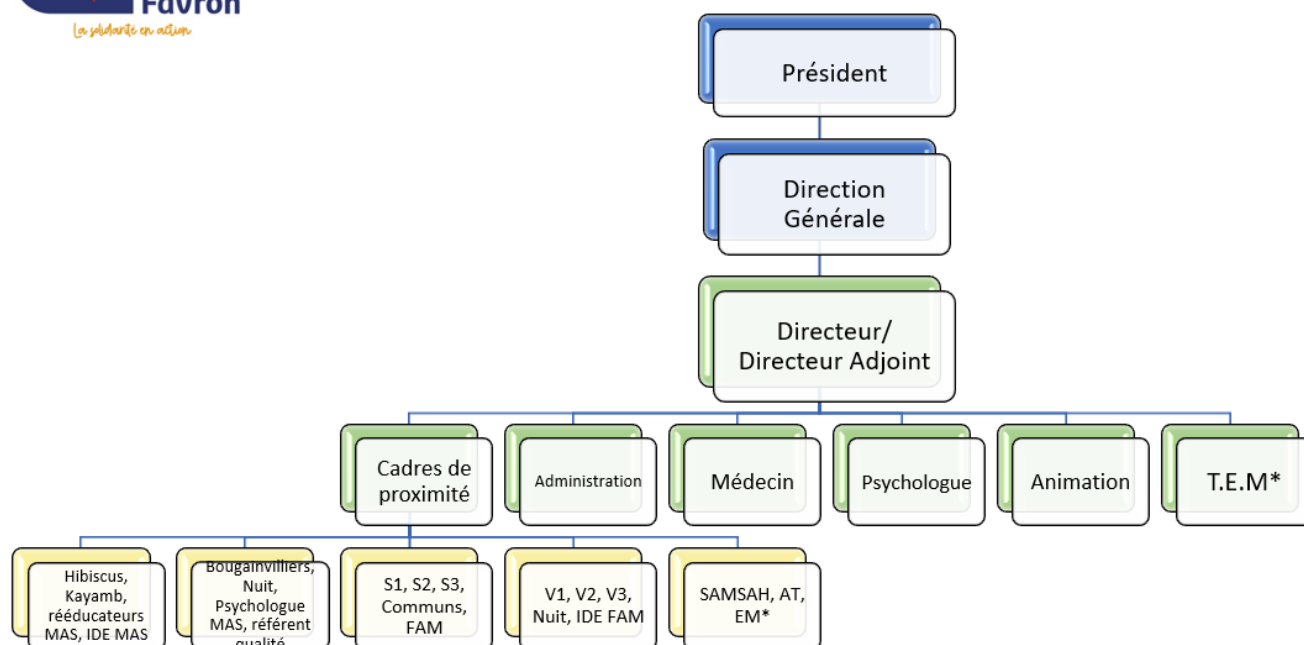
FAM	SAMSAH	MAS
Organisation en 6 unités : • Cascade Fleurs Jaunes • Cascade Hirondelle • Cascade Takamaka • Cascade Niagara • Anse des Cascades • Cascade Délice	Territoire d'intervention : Est de La Réunion • Saint-André • Bras-Panon • Saint-Benoît • Sainte-Anne • Sainte-Rose • La Plaine des Palmistes • Salazie	Organisation en 4 unités : • Bougainvilliers : personnes cérébrolésées et polyhandicapées • Hibiscus : personnes polyhandicapées • Kayamb : personnes avec TSA ou comportements évoquant les troubles autistiques • Accueil Temporaire : tout type de handicap

² CNSA, 2019, « Démarche prospective du conseil de la CNSA, Chapitre 2 : Chez soi : l'approche domiciliaire »

4.2. Organigramme du Pôle Médico-Social Philippe de Camaret



ORGANIGRAMME DU POLE PHILIPPE DE CAMARET AU 01/01/2021



* T.E.M = Travaux, Entretien, Maintenant

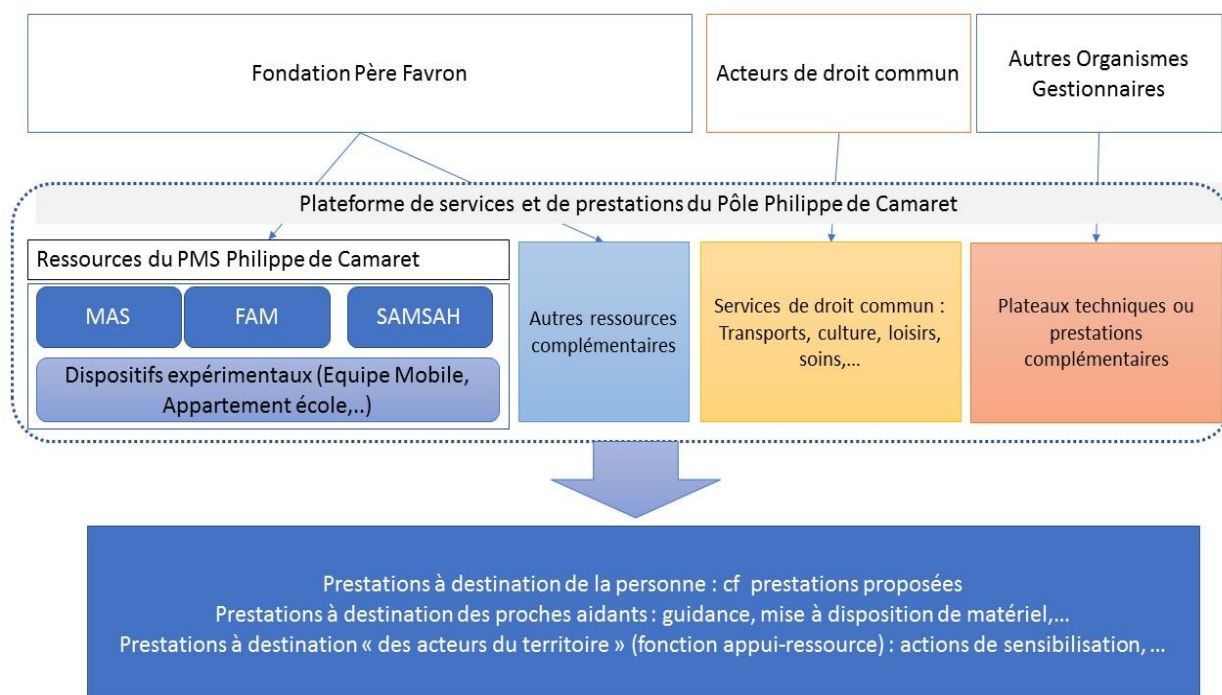
* EM = Equipe Mobile

4.3. La notion de plateforme

Le développement de dispositifs expérimentaux, la mise en œuvre des Plans d'Accompagnements Globaux issus de la démarche « **Réponse Accompagnée Pour Tous** » ont amorcé la transformation du Pôle en **une plateforme de services et de prestations**.

En renouvelant régulièrement son évaluation, le Pôle réajuste les projets personnalisés et permet aux résidents de changer d'unité ou d'établissement, ce qui témoigne de la **logique de parcours** mise en œuvre au Pôle.

Aujourd'hui, le Pôle Philippe de Camaret accentue cette transformation en plateforme de services, en s'appuyant encore davantage sur les ressources du territoire comme le représente le schéma ci-dessous :



4.4. Les prestations de soins, de maintien et de développement des capacités fonctionnelles

Conformément à l'orientation des politiques publiques mises en œuvre dans le secteur médicosocial, le Pôle propose les prestations ci-dessous, qui se veulent en conformité avec la nomenclature SERAFIN-PH (Services et Établissements : Réforme pour une Adéquation des FINancements aux parcours des Personnes Handicapées)

Soins somatiques et psychiques
Soins médicaux à visée préventive, curative et palliative
Soins techniques et de surveillance infirmiers ou délégués
Prestations des psychologues
Rééducation et réadaptation fonctionnelle
Prestations des auxiliaires médicaux

4.5. Les prestations en matière d'autonomie

Accompagnements pour les actes de la vie quotidienne
Accompagnements pour la communication et les relations avec autrui
Accompagnements pour prendre des décisions adaptées et pour la sécurité

4.6. Les prestations pour la participation sociale

Accompagnements pour exercer ses droits
Accompagnements à l'expression du projet personnalisé
Accompagnements à l'expression des droits et des libertés
Accompagnements pour participer à la vie sociale
Accompagnements du lien avec les proches et le voisinage
Accompagnements pour la participation aux activités sociales et de loisirs
Accompagnements pour le développement de l'autonomie pour les déplacements
Accompagnements au logement
Accompagnements pour vivre dans un logement
Accompagnements pour accomplir les activités domestiques
Accompagnements en matière de ressources et d'autogestion
Accompagnements pour l'ouverture des droits
Accompagnements pour l'autonomie de la personne dans la gestion des ressources
Informations, conseils et mise en œuvre des mesures de protections des adultes
Accompagnements pour exercer ses rôles sociaux
Accompagnements pour mener sa vie d'élève, d'étudiant ou d'apprenti (SAMSAH)
Accompagnements pour préparer sa vie professionnelle (SAMSAH)
Accompagnements pour mener sa vie professionnelle (SAMSAH)
Accompagnements pour réaliser des activités de jour spécialisées
Accompagnements de la vie familiale, de la parentalité, de la vie affective et sexuelle
Accompagnements pour l'exercice des mandats électoraux, la représentation des pairs et la pair-aidance

5. LES PRINCIPES D'INTERVENTION

Aujourd'hui, pour mieux répondre aux souhaits des personnes en situation de handicap, l'État souhaite que les personnes en situation de handicap aient davantage de choix concernant leur lieu de vie : domicile, famille d'accueil, foyer, en colocation....

C'est pour cela que les professionnels du Pôle aident les personnes en situation de handicap à trouver ce qui leur convient le mieux, **en les laissant décider pour elles-mêmes**.

5.1. La liberté d'aller et venir

Pour aider les résidents/bénéficiaires à être plus autonomes, il est important qu'ils puissent se **déplacer librement**. Circuler est une liberté. Cependant, l'équipe du Pôle veille à ce que les conditions minimales de sécurité soient garanties et acquises.

Cette question de liberté est étendue aux soins. Le recours à toute forme de contention fait l'objet d'une concertation en équipe. Il est mis en œuvre à chaque fois qu'il ne sera pas possible de faire autrement, et fait l'objet d'une réflexion pluridisciplinaire afin de rechercher au maximum des solutions alternatives dans la mesure du possible.

Les professionnels réfléchissent en équipe pour que l'accompagnement proposé puisse montrer les évolutions de la personne en situation de handicap. Il est donc important que **la communication** soit efficace. Il est aussi important que les professionnels aillent dans le même sens et ne se contredisent pas.

Pour cela, les professionnels échangent entre eux et aussi avec les familles. Mais surtout les professionnels **communiquent de manière adaptée** avec la personne en situation de handicap pour savoir ce qu'elle veut. La personne en situation de handicap peut alors faire ses choix dans le respect des règles.

5.2. Le principe d'autodétermination

Dans notre société, la capacité de choix et de décision des personnes en situation de handicap peut être mise à mal. Certaines personnes en situation de handicap souffrent du regard des autres. D'autres personnes en situation de handicap pensent aussi qu'elles ne sont pas capables, car elles n'ont pas pu montrer aux autres ce qu'elles savent faire.

Pour changer cela, l'équipe du Pôle aide les personnes en situation de handicap à :

- Vers le rétablissement : processus ayant comme finalité le meilleur état de santé et de bien-être possible
- À développer la résilience, c'est-à-dire surmonter une épreuve difficile et se reconstruire

Cela peut parfois demander du temps. L'équipe du Pôle est là pour aider les personnes en situation de handicap à se dépasser et à apprendre de nouvelles compétences.

Pour y arriver, la personne handicapée doit avoir confiance en elle. Il faut aussi qu'elle ait envie d'essayer par elle-même de faire des expériences.

Pour permettre aux personnes en situation de handicap de faire des choix et de gagner en autonomie, l'équipe du pôle utilise :

- **La réhabilitation psychosociale** : aider la personne à se sentir mieux et le plus autonome possible dans la vie de tous les jours et dans les relations avec les autres.
- **La valorisation des rôles sociaux** : donner à toutes les personnes en situation de handicap la possibilité et le sentiment d'utilité, et montrer que les personnes en situation de handicap sont capables. Pour cela, le pôle propose des activités « d'utilité sociale ».
- **« L'approche globale » (case management)** : discuter avec toutes les personnes qui aident la personne handicapée dans son projet, car il faut être sûr que tout le monde comprenne bien la même chose et que tout le monde travaille dans l'intérêt de la personne en situation de handicap.

Sur la dimension du soin, les professionnels du pôle s'attachent à pratiquer des soins en recherchant l'adhésion de la personne. Pour faire face au refus de soin, des moyens peuvent être proposées pour la personne consentie à l'acte proposé : habitude, fiches santé BD, report des actes non urgents...

L'équipe du Pôle encourage les personnes en situation de handicap à faire leurs propres choix dans la vie de tous les jours. Cela concerne aussi la vie affective et sexuelle.

5.3. La prise de risque

« Même s'il est parfois possible de se tromper ou de ne pas réussir, l'important c'est d'essayer ».

En effet, plus la personne en situation de handicap essaiera, plus elle sera capable. La personne en situation de handicap est toujours soutenue dans ce qu'elle fait et peut alors exercer son droit à l'autodétermination, c'est-à-dire faire ses propres choix.

La mise en œuvre de ces différentes notions suppose d'accepter les échecs, de prendre des risques. Cette étape est indispensable à la construction de la personne, pour dépasser ses peurs, pour évoluer. Ces prises de risques se réalisent dans un cadre sécurisé, c'est-à-dire qu'une évaluation de la situation est pratiquée en équipe pluriprofessionnelle et que des mesures d'atténuation du risque sont déployées.

5.4. Le droit à la vie affective et sexuelle

La charte Vie Relationnelle Affective et Sexuelle (VRAS) de la Fondation Père Favron constitue une référence pour l'amélioration de la qualité de l'accompagnement.

Pour le PMSPDC, la personne accompagnée doit rester le premier acteur de sa vie relationnelle, affective et sexuelle. En citant Anne Dasnoy-Sumell, « *tout individu, tout être humain, a le droit de vivre la vie sexuelle et affective qu'il souhaite et de la façon la plus harmonieuse possible. Personne ne peut être réduit à son handicap. Il convient dès lors d'œuvrer pour que chacun puisse vivre la sexualité dans le respect de soi et de l'autre, de l'intimité, en faisant usage de la compréhension et de l'expression des émotions qui le traverse* » (voir référence).

Cela participe de l'autodétermination des personnes accueillies mais il s'agit surtout d'humanité et de citoyenneté pour favoriser l'inclusion et le droit à une vie relationnelle, affective et sexuelle pour chacun.

- Au quotidien, plusieurs questions se posent et la VRAS se construit aussi en pluridisciplinarité :

- Quelle liberté laisser et quelles limites poser dans la gestion de la vie relationnelle, affective et sexuelle ?

Comment communiquer et informer avec les personnes concernées, leur entourage, les professionnels et les partenaires ?

Par des actions de formation, de sensibilisation ou groupes de parole, le PMSPDC s'efforce ainsi de mettre en œuvre la loi de 2005 qui reconnaît aux personnes en situation de **handicap** le droit au respect de leur **vie** privée et à l'exercice de leur autonomie, y compris dans le domaine de la sexualité.

6. LA GESTION DES PARADOXES

L'action du Pôle est parfois soumise à plusieurs paradoxes qui émanent de missions exercées dans un contexte de transformation. En effet, le Pôle s'attache à **favoriser l'autonomie et soutenir l'inclusion des personnes vulnérables** dans une société qui n'est pas toujours accessible et bienveillante.

Ces paradoxes peuvent être sources de tensions pour les professionnels.

Outre les principes d'intervention précédemment cités, le Pôle fixe comme lignes directrices pour gérer les éventuelles dichotomies :

- **L'évaluation bénéfice/risque** en cas de risque potentiel, elle doit précéder le choix des actions afin que le risque soit mesuré. L'action est alors menée uniquement si les bénéfices sont plus importants que les risques
- L'actualisation régulière des objectifs, des projets personnalisés, mais aussi du positionnement et des besoins des aidants
- **La place d'adulte de la personne** : elle doit être soutenue tout en tenant compte de ses capacités, de ses évolutions et de ses involutions
- **Le respect du refus de la personne** tout en tenant compte des besoins
- **Le respect du positionnement des aidants** : une vérification annuelle du positionnement des aidants est assurée lors du projet personnalisé, l'occasion de repréciser les places et rôles des différents acteurs
- **La liberté de circuler et la sécurité** : une évaluation en équipe pluridisciplinaire est opérée pour identifier les mesures à mobiliser afin de favoriser le principe de liberté de circuler
- La protection et l'émancipation (autonomie) de la personne
- **La prévention et la correction des effets de l'exclusion** : déstigmatiser le handicap au travers de l'inclusion, de l'accès aux services de droits communs, aux activités de loisirs, à la valorisation du « soi », à l'intégration des codes sociaux et au respect d'autrui
- **L'individualisation de l'accompagnement** et la recherche de la cohésion sociale
- **L'exercice de la citoyenneté** et la mise en œuvre de mesures contraintes
- La personnalisation de l'accompagnement et les règles de la vie collective

Nous proposons un accueil sécurisant avec un suivi médical et un accompagnement social. Nos structures sont des lieux de vie : l'équilibre entre le soin et les autres activités est indispensable.

Les prestations proposées par le Pôle dépendent aussi de l'existant sur le territoire. Ainsi, si le milieu ordinaire ne propose pas le service adapté, il relève du Pôle Philippe de Camaret d'apporter des réponses.

7. LES PROFESSIONNELS ET LES COMPETENCES MOBILISEES

Le schéma ci-dessous illustre les compétences multiples présentes qui sont avant tout au service du bénéficiaire.



L'équipe du Pôle est composée de professionnels occupant différentes fonctions au service d'une même mission. Certaines fonctions sont mutualisées entre les différentes entités du Pôle (établissements et service) :

- **Les fonctions administratives, logistiques et comptables :** direction, comptable, ressources humaines, agents logistiques, secrétariat...
- **Les professionnels du soin :** médecins, infirmiers, rééducateurs (psychomot, ergo), aides-soignants, psychologue
- **Les travailleurs sociaux :** accompagnants éducatifs et sociaux, assistantes sociales, cadres de proximité, maîtresse de maison

- **Les professionnels éducatifs et animateurs** : éducateurs spécialisés, moniteurs éducateurs, animateurs

Quelles que soient leurs fonctions, les professionnels sont à l'écoute et réinterrogent régulièrement leurs pratiques professionnelles afin de resituer le bénéficiaire au cœur du dispositif comme le veut l'esprit de la loi 2002.2.

7.1. La Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences (GPEC)

Pour tenir compte des évolutions des politiques publiques et notamment s'inscrire dans la logique de la nomenclature SERAFIN-PH, le fonctionnement de nos structures s'adapte et évolue vers des **logiques plus inclusives**. En conséquence, le modèle de fonctionnement en filière paraît de moins en moins pertinent pour apporter des réponses plus flexibles et plus réactives.

Le Pôle Philippe de Camaret accompagne les professionnels à ces changements en développant le **décloisonnement de nos structures et le fonctionnement en transversalité**. A l'appui d'outils et de dispositifs tels que l'entretien professionnel, la mobilité au sein de la Fondation, la formation, le Pôle vise à structurer une démarche objective et bienveillante pour repérer et adapter les compétences aux évolutions du public, des politiques publiques et du projet.

7.2. La formation

Pour adapter les compétences aux besoins du public et aux évolutions des logiques d'accompagnement, le Pôle élabore un programme de formation pluriannuel construit à partir de thématiques cibles, notamment :

- Les troubles du spectre de l'autisme
- La philosophie de soin de l'Humanitude®⁽³⁾
- Les troubles de la déglutition
- La gestion des comportements de crise

Le Pôle développe également :

- Des actions de Formation en Situation de Travail (AFEST) : il s'agit de former en s'appuyant sur des situations de travail aménagées et sur un tuteur
- Des formations partagées professionnels/usagers/familles

7.3. La Qualité de Vie au Travail

Attentif à la qualité des relations sociales et professionnelles, au contenu du travail, à son organisation, aux possibilités de développement professionnel et à la **conciliation entre vie professionnelle et vie personnelle**, le Pôle Philippe de Camaret s'assure des conditions optimales

³ L'Humanitude® s'intéresse aux liens qui permettent aux humains de se rencontrer quel que soit leur état, leur statut. Le maintien de ces liens s'appuie sur trois piliers relationnels, le regard, la parole, le toucher et un pilier identitaire, la verticalité. En redéfinissant ce qu'est un soignant, ce qu'est la notion de personne et de personne aidée, elle permet un véritable accompagnement dans la bientraitance. Cette philosophie constitue une des orientations fortes de la Fondation Père Favron, engagée dans la démarche depuis plus d'une dizaine d'années.

pour proposer des conditions de travail sécurisantes, adaptées et cohérentes pour répondre à la mission de chacun.

La prise en compte de la qualité de vie au travail (QVT) s'appuie sur un management bienveillant et participatif qui prend en compte les **conditions de travail, l'environnement, la sécurité, la formation et l'évolution professionnelle.**

8. LA DEMARCHE QUALITE

Axe fondamental de nos pratiques, la démarche d'amélioration continue vise à consolider les expériences et à identifier les actions correctives à déployer à partir des incidents repérés.

Différents supports sont développés pour construire une démarche objective et efficace, et notamment la fiche d'événement indésirable, le questionnaire de satisfaction, les évaluations internes et externes, le plan d'action...

Le Pôle inscrit son action dans la culture de **l'erreur apprenante**. Cette démarche vise à apprendre de ses erreurs pour éviter de les reproduire.

8.1. La bientraitance et la lutte contre la maltraitance

La bientraitance est une démarche collective pour identifier l'accompagnement le meilleur possible pour l'utilisateur, dans le respect de ses choix et dans l'adaptation la plus juste à ses besoins.

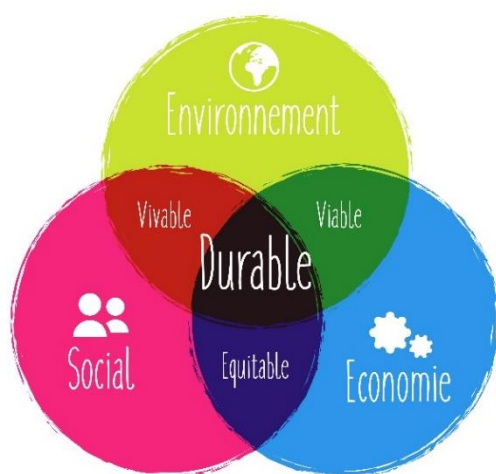
Pour la mettre en œuvre, 4 repères sont identifiés :

- L'utilisateur co-auteur de son parcours
- La qualité du lien entre professionnels et usagers
- L'enrichissement des services et des accompagnements grâce à toutes contributions internes et externes pertinentes
- Le soutien aux professionnels dans leur démarche de bientraitance.

Pour cerner le phénomène de maltraitance ordinaire et renforcer la réflexion sur les moyens de le prévenir, le pôle est à l'écoute des usagers, de leurs proches mais aussi des professionnels.

Il prend en considération l'ensemble des signaux qui font ensuite l'objet d'une alerte et d'actions correctives avec l'ensemble des acteurs concernés.

8.2. Une démarche responsable



Le Pôle Philippe de Camaret, soucieux de l'impact de son action sur l'environnement, cherche à maîtriser son empreinte en privilégiant les actions les moins énergivores.

Le Pôle inscrit son action dans une **démarche éco citoyenne** pour maîtriser sa consommation énergétique, pour récupérer des matériaux pour les activités, pour réduire le gaspillage alimentaire, pour mutualiser les sorties...

9. LES OBJECTIFS D'EVOLUTION, DE PROGRESSION ET DE DEVELOPPEMENT

Afin de répondre au mieux à ses missions, le Pôle se fixe dans la temporalité du projet les objectifs suivants :

9.1. Amplifier le fonctionnement en plateforme

Dans la logique de plateforme de service, le Pôle souhaite davantage proposer **des prestations « à la carte/sur mesure »** au plus près des besoins des personnes et des familles.

Cet ajustement passe également par la diversification des modalités d'accueil afin qu'elles soient souples et adaptées à chaque situation :

- Hébergement permanent
- Accueil séquentiel
- Accueil de jour
- Accueil temporaire
- Appartements école
- Logement inclusif partagé
- Famille d'accueil salariée

Cette diversification passe par la mobilisation de nouvelles ressources. Dans cette perspective, la constitution d'un **réseau de familles d'accueil** devient un axe prioritaire.

Il s'agit de co-construire avec la personne et sa famille une réponse adaptée, individualisée et évolutive. Les différentes prestations visent à offrir un large panel de réponses possibles, permettant ainsi d'adapter au plus près des besoins les réponses.

Les personnes doivent pouvoir passer d'une modalité d'accompagnement à une autre en fonction des besoins et de l'adéquation aux besoins.

Chaque personne doit ainsi trouver un accompagnement adapté dans le temps mais également au regard de l'intensité de l'accompagnement. Cela nécessite l'utilisation d'outils d'évaluation et de suivi des potentialités des personnes et une réflexion sur les postures d'accompagnement et leur estompage aux évolutions des besoins.

Du collectif à l'individuel, du général au spécifique, la plateforme doit permettre à terme d'ajuster et d'apporter des réponses sur des points spécifiques et non plus dans une logique de globalité imposée.

De même le Pôle développera davantage de prestations à destination des proches aidants tout en créant les conditions pour l'exercice de la **pair-aidance entre proches aidants**.

9.2. Contribuer au « virage inclusif »

L'orientation inclusive est affirmée dès l'admission de la personne en intégrant une dimension hors murs dans le projet de vie des demandes d'admission. La réponse institutionnelle s'articule dans un panel de réponses. Elle se combine donc à d'autres alternatives afin de proposer à l'utilisateur une prise en charge ancrée dans la cité.

Les partenariats avec les dispositifs de droit communs trouveront ainsi toutes leurs places dans le contexte de développement de la logique de plateforme.

Le pôle devra également développer et conforter son rôle d'expert sur le territoire.

Pour contribuer à une société plus inclusive, le Pôle doit **faciliter l'intégration dans la cité** en développant de nouveaux partenariats (notamment pour le FAM et la MAS), mais aussi en réalisant des ateliers avec les personnes concernées à l'extérieur de l'enceinte du Pôle. Cela permet de donner davantage de « **visibilité** » aux personnes en situation de handicap. À titre d'exemple, des ateliers dans les transports en commun sont proposés.

Dans le domaine du développement de l'autonomie de la personne, il est nécessaire de développer une démarche **d'estompage** consistant à proposer, au départ, un accompagnement fort, puis avec l'acquisition de compétences nouvelles, de se retirer petit à petit jusqu'à laisser la personne en autonomie complète. Cette logique d'estompage pouvant varier selon les domaines d'accompagnement et d'interventions au regard des potentiels et besoins d'étayage des personnes.

9.3. Anticiper/accompagner les régressions

De même, il s'agira de redonner à la personne sa capacité d'agir en lui confiant des responsabilités à travers des activités d'utilité sociale, ces responsabilités étant graduées en fonction des capacités. À titre d'exemple : préparer le café, reporter photographe, assistant entretien jardin, assistante lingère, conducteur du convoi du linge...

9.4. Développer des compétences spécifiques

Afin de faire progresser les compétences des professionnels, le Pôle développe une **politique de formation spécifique en fonction des publics accueillis**. À titre d'illustration, des formations portant sur **l'autisme ou sur le vieillissement des personnes en situation de handicap** permettent notamment aux professionnels de s'approprier des outils adaptés.

Les équipes doivent également s'approprier et partager les objectifs des **Projets Personnalisés** pour garantir la continuité de prise en charge et veiller à utiliser une **communication « non stigmatisante »**.

Concernant le management, l'enjeu consiste désormais à ce que les cadres de proximité exercent pleinement leurs fonctions de **catalyseur de compétences** comme le souhaite la Fondation.

Spécificités des établissements et service :

FAM	SAMSAH	MAS
Les équipes devront s'habituer à intervenir en présence des familles. L'équipe de la MAS envisage de développer des outils afin de mieux anticiper les besoins de l'entourage, mais aussi de	Il s'agit de travailler le transfert de compétences des professionnels vers la famille en amont de la fin de prise en charge	Les enjeux résident dans le respect des places de chacun : respect des savoirs professionnels mais aussi des savoirs expérientiels ainsi que dans le positionnement face aux aidants « ambivalents ».

faciliter la participation de l'entourage dans tous les moments forts de la vie de la personne accueillie.		Le cas échéant, il s'agira de développer des réponses permettant aux familles de sortir de cette ambivalence, tout en respectant leurs choix.
--	--	---

9.5. Assurer une veille territoriale efficace

Dans le contexte de transformation, il est primordial pour les équipes d'être au fait des nouveaux dispositifs ainsi que des structures émergentes pouvant devenir des relais ou des partenaires (associations, groupe d'entraide etc.). Assurer **une fonction de veille efficace** est incontournable.

9.6. S'appuyer sur les nouvelles technologies

Le Pôle s'inscrit dans une démarche d'amélioration de la qualité des prestations grâce à l'usage des nouvelles technologies. Ainsi, le recours à la **domotique** et aux applications spécifiques à destination des publics en situation de handicap constitue des leviers pertinents pour le soutien à l'autonomie.

9.7. Améliorer le « système d'information »

Une gestion rigoureuse et efficace de l'information est indispensable pour améliorer la réactivité des professionnels, garantir la continuité de service, mais aussi améliorer l'évaluation des prestations proposées. Ainsi les axes de travail ci-dessous sont désormais majeurs pour le Pôle :

- Une formalisation plus précise des objectifs de travail dans le cadre des Projets Personnalisés, et notamment via des formulation « SMART » des objectifs, mais aussi grâce à des l'utilisation d'outils de recueil de besoins plus précis (par exemple à destination des aidants)
- L'amélioration de la traçabilité dans les logiciels métiers
- Veiller à ce que chaque professionnel ait une connaissance suffisante de l'ensemble des prestations proposées par le Pôle

9.8. Établissement sans tabac

Le Pôle Philippe de Camaret a engagé une démarche volontariste et proactive pour **lutter contre le tabagisme**. Cette démarche comprend la prévention et la prise en charge du tabagisme dans le parcours des résidents/bénéficiaires ainsi que des mesures spécifiques pour les professionnels.

9.9. Continuer à développer la Qualité de Vie au Travail

La Qualité de Vie au Travail est un axe majeur que le Pôle souhaite continuer à développer. En favorisant **l'équilibre entre vie personnelle et vie professionnelle**, le Pôle contribue dans son périmètre au bien-être des salariés. De cet état découlera une amélioration des relations et in fine des services rendus aux usagers.

9.10. Promouvoir l'innovation

Le Pôle Philippe de Camaret reste attentif aux besoins du territoire et participe activement à proposer des projets novateurs.

Le travail partenarial constitue une modalité privilégiée de ses propositions.

10.ANNEXES

Annexe 1 : Charte de la Fondation Père Favron

Annexe 2 : Charte Vie Relationnelle Affective et Sexuelle (VRAS) de la Fondation Père Favron

Annexe 3 : Compléments d'informations relatives aux spécificités organisationnelles par ESMS

Annexe 4 : Chapeau Théorique, version exhaustive

Annexe 5 : Illustrations concrètes des prestations proposées par la nomenclature SERAFIN-PH

Annexe 6 : Bibliographie

Annexe 1 Charte de la Fondation Père Favron

LA CHARTE DE LA FONDATION

Validée par le Conseil d'Administration en 1999, la charte constitue une référence commune proposée à tous les acteurs bénévoles et salariés de la Fondation :

Dans la continuité de l'œuvre du Père René Favron, elle affirme que toute personne est unique et que, à ce titre, quelle que soit son origine ethnique, sa religion, son sexe, elle a droit à la dignité, au respect, à l'accès aux soins et à l'accompagnement que requiert son état de santé physique ou mentale.

La Fondation Père Favron :

- S'inscrit dans la logique d'une communauté d'acteurs réunis pour bâtir la solidarité par une dynamique d'anticipation, d'innovation et d'adaptation dans un environnement en évolution.
- S'engage à développer avec les acteurs du champ social, médico-social et sanitaire des projets d'intérêt général par des programmes de recherches actions et par la gestion de structures adaptées
- Mettre en œuvre professionnalisme, compétence et savoir être auprès des personnes ;
- Contribuer à l'épanouissement des personnes qui concourent à la réalisation de son œuvre dans le respect de ses valeurs.

Annexe 2 Charte Vie Relationnelle Affective et Sexuelle (VRAS)



2016

Annexe du Projet d'Etablissement

CHARTRE RELATIVE à LA VRAS (*Vie Relationnelle Affective et Sexuelle*)
DES PERSONNES ADULTES HANDICAPEES
ACCUEILLIES et ACCOMPAGNEES
AU PÔLE HANDICAP DEPENDANCE
Et
AU PÔLE PHILIPPE de CAMARET
**ETABLISSEMENTS DE LA
FONDATION PERE FAVRON**

PREAMBULE

Cette Charte résulte d'un travail de réflexions et de mise en place d'actions concrètes par les professionnels des établissements concernés dans le domaine de la VRAS des personnes adultes accueillies et accompagnées au PHD et au PMSPDC.

Elle a été présentée aux Administrateurs, au Président de la Fondation Père FAVRON ainsi qu'aux professionnels. Elle garantit le respect des personnes accueillies.

OBJECTIFS

Les objectifs sont les suivants :

- ✓ Répondre aux Droits de la personne adulte handicapée accueillie en établissements, plus spécifiquement sur le volet de la vie affective, relationnelle et sexuelle. Reconnaître les adultes handicapés comme des personnes à part entière avec des capacités à instaurer une relation, avec des besoins physiologiques en référence à la pyramide de MASLOW.
- ✓ Respecter et mettre en œuvre les différentes législations dans le domaine de la VRAS.
- ✓ Harmoniser les pratiques au sein de la Fondation Père FAVRON

Pour cela, nous déclinons les engagements suivants dans la partie ci-dessous.

ENGAGEMENTS

Les Droits :

- L'institution reconnaît le droit à une vie affective et sexuelle, pour toute personne, quelle que soit sa dépendance, sa vulnérabilité, comme un droit fondamental.
- Dans ce domaine, comme dans d'autres, l'institution a pour mission de compenser les conséquences du handicap.
- Elle se doit d'être facilitatrice.
- Elle le sera dans le respect du cadre réglementaire et de l'intégrité des personnes accueillies.

Aussi, nous considérons que toute personne accueillie au PHD et au PMSPDC peut vivre sa sexualité de manière épanouie.

Néanmoins, devront être considérés que :

- Celle-ci repose sur le consentement mutuel des partenaires.
- Celle-ci soit équilibrée et sans violence (nous n'accepterons pas une relation qui menacerait l'intégrité physique ou psychique d'un des partenaires).
- Celle-ci soit sans danger pour la personne elle-même (utilisation d'objets dangereux pour « jeux » sexuels).
- Celle-ci s'inscrive dans le respect de la sphère privée et les contraintes de la vie en collectivité.

Qu'en conséquence, nous acceptons :

- Qu'une personne accueillie puisse vivre en couple. L'établissement s'organise dans la mesure du possible à proposer un cadre architectural adapté.
- Qu'une personne accueillie dans un des établissements du PHD et du PMSPDC puisse recevoir une visite extérieure pour des relations affectives et sexuelles, dans le respect des contraintes de la vie en collectivité (intimité,...).
- Qu'une personne accueillie puisse avoir des relations hétérosexuelles, homosexuelles et/ou multi partenariales, sous réserve que les principes fondateurs énoncés ci-dessus soient respectés. Concernant les multipartenaires repérés, les professionnels développeront des mesures éducatives en termes de prévention d'infections sexuellement transmissibles
- Qu'une personne accueillie, si elle le souhaite puisse avoir recours à des jouets sexuels (sextoys), à des revues et/ou des vidéos pornographiques, sous réserve de ses capacités et de son degré d'autonomie.
Concernant l'utilisation des objets sexuels, suivant le besoin, le professionnel s'inscrira dans un accompagnement éducatif pour éviter tout retentissement nocif sur la collectivité. L'évaluation de son degré d'autonomie et de ses capacités pourrait aboutir à la proposition de la mise en place d'un accompagnement éducatif à l'utilisation de cet objet.
Il est bien entendu que cet accompagnement ne concerne pas l'aide à l'utilisation de l'objet en lui-même, pour éviter toutes dérives pour le professionnel qui n'est pas un assistant sexuel.

Ces positionnements institutionnels doivent être complétés par des conditions de mise en œuvre.

À cet égard, nous considérons que l'institution se doit d'accompagner la personne dans toutes les dimensions de sa sexualité, si elle en exprime le besoin. Pour cela, elle sera informée verbalement lors de son admission de l'existence de ses droits dans ce domaine. Ceux-ci apparaîtront bien sûr de manière écrite dans les documents obligatoires de la loi 2002 ou seront abordés dans certaines instances, notamment :

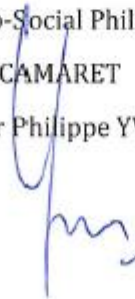
- Le positionnement institutionnel relatif à cette thématique est inscrit dans le projet d'établissement et présenté au Conseil d'Administration, ainsi qu'aux différents Conseils à la Vie Sociale.
- La question de la vie affective et sexuelle est systématiquement abordée en réunion de projet personnalisé. Les modalités d'accompagnement personnalisé doivent être le fruit d'une réflexion pluridisciplinaire et collective qui s'impose à l'ensemble des acteurs.
- Chaque établissement du PHD et du PMSPDC s'engage à désigner une personne ressource, formée, qui pourra être saisie ou se saisir de cette question, afin d'accompagner les personnes accueillies, possiblement leur entourage, et les professionnels dans les questionnements autour de la vie sexuelle.
- L'établissement ou le service contribue à l'organisation de la vie de couple : chambre commune, grand lit, repas communs, sorties à l'extérieur en couple... Il tentera de mettre tout en œuvre pour répondre à leurs divers questionnements et leurs demandes.
- L'établissement ou le service accompagne les personnes dans le choix, l'achat et l'entretien d'objets spécialisés
- L'établissement réunit les conditions pour que l'utilisation des dits objets soit la plus aisée possible
- L'établissement entreprend régulièrement des démarches d'éducation à la sexualité. (Apprentissage, découverte du corps,...)
- L'établissement entreprend régulièrement des démarches d'éducation et de sensibilisation aux risques de certaines pratiques
- L'établissement s'organise pour permettre aux personnes accueillies d'exprimer leur sexualité (exemple : laisser du temps pour les personnes porteuses de combinaison pendant la douche pour l'accès au plaisir).

L'établissement s'engage à développer à l'attention des professionnels, voire même au niveau de certains résidents des formations dans le domaine de la VRAS.

Directeur du
Pôle Handicap et Dépendance
Monsieur Pascal JACQUOT,



Directeur du
Pôle Médico-Social Philippe
DE CAMARET
Monsieur Philippe YVER,



Annexe 3 Compléments d'informations relatives aux spécificités organisationnelles par ESMS au PMSPDC

Moyennes d'âge

Année	FAM	SAMSAH	MAS
2015	53 ans	49 ans	43 ans
2020	56 ans	40 ans	44 ans

A noter qu'en 2020, 55 personnes sur les 70 accueillies au FAM sont âgées de plus de 50 ans.

Les spécificités du public par établissement et service

	FAM	SAMSAH	MAS
Cadre général	- Personnes avec handicap psychique et/ou déficience intellectuelle et/ou handicap moteur - Dépendance dans certaines AVQ	- Personnes polyhandicapées vivant hors établissement - Personnes dépendantes pour certaines AVQ - Personnes présentant des Troubles du Spectre de l'Autisme (TSA)	- Personnes cérébrolésées ou polyhandicapées ou atteintes des Troubles du Spectre de l'Autisme - Dépendance partielle ou totale dans les AVQ
Public accompagné	On note une importance de l'épilepsie et des pathologies en relation avec le vieillissement de la population : diabète, cardiopathie, cataractes, problèmes rhumatologiques	La majorité des bénéficiaires accompagnés sont des personnes cérébrolésées ou avec un handicap moteur. Une diversification des profils est observée depuis 4 ans : entrée de bénéficiaires avec des problématiques psychiques, d'addictologie, de handicap rare et de déficience intellectuelle	<u>Accueil temporaire</u> : accueil de personnes cérébrolésées et avec handicap moteur principalement. A noter que la part des personnes avec TSA est en augmentation.

Spécificités organisationnelles

	FAM	SAMSAH	MAS
Entretien des locaux	Mise en place de maître(sse) de maison par unité de vie pour un accompagnement adapté auprès du public	Prestataire extérieur	Mise en place de maître(sse) de maison sur les unités d'hébergement permanent (sauf accueil temporaire (AT)) en soutien

	dans l'apprentissage des savoir-faire en matière d'entretien des espaces de vie		aux professionnels de proximité
Restauration	En liaison froide assurée par l'atelier restauration d'ESAT de la Fondation. Prise en compte des textures de repas et régimes sur prescription médicale	Ponctuelle en fonction des activités ou manifestations	En liaison froide assurée par l'atelier restauration d'ESAT de la Fondation Prise en compte des textures de repas et régimes sur prescription médicale
Prestation linge	Chaque unité dispose d'une buanderie. Un planning est élaboré avec le/la maître(sse) de maison pour l'apprentissage de la gestion de la vêtue par les résidents. Une lingère est en charge de l'entretien du linge plat.	Non concerné	<u>Hébergement permanent</u> : Entretien du linge assuré par un prestataire extérieur en partie. Internalisation progressive de cette prestation. Entretien du linge plat assuré en interne. <u>Accueil Temporaire</u> : l'entretien du linge personnel n'est pas assuré par le service. Pour les situations exceptionnelles, un aménagement en interne peut être proposé.

Pôle Philippe de Camaret

Fondements théoriques de l'accompagnement au
Pôle Philippe de Camaret
L'institution au service de l'inclusion

SOMMAIRE

Introduction : la transformation de l'offre médicosociale

1. Le pré-requis « ouvrir l'établissement » : l'apport de la psychothérapie institutionnelle
 - 1.1. Laisser circuler
 - 1.2. « Soigner » l'institution : se questionner pour entretenir la bienveillance
2. Les objectifs de l'accompagnement au Pôle Philippe de Camaret
 - 2.1. Le rétablissement
 - 2.2. La résilience
3. Les moyens utilisés
 - 3.1. La réhabilitation Psychosociale
 - 3.2. La Valorisation des Rôles Sociaux
 - 3.3. Le Case-Management
4. La finalité : l'autodétermination des personnes en situation de handicap

Introduction : la transformation de l'offre médicosociale

Le secteur du handicap entre concrètement dans l'ère de transformation médico-sociale tant annoncée depuis plusieurs années. Déjà impulsée par la loi de 2005 intitulée « Egalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées », qui met en avant l'inclusion, cette transformation s'accélère avec la mise en œuvre de la Réponse Accompagnée Pour Tous, traduction des préconisations du rapport Piveteau de 2014.

En effet, la logique historique du « tout institutionnel spécialisé » laisse peu à peu la place à la logique de parcours, la CNSA définissant en 2012 le « parcours de vie⁴ » comme suit :

La notion de parcours de vie recouvre le cheminement individuel de chaque personne dans les différentes dimensions de sa vie : personnelle et relationnelle, professionnelle et sociale, familiale et citoyenne.

Utilisée dans le champ de la santé⁵ (au sens de l'Organisation Mondiale de la Santé), la notion de parcours de vie désigne l'ensemble des événements intervenant dans la vie d'une personne et les différentes « périodes » et transition qu'elle connaît. Ces derniers affectent son bien-être physique, mental et social, sa capacité à prendre des décisions ou à maîtriser ses conditions de vie, ses interactions avec son entourage, sa participation à la vie sociale.

Cette notion, qui repose donc sur le vécu de la personne dans son environnement, interroge les politiques publiques dans de nombreux domaines (santé mais aussi éducation, formation, justice, protection de l'enfance et des majeurs, accessibilité, logement, emploi, etc.) et la façon dont elles parviennent (ou non) à favoriser l'adéquation des parcours des personnes avec leur projet de vie et la continuité des différentes formes d'accompagnement.

Pour le conseil de la CNSA, les politiques publiques dans le champ de la santé doivent donc favoriser la continuité des parcours de vie des personnes de façon à éviter, ou à défaut accompagner, les ruptures brutales non anticipées, prendre en compte l'ensemble des besoins et y apporter des réponses adéquates, dans le respect de leur projet de vie, de leur aspiration ou préférences personnelles et de leur dignité humaine.

La stratégie quinquennale de transformation de l'offre préconise que le secteur médicosocial réponde à la logique d'un « parcours global » alliant précocité des interventions et renforcement de l'inclusion sociale, ainsi que l'anticipation, la gestion et la prévention des ruptures de parcours. Cette conception amène à repenser l'offre de services des établissements médicosociaux, la temporalité de l'action professionnelle, mais aussi les postures.

⁴ Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA), « Promouvoir la continuité des parcours de vie », 2012

⁵ Selon la constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la santé est « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »

En effet, *Le parcours d'une personne est constitué d'une série d'étapes et de changements en tout genre*⁶. Dans ce contexte, le séjour en établissement peut être envisagé comme une de ces étapes. Il peut donc être ponctuel, avec comme objectif de construire pour « l'après établissement » un parcours dans la cité, gage d'une inclusion sociale.

Pour autant, l'autonomie dans la cité nécessite que les personnes en situation de handicap aient les ressources et accompagnements nécessaires. Lorsque qu'une personne vit depuis plusieurs années en institution (qui plus est à cause de limitation fonctionnelle) et qu'un projet de vie à domicile est envisagé, cela nécessite un réapprentissage, voire un apprentissage de compétences permettant de mobiliser les ressources une fois seul au domicile.

Le pôle Philippe de Camaret est composé d'un Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM), d'une Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) et d'un Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adulte Handicapé (SAMSAH). Il propose un accueil temporaire et porte un dispositif expérimental nommé « MAS-FAM hors les Murs ». Il s'agit d'une équipe mobile qui explore toutes les formes d'accompagnements possibles. Le « développement des interventions hors les murs⁷ » est plébiscité par les pouvoirs publics comme un des leviers de transformation.

Pour autant, certaines personnes souhaitent une vie en collectivité, comme proposé par les établissements. En effet, dans certaines situations (environnement inadaptable, absence de ressource mobilisable), l'accueil en institution offrira une meilleure qualité de vie à certaines personnes handicapées.

Cette réalité amène à penser le « Hors les murs » avec une vision plus large. En effet, cette formule peut aussi faire référence à l'ouverture des établissements sur leur environnement. Elle peut se concrétiser sous diverses formes allant des actions menées dans la cité par les résidents des établissements à l'accompagnement médicosocial à domicile, en passant par l'accueil temporaire ou encore l'habitat inclusif (ensemble de logements indépendants, caractérisés par des espaces de vie individuels associés à des espaces de vie partagés, dans un environnement adapté et sécurisé, constituant une réponse complémentaire au logement ordinaire et une alternative à l'hébergement en institution⁸).

Il s'agit donc pour le Pôle Philippe de Camaret d'être en mesure de développer une palette de services gradués qui permette de répondre à différentes situations de vie et attentes des personnes en situation de handicap. Le pôle souhaite construire cette palette à partir de fondements théoriques qui viennent soutenir les valeurs de la Fondation Père Favron que sont l'humanisme, la

⁶ J.R Loubat, Jean-René. Coordonner parcours et projets personnalisés en action sociale et médico-sociale. Dunod, 2013

⁷ Circulaire N° DGCS/3B/2017/148 du 2 mai 2017 relative à la transformation de l'offre d'accompagnement des personnes handicapées dans le cadre de la démarche « une réponse accompagnée pour tous », de la stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale (2017- 2021)

⁸ <https://www.cnsa.fr/grands-chantiers/habitat-inclusif/quest-ce-que-lhabitat-inclusif>

solidarité, la responsabilité et la proximité⁹. Cette offre graduée qui a pour finalité l'inclusion, se développera grâce à une forte collaboration avec les aidants.

A l'horizon 2025, le Pôle Philipe de Camaret vise notamment à ce que les personnes accueillies/accompagnées jouissent de leur droit à l'autodétermination, c'est-à-dire le droit de décider pour soi. Pour atteindre cette finalité, le pôle se fixe comme objectif le rétablissement des personnes en situation de handicap, notamment en les accompagnant dans le processus de résilience. Cela en s'appuyant sur les moyens que sont la réhabilitation psychosociale, la valorisation des rôles sociaux, ainsi que le « case-management ». La mise en œuvre de ces moyens se base sur un prérequis : l'intégration par l'ensemble du Pôle de la nécessaire « ouverture » de l'établissement afin de construire une gamme diversifiée de services tant à l'interne qu'à l'externe.

1. Le pré-requis « ouvrir l'établissement » : l'apport de la psychothérapie institutionnelle

Depuis quelques années, le Pôle Philipe de Camaret a initié une politique « d'ouverture ». Notamment, en laissant davantage circuler les résidents, mais aussi en ouvrant le pôle sur son environnement extérieur grâce au développement de projets dans la cité.

1.1. Laisser circuler

De par cette démarche, le Pôle Philipe de Camaret a réalisé un cheminement similaire à celui des fondateurs de la psychothérapie institutionnelle. Ces derniers, après avoir pris conscience que les comportements des soignants s'apparentaient davantage à celui des gardiens de prison, ont décidé de veiller à ce que l'institution soit bien un lieu de vie et que les professionnels et les résidents forment bien une communauté de personnes.

Dans cette optique, il s'agit désormais pour le Pôle de garantir le droit à libre circulation. Cela nécessite de veiller à l'équilibre dans la relation professionnel/résident en contenant la « pression sécuritaire » qui peut découler de la nécessité d'assurer la sécurité des personnes accueillies. Le Pôle souhaite, tout en posant les jalons minimums, offrir la possibilité aux résidents d'expérimenter les situations de vie. Dans une logique d'inclusion, cette circulation s'envisage dans un espace qui dépasse l'enceinte du pôle, c'est-à-dire qu'elle s'envisage aussi dans le quartier, sur l'île et aussi à travers les voyages.

1.2. « Soigner » l'institution : se questionner pour entretenir la bienveillance

Une des idées phares de la psychothérapie institutionnelle est que l'institution est malade et qu'il est nécessaire de la soigner : « *la psychothérapie institutionnelle, c'est avant tout la psychothérapie des institutions. Il faut soigner l'institution !*¹⁰ ».

⁹ Extrait de www.favron.org/les-valeurs-de-la-Fondation-Favron.html

¹⁰ Pain, Jacques. « Pédagogie institutionnelle et psychothérapie institutionnelle : l'institution au centre du changement », *VST - Vie sociale et traitements*, vol. 125, no. 1, 2015, pp. 40-46.

Dans cette perspective, le fonctionnement de l'institution et les relations entre les professionnels constituent aussi des supports de travail. Le Pôle retient la nécessité de questionner son fonctionnement et donc d'être dans une posture apprenante et bienveillante. Notamment en développant les temps d'échanges entre professionnels afin que « la psychothérapie de l'institution » se mette en place.

En effet, des temps de réflexivité et de réciprocité doivent permettre de questionner les représentations qu'ont les professionnels sur les personnes accompagnées en permettant l'expression des ressentis en lien avec les pratiques et les objectifs du service. Ils sont aussi l'occasion de croiser les regards sur les capacités des résidents et de réinterroger les postures professionnelles. Ces temps d'échanges constituent autant d'occasions de « soigner l'institution » grâce à une meilleure communication. Des relations saines entre les professionnels ne peuvent qu'avoir un impact bénéfique sur le fonctionnement du Pôle et sur l'accompagnement des personnes accueillies/accompagnées. Dans une logique de transversalité, ces temps d'échanges doivent parfois dépasser le cadre de l'unité, et avoir lieu entre les différents services du Pôle afin de garantir le continuum de prise en charge entre ses composantes. Ils doivent aussi inclure les aidants pour leur donner davantage de visibilité sur le travail effectué, mais aussi pour recueillir leur avis afin de garantir une « vision à 360° ».

Le Pôle, en tant « qu'institution », doit veiller constamment à son propre « état psychique » et offrir des situations de vie aux résidents en facilitant leurs « mouvements ». Il se donne ainsi comme objectif un fonctionnement permettant une plus ample libre-circulation des résidents et davantage d'ouverture sur l'extérieur.

Il pourra ainsi mettre en œuvre les conditions pour atteindre les objectifs que sont le rétablissement des personnes accueillies et accompagnées, ainsi que l'accompagnement dans le processus de résilience.

2. Les objectifs de l'accompagnement du Pôle Philippe de Camaret

2.1. Le rétablissement

Le *recovery*, traduit en français par *rétablissement*, est un concept anglo-saxon qui désigne le processus permettant à une personne de se rétablir. Comme l'explique Patrick Cardinal¹¹, ce concept se développe dans les mouvements des usagers des années 1980 où des « usagers/survivants » de la psychiatrie, comme par exemple Judi Chamberlin, se regroupent pour *revendiquer un système d'accompagnement plus proche des besoins des usagers et la reconnaissance de l'apport de l'entraide mutuelle*.

L'un des concepteurs du mouvement du rétablissement, Bill Anthony, explique en 1993¹² : « Le rétablissement est un processus foncièrement personnel et unique qui vise à changer ses attitudes, ses valeurs, ses sentiments, ses objectifs, ses aptitudes et ses rôles. C'est un moyen de

¹¹ Le Cardinal, Patrick, et al. « Pratiques orientées vers le rétablissement et pair-aidance : historique, études et perspectives », *L'information psychiatrique*, vol. volume 89, no. 5, 2013, pp. 365-370.

¹² Psychom.org

vivre une vie satisfaisante, remplie d'espoir et productive malgré les limites résultant de la maladie. Le rétablissement va de pair avec la découverte d'un nouveau sens et d'un nouveau but à sa vie, à mesure qu'on réussit à surmonter les effets catastrophiques de la maladie mentale ... ».

Issu de la psychiatrie, le rétablissement s'étend aujourd'hui à tous les types de handicap, avec comme finalité le meilleur état de santé et de bien-être possible. Le rétablissement s'appuie sur « l'empowerment » des personnes. Tantôt traduite en français par « pouvoir d'agir » ou encore « autonomisation », la traduction littérale est « mouvement d'acquisition d'un pouvoir ».

L'empowerment est donc un processus d'apprentissage pour (re)trouver le pouvoir d'agir. A La Réunion, le néologisme de « gayarsité¹³ » fut utilisé pour décrire le processus d'acquisition de la compétence développé chez les aidants familiaux lors de l'accompagnement de personnes handicapées ou âgées.

L'accompagnement vers le rétablissement s'appuie sur 10 des principes :

1. Ecouter activement
2. Aider la personne à préciser ses objectifs personnels
3. Montrer que l'on croit en les forces de la personne
4. Donner des exemples inspirant l'espoir
5. Être attentif aux objectifs qui sortent la personne de son rôle de malade
6. Recenser les ressources autres qu'en santé mentale (amis, contact, organisation, etc,...)
7. Renforcer les stratégies d'adaptation existantes
8. Favoriser les interventions thérapeutiques choisies par la personne
9. Avoir une attitude respectueuse et travail d'égal à égale (collaboration active)
10. Malgré un avenir incertain et le risque de revers, appuyer les objectifs autodéterminés, garder l'espoir et avoir des attentes positives.

Le rétablissement vise à rendre la vie intéressante et satisfaisante et place l'espoir au centre de la dynamique. Selon Patricia Deegan¹⁴, une militante des mouvements d'anciens usagers de la psychiatrie, *le rétablissement est une façon de vivre, une attitude et une façon de relever les défis de la vie de tous les jours, car le rétablissement ne se limite pas au processus par lequel on se remet d'une maladie mentale, mais aussi à celui par lequel on se remet des effets de la pauvreté ou encore de la stigmatisation intériorisée, ...* Le rétablissement n'est donc pas la rémission clinique, il ne s'agit pas d'un retour à un état antérieur, mais plutôt un processus qui amène à un nouvel état d'équilibre.

Conscient que les objectifs de rétablissement varient en fonction de la situation, le Pôle souhaite s'appuyer davantage sur ces principes. Car le rétablissement met l'accent sur la reconnaissance de l'expérience de la personne, communément appelée désormais « savoirs expérientiels ». Cette conception contribue à (re)placer la personne comme acteur principal de son projet.

¹³ EMAP. « Rapport final de la recherche-action concernant les aidants familiaux à la Réunion », 2014, pp. 61

¹⁴ Le Cardinal, Patrick, et al. « Pratiques orientées vers le rétablissement et pair-aidance : historique, études et perspectives », *L'information psychiatrique*, vol. volume 89, no. 5, 2013, pp. 365-370

Le rétablissement se basant sur le pouvoir d'agir, il nécessite que les personnes en situation de handicap aient pu surmonter cette situation « d'exclusion » générée par le fonctionnement de notre société, c'est-à-dire qu'elles aient pu développer leur résilience.

2.2. La résilience

La résilience est un phénomène psychologique qui consiste pour une personne ayant subi un traumatisme, à prendre acte de cet événement et à se reconstruire.

Selon Marie ANAUT, « le terme de résilience est un concept polysémique qui fait référence aux compétences trouvées-crées par des individus pour faire face à des situations délétères : événements de vie traumatiques, accident, maladies, handicaps, carences affectives graves, grande précarité, etc¹⁵... »

Aussi, l'approche de la résilience considère l'individu à partir de ses potentiels et ses ressources personnelles. En posant que la personne est capable de renforcer ses capacités après avoir dépassé un traumatisme, cette notion constitue une rupture avec les approches professionnelles construites sur la vulnérabilité et la fragilité du sujet.

Cette capacité de reconstruction est due à des capacités individuelles. Emmy Werner a répertorié les ressources protectrices internes qui permettent la résilience comme suit :

- Capacité à résoudre des problèmes
- Connaissance de soi
- Autonomie
- Estime de soi
- Confiance de soi
- Altruisme
- Sociabilité
- Habilité à trouver du soutien.

Outre ces capacités propres à la personne, des facteurs externes contribuent aussi à la résilience. Norman Garmezy a identifié que les facteurs de protection sont issus de plusieurs domaines :

- Le domaine individuel : tempérament, réflexion, aptitudes cognitives
- Le domaine familial : chaleur humaine, cohésion, intérêt de la part de la famille
- Le domaine social : échanges avec un travailleur social, des organismes sociaux,...

Michel Rutter complète en soulignant que ces trois pôles favorisent la résilience car ils contribuent à l'amélioration de l'estime de soi et au sentiment d'auto-efficacité. L'importance de ces pôles peut varier en fonction des circonstances et des périodes de la vie. « *La résilience s'avère donc être un processus multifactoriel issu de l'interaction entre l'individu et son environnement qui comprend des variables internes et externes*¹⁶ ».

¹⁵ ANAUT, Marie. « La résilience : évolution des conceptions théoriques et des applications cliniques », *Recherche en soins infirmiers*, vol. 121, no. 2, 2015, pp. 28-39.

¹⁶ ANAUT, Marie. « Le concept de résilience et ses applications cliniques », *Recherche en soins infirmiers*, vol. 82, no. 3, 2005, pp. 4-11.

Serban Ionescu précise ce « domaine social » identifié par Michel Rutter en définissant le concept de « résilience assistée ». Ainsi, cette locution a pour objectif de qualifier la construction ou le renforcement de accompagnées par des professionnels. Le choix de l'adjectif « assistée » sert aussi à montrer que c'est le sujet lui-même qui reste « aux commandes »¹⁷.

La résilience étant le produit d'interactions, l'accompagnement visant la résilience nécessite « d'impliquer la famille et l'environnement du sujet »¹⁸. D'autant plus que des facteurs culturels peuvent contribuer à la résilience à travers des pratiques traditionnelles¹⁹. Dans le contexte multiculturel local, la prise en compte de l'environnement naturel est donc indispensable à la construction d'une résilience assistée.

Pour conclure, citons Boris Cirulnyk : « la résilience donne à ces adultes une personnalité particulière marquée par le traumatisme qui leur sert de référence morale et développementale. Si bien que l'on peut dire que la résilience est une aptitude durable, mais non acquise pour la vie. Cette aptitude à se défendre d'abord, puis à se réparer, puis à remanier la représentation de sa blessure, nécessite la durée, comme tout processus²⁰ ».

La résilience ainsi que le rétablissement sont des processus multidimensionnels aboutissant à un état d'équilibre pour la personne. C'est dans cette perspective que le Pôle Philipe de Camaret cherche à développer des pratiques favorisant la résilience, qui découle d'un processus dynamique et évolutif propre à chaque sujet.

3. Les moyens utilisés

Pour accompagner ces processus que sont le rétablissement et la résilience, le pôle s'appuie sur :

- La réhabilitation psychosociale
- La valorisation des rôles sociaux
- Le « case management ».

3.1. La réhabilitation psychosociale

« L'expression réhabilitation psychosociale renvoie à un ensemble de procédés visant à aider les personnes souffrant de troubles psychiques à se rétablir, c'est-à-dire obtenir un niveau de vie et d'adaptation satisfaisant par rapport à leurs attentes »²¹.

¹⁷ Ionescu, Serban. « Résilience assistée, réussite éducative et réadaptation », *Centre de recherche et d'intervention sur la réussite scolaire*, p12

¹⁸ Ionescu, Serban. « Résilience assistée, réussite éducative et réadaptation », *Centre de recherche et d'intervention sur la réussite scolaire*, p14

¹⁹ Ionescu, Serban, Eugène Rutembesa, et Valérie Boucon. « La résilience : perspective culturelle », *Bulletin de psychologie*, vol. numéro 510, no. 6, 2010, pp. 463-468.

²⁰ Cyrulnik, Boris. « Manifeste pour la résilience », *Spirale*, vol. n° 18, no. 2, 2001, pp. 77-82.

²¹ <https://centre-ressource-rehabilitation.org/>

Tout comme le rétablissement, ce concept issu de la psychiatrie s'étend désormais à tous types de handicap.

La réhabilitation psychosociale a pour objectif la réussite des projets et le rétablissement des personnes. Ces outils et techniques visent à surmonter les obstacles que sont :

- les difficultés cognitives : dans la mémorisation, la concentration, la planification
- les difficultés relationnelles : dans l'interprétation de ses émotions ou de celles des autres
- les troubles de l'insight : les effets liés au traitement et la conscience du (des) trouble(s)
- les difficultés du quotidien : dans l'autonomie, la confiance et l'affirmation de soi

Pour diminuer les impacts de ces difficultés, la réhabilitation s'appuie sur les capacités préservées de la personne.

Parmi les outils de la réhabilitation psychosociale, le Pôle Philippe de Camaret s'appuie sur :

- La remédiation cognitive : technique visant la récupération des fonctions cognitives (concentration, mémorisation, planification)
- Le travail sur l'autonomie dans le logement au quotidien
- L'accompagnement vers la construction de projets professionnels ou sociaux
- Le développement des habiletés sociales : communiquer, faire une demande,...
- Les activités instrumentales de la vie quotidienne (IADL)

Dans le domaine de l'éducation, l'OMS définit en 1993 les compétences psychosociales comme suit :

« Les compétences psychosociales sont la capacité d'une personne à résoudre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. C'est l'aptitude d'une personne à maintenir un état de bien-être mental, en adaptant un comportement approprié et positif à l'occasion d'interactions avec les autres, sa culture et son environnement ».

En 2003, l'OMS définit 3 grandes catégories de compétences :

- Les compétences sociales
 - Communication (expression, écoute)
 - Résister à la pression (s'affirmer, négocier, gérer les conflits)
 - Empathie
 - Coopération et collaboration en groupe
 - Plaidoyer (persuasion, influence)
- Les compétences cognitives
 - Prise de décision, résolution de problème
 - Pensée critique, auto-évaluation (conscience de soi et des influences)
- Les compétences émotionnelles
 - Régulation émotionnelle (colère, anxiété)
 - Gestion du stress (gestion du temps, pensée positive, relaxation)
 - Confiance en soi, estime de soi

Ainsi, l'évaluation de l'acquisition de ces compétences semble être nécessaire pour construire les projets personnalisés, notamment pour les personnes désireuses de quitter l'établissement.

Pour le Pôle, il est nécessaire de travailler la réhabilitation psychosociale pour toutes les dimensions de la vie quotidienne. Notamment la question de la vie affective et sexuelle, sujet encore parfois tabou concernant les personnes en situation de handicap.

Il souhaite aussi profiter de toutes « les situations de vie » qu'il propose pour utiliser les outils de la réhabilitation psychosociale. Ainsi, plusieurs tâches relevant de l'activité des professionnels peuvent impliquer les résidents et servir de support notamment à la remédiation cognitive, tant par la récupération de fonctions cognitives (approche restauratrice) que par l'apprentissage de modalités de compensation (approche compensatrice). A titre d'exemple, l'implication et la responsabilisation des résidents dans les activités de logistique, d'entretien ou de secrétariat sont des supports concrets pour la remédiation cognitive.

Outre cette perspective, la participation des résidents à ce type d'activité leur offre l'occasion d'exercer un autre rôle dans l'institution. En effet, en exerçant des activités « utiles » à la collectivité, que nous qualifierons d'activités « d'utilité sociale », le Pôle met en œuvre le concept de Valorisation des Rôles Sociaux et contribue au changement de regard.

3.2. La Valorisation des Rôles Sociaux

La Valorisation des Rôles Sociaux est un ensemble de valeurs et concepts qui vise à améliorer les statuts des personnes en développant leurs compétences. La valorisation des rôles sociaux s'appuie sur « la théorie des rôles », c'est-à-dire l'idée qu'un acteur (une personne) se comporte d'une certaine façon dans un milieu social.

La perception de l'être humain est essentiellement évaluative, filtrée par un certain nombre d'aprioris, donc subjective. L'état d'âme de l'observateur, ses préjugés, ses expériences passées, le contexte de la perception, les autres personnes dans son champ de vision, leur activité, tout cela joue dans l'évaluation qui mène à la perception finale de la personne²².

La prise en charge des personnes en situation de handicap dans des institutions spécialisées a eu comme effet pervers de générer une forme d'exclusion de la société, entraînant probablement une dévalorisation sociale.

La Valorisation des Rôles Sociaux se réfère à l'effet Pygmalion décrit par le sociologue américain Robert Merton : « *les personnes ont tendance à fonctionner en se conformant aux attentes des autres*. Par conséquent, si une personne n'est pas perçue comme capable, elle se comportera comme telle.

L'enjeu pour le Pôle Philippe de Camaret est donc de renverser cette tendance, en offrant aux personnes accueillies ou accompagnées les occasions de démontrer leurs capacités et gommer ainsi les « stigmates » liés au handicap. Lorsque ces occasions se déroulent dans la cité, elles favorisent fortement l'inclusion sociale.

²² Lemay, Raymond. « Valoriser par les rôles sociaux, une dynamique pour l'inclusion », presses de l'EHESP, 2018, p43

Pour mettre en œuvre la Valorisation des Rôles Sociaux, il est nécessaire de « conscientiser » le groupe social où se joue ce rôle, ainsi que la réalité de la dévalorisation. Par conséquent, la Valorisation des Rôles Sociaux cherche à agir sur deux éléments :

- La perception du groupe social : ce dernier pouvant être la société, la famille, l'institution ou autres
- L'image de la personne.

Le Pôle Philippe de Camaret a déjà réalisé plusieurs actions ayant contribué à valoriser le rôle et les capacités des résidents.

Citons pour exemple :

- La mise en place de la jardinière fleurie dans la commune de St Benoit
- La participation d'un résident au traitement du linge
- Les formations continues communes entre professionnels et résidents
- Le séjour à Rodrigues qui a, entre autres, contribué à la déstigmatisation. « A Rodrigues on ne parle pas de personne handicapée mais de personne autrement capable ».
- Les foulées solidaires de St Benoit qui permet l'inclusion par le sport.

Le Pôle souhaite continuer le développement des activités d'utilité sociale. Il s'agira de proposer à chaque résident, dans la mesure de ses potentialités, une activité qui lui permette de valoriser son rôle au sein du groupe social. Le groupe faisant référence à la société et à tous les groupes qui la composent : famille, amis, le pôle, le quartier, la commune,.... L'activité sociale doit permettre à la personne de reconnaître et développer ses compétences, mais elle doit aussi favoriser la prise de conscience chez l'entourage de l'existence de ces capacités.

Pour le Pôle, la pair-aidance contribue à l'utilité sociale. Des résidents peuvent être des ressources pour leurs pairs. Il est nécessaire de pouvoir leur confier des tâches, de manière progressive, en cherchant à développer les compétences et le sentiment d'être acteur de leur vie.

Le développement des projets favorisant l'inclusion dans la cité s'appuie notamment sur l'équipe mobile hors les murs. Cette équipe fonctionne sur des modalités du « case-management ».

3.3. Le « Case-Management »

Né aux Etats-Unis dans les années 40, le case-management se développe face au constat d'une inadéquation de l'offre et de la demande. Ce mode d'intervention sociale est centré sur la personne. Le « case-manager » accompagne au long cours et dans la globalité.

Pour Jean-René LOUBAT, « le case management, comme la coordination de parcours se caractérise par :

- Un souci d'efficience (objectifs précis, durée déterminée, évaluation systématique)
- Une posture centrée sur la personne et une relation privilégiée (coaching)
- Une recherche d'autonomie (empowerment de la personne et de maîtrise du processus).

Il concilie par conséquent inéluctablement deux logiques :

- Celle du client qui vise une amélioration de sa situation personnelle centrée sur quelques objectifs intéressants pour lui ;
- Celle de la puissance publique qui vise un changement de situation sociale dans le sens de moindres dysfonctionnements, d'une normalisation accrue, d'un abaissement des coûts sociaux.

Le case manager comme le coordinateur sont donc par essence des « diplomates », des médiateurs, des négociateurs, des facilitateurs²³. »

Comme évoqué précédemment, lorsque le Pôle construit avec un résident un projet, il est amené à contacter une multitude d'intervenants :

- Acteurs de l'insertion professionnelle
- Bailleurs sociaux pour le logement
- Associations pour les loisirs
- Professionnels de santé pour les soins
- Service d'Aide à Domicile pour l'accompagnement au domicile
-

Dans ce contexte, une intervention « fil rouge » est nécessaire. Ainsi, l'équipe mobile contribue à ce « maillage » entre les acteurs de la cité et l'établissement, en veillant à garantir un continuum de prise en charge.

En effet, la complémentarité des compétences pluridisciplinaires de l'équipe mobile est certes un atout, mais le travail collaboratif avec les équipes de la quotidienneté est indispensable pour garantir la réussite des projets et éviter les interventions en « mille-feuille » qui peuvent s'avérer préjudiciables pour la personne. La communication entre les équipes est une des conditions de réussite de ce travail collaboratif. Le Pôle se fixe donc comme objectif d'améliorer les collaborations (internes et externes), en accompagnant les équipes dans ce changement.

Chaque personne étant unique, l'intervention de l'équipe mobile devra probablement s'inscrire au long cours pour certaines personnes.

4. La finalité : l'autodétermination des personnes en situation de handicap

Issu du droit international, qui désigne le libre choix laissé aux peuples de choisir leur régime politique, l'auto-détermination désigne la capacité d'agir pour soi. L'auto-détermination est possible grâce aux « capacités » qui sont selon Amartya Sen²⁴, des libertés fondamentales.

La CAPABILITE s'appuie sur deux éléments :

- CAPAcité
- possiBILITE

²³ Loubat, Jean-René. « Chapitre 2. La coordination ou le case management : l'affirmation d'une fonction d'avenir », *Coordonner parcours et plans personnalisés. En action sociale et médico-sociale*, sous la direction de Loubat Jean-René. Dunod, 2017, pp. 41-65.

²⁴ <http://wp.unil.ch/bases/2013/07/amartya-sen-et-les-capabilites/>

Pour Amartya Sen, le choix d'agir des personnes ne dépend pas uniquement de l'accès aux ressources et au besoin qu'elles éprouvent d'être utile. Il s'agit d'avoir la liberté de faire des choix (possibilité), mais aussi d'être capable de discerner les situations et les conséquences des différentes décisions (capacité).

Cette notion ne se limite donc pas au « droit à ». L'approche Amartya Sen nécessite que les personnes aient les opportunités d'agir. Elle s'appuie, tout comme le rétablissement et la résilience, sur une notion de potentialité de la personne.

En s'appuyant sur les trois principes que sont²⁵ :

- égalité de traitement de chaque personne
- possibilité de choisir entre diverses orientations de vie (ce sont ces possibilités que Nussbaum et Sen appellent « fonctionnements »),
- droit individuel à une vie digne.

Martha Nussbaum complète cette définition des capacités en proposant *une liste* de 10 capacités :

1. *La vie.* Avoir la possibilité de vivre une vie suffisamment longue et digne d'être vécue ; avoir la possibilité de mourir avant que la vie ne devienne indigne d'être vécue.
2. *La santé physique.* Être capable de conserver une bonne santé, notamment la santé reproductive être capable de bien se nourrir et d'avoir un abri décent.
3. *L'intégrité physique.* Être capable de se mouvoir librement ; être en sécurité par rapport aux attaques violentes, notamment aux attaques sexuelles et aux violences domestiques ; être capable d'avoir des occasions de satisfaire sa sexualité, et avoir le choix de sa reproduction.
4. *Les sens, l'imagination, et la pensée.* Être apte à percevoir, imaginer, raisonner, en recevant une éducation de base à la langue, aux mathématiques et aux sciences. Être capable d'agir en faisant des choix éclairés. Avoir toute liberté d'expression, garantie par l'État. Être capable d'avoir des expériences plaisantes, et d'éviter les expériences non bénéfiques.
5. *Les émotions.* Être capable d'attachement aux choses et aux gens, de vivre nos sentiments. Ne pas voir son développement émotionnel perturbé par la peur ou l'anxiété. Être capable de vivre en société avec d'autres.
6. *La raison pratique.* Être apte à avoir une conception du bien et d'avoir une réflexion critique sur son plan de vie, ce qui nécessite la liberté de conscience et la liberté de culte.
7. *L'affiliation.* Être apte à reconnaître d'autres hommes et à vivre avec eux ; être apte à l'empathie, soit avoir la capacité de se mettre à la place d'un autre. Cette capacité nécessite que soient garanties la liberté de rassemblement et la liberté d'opinion

²⁵ Sanchez, Philippe. « Handicap et capacités. Lecture de Frontiers of Justice de Martha Nussbaum », *Revue d'éthique et de théologie morale*, vol. 256, no. HS, 2009, pp. 29-48.

politique. Être capable de traiter tout autre comme un égal, de le respecter et de ne pas l'humilier.

8. *Les autres espèces.* Être capable d'avoir le souci des animaux, des végétaux, bref de l'environnement.
9. *Le jeu.* Être capable de rire, de jouer et de se distraire.
10. Le contrôle de son environnement.
 - a. *Politique.* Être apte à participer aux choix politiques qui s'imposent à nous (droit à la participation politique).
 - b. *Matériel.* Être capable de conserver sa propriété et d'en faire ce que l'on veut. Au travail, travailler comme un être humain, reconnaître les autres travailleurs et être reconnu d'eux.

Enfin, citons Wehmeyer et Sands qui, comme l'explique M-C Haelewyck²⁶, ont défini l'autodétermination comme le fait « d'agir comme premier agent causal de sa vie, faire des choix et prendre des décisions en regardant sa qualité de vie, libre de toute influence externe excessive ou d'interférence ».

L'enjeu pour le Pôle Philippe de Camaret est de favoriser cette autodétermination, même lorsque les situations de handicap sont lourdes. Il s'agit donc de faciliter autant que faire se peut l'expression des choix de la personne et d'accompagner les personnes dans le (ré)apprentissage de cette expression.

Les changements d'avis des personnes (en cas d'instabilité) ne doivent pas pour autant désarçonner les professionnels, mais les amener à faire preuve de davantage d'adaptabilité et de créativité. Il s'agira donc pour le Pôle, en fonction des ressources dont il dispose, d'assouplir le cadre pour faciliter l'expression de ce choix, l'adaptabilité des professionnels et la création des outils nécessaires.

CONCLUSION

Dans ce contexte de transformation de l'offre médicosociale, le Pôle a déjà initié plusieurs actions qui lui permettront à terme de proposer une palette de services variés pouvant répondre aux différentes aspirations des personnes en situation de handicap. Cependant, cette orientation organisationnelle interroge l'identité professionnelle et nécessite que les changements comprennent l'évolution des compétences ainsi que la valorisation de la complémentarité des équipes. Ces éléments permettront au Pôle Philippe de Camaret de poursuivre sa mutation tout en maintenant un « sens » conforme aux valeurs de la Fondation.

Ce contexte de transformation est une formidable opportunité pour :

²⁶ Haelewyck, Marie-Claire. « Comment favoriser l'autodétermination des jeunes en situation de handicap afin de développer leur identité personnelle ? », *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, vol. 63, no. 3, 2013, pp. 207-217.

- Réadapter les fonctionnements en prenant en compte le caractère unique de chaque personne
- Développer la créativité des équipes
- Valoriser l'enrichissement mutuel
- Augmenter la participation des personnes accompagnées/accueillies
- Renforcer le travail collaboratif avec les aidants
- Faire évoluer le regard que porte la société sur les personnes en situation de handicap.

Pour cela, l'efficacité de la transversalité du pôle s'appuiera principalement sur une communication saine et efficace, mais aussi sur une responsabilité partagée entre toutes les parties prenantes : une coresponsabilité dans la réussite, mais aussi dans les écueils.

Les « gains » en autonomie s'appuyant sur les forces et potentialités des personnes accompagnées/accueillies, mais aussi sur les interactions avec l'environnement, il sera nécessaire de mobiliser toutes les personnes qui gravitent autour du pôle et de multiplier les expérimentations, quitte à parfois faire des erreurs.

Avec comme philosophie que l'erreur est constitutive du processus d'apprentissage²⁷ et qu'elle permet, après analyse, d'améliorer la qualité d'accompagnement. Le Pôle Philippe de Camaret sera, horizon 2025, un acteur majeur de l'inclusion sociale des personnes en situation de handicap sur le territoire Est de La Réunion.

²⁷ Focus Qualité/Groupe Euris. « Livre Blanc Culture de l'erreur apprenante, utopie nécessaire », Mai 2019.

Annexe 5 Illustrations concrètes des prestations proposées par la nomenclature SEFAFIN-PH

Ci-dessous une liste, non exhaustive, de prestations proposées au sein du Pôle Philippe de Camaret.

Les prestations de soins, de maintien et de développement des capacités fonctionnelles

Nomenclature Serafin-PH	Illustrations concrètes des prestations
Soins somatiques et psychiques	Distribution des médicaments, Accompagnements RV médicaux (CMP, psycho-trauma, hospitalisations...) Consultation médicale
Soins médicaux à visée préventive, curative et palliative	Prise des constantes Suivi du poids Suivi alimentation/hydratation/élimination Prélèvements pour bilans médicaux Préparation et administration des traitements Mise en œuvre des consultations et des suivis : généralistes comme spécialistes Coordination avec le médecin traitant Soins de nursing Prise en compte de la douleur Prise en compte du bien-être physique et psychique
Soins techniques et de surveillance infirmiers ou délégués	Pansements Pose de perfusion, Prélèvement pour bilan sanguin, Sondage urinaire, pose canule / sonde intra rectale, lavement, surveillance constantes, ECG surveillance effets secondaires médicaments
Prestations des psychologues	Entretiens Bilans Accompagnement des bénéficiaires ou de leur famille Atelier de remédiation cognitive Appui théorique aux équipes
Rééducation et réadaptation fonctionnelle	Aménagement ergonomique des espaces de vie Séances de rééducation ergothérapie, kinésithérapie et psychomotricité Mise à disposition du matériel adapté (couverts, déambulateur, siège de douche...) Réalisation de bilans dont bilans sensoriels

Les prestations en matière d'autonomie

Nomenclature Serafin-PH	Illustrations concrètes des prestations
Accompagnements pour les actes de la vie quotidienne	Soins de nursing Accompagnement pour l'hygiène personnelle Accompagnement pour l'hygiène des espaces personnels Accompagnement aux repas Activités à visée éducative, sportive et de loisirs qui peuvent également rythmer la semaine ou en lien avec des références calendaires Accompagnement au coucher/lever
Accompagnements pour la communication et les relations avec autrui	Mise à disposition d'outils de communication adaptés (pictogrammes, cahier de communication, fiches santé BD...) Médiation dans les conflits Accompagnement éducatif pour apprentissage et rappel des codes sociaux
Accompagnements pour prendre des décisions adaptées et pour la sécurité	Apprendre à se déplacer seul ou accompagné Apprendre à utiliser un téléphone Formation incendie premier secours, sécurité routière

Les prestations pour la participation sociale

Nomenclature Serafin-PH	Illustrations concrètes des prestations
Accompagnements pour exercer ses droits	Atelier à la citoyenneté, Accompagnement pour participer aux élections (CVS, présidentielles...) Accompagnement au dépôt de plainte, Accompagnement sur les droits, Accompagnement conjoint avec les tutelles et familles pour les droits.
Accompagnements à l'expression du projet personnalisé	Recueil des attentes Evolution du projet personnalisé au regard de l'évolution des besoins exprimés
Accompagnements à l'expression des droits et des libertés	Accompagner pour le vote Participation au CVS, Temps de réunion résidents Participation aux réunions institutionnelles

Accompagnements pour participer à la vie sociale	Accompagnement pour la participation à la vie du groupe, Accompagnement à la vie culturelle (sorties spectacles, achats personnels, ateliers extérieurs et culturels)
Accompagnements du lien avec les proches et le voisinage	Organisation des visites de famille en interne ou à l'extérieur Appels téléphoniques, visite à domicile, médiation des visites, accueil des familles, recherche des familles et amis. Accompagnement des résidents aux diverses manifestations dans le quartier, Accompagnement des résidents dans les commerces de quartiers
Accompagnements pour la participation aux activités sociales et de loisirs	Mise en relation et accompagnement vers des activités avec des associations ou partenaires extérieurs Accompagnement dans les activités en externe et en interne (informatique, danse, espaces verts...), Accompagnement aux activités sportives, Accompagnement aux spectacles, manifestations diverses, cinéma...
Accompagnements pour le développement de l'autonomie pour les déplacements	Adaptation des moyens de déplacement Apprentissage de l'utilisation des transports en commun Accompagnements dans les sorties à l'extérieur Accompagnement au permis piéton et/ou en fauteuil roulant
Accompagnements au logement	Accompagnement dans les démarches administratives
Accompagnements pour vivre dans un logement	Evaluation des besoins, apprentissage à partir de l'outil « appartement école » Accompagnement à l'entretien de son espace de vie, de son linge Accompagnement à la confection de repas Accompagnement dans l'autonomie de la vie quotidienne Mise en place de séjours en appartement école Elaboration de déroulés de journée, mise en pratique pour vivre dans un logement en milieu ordinaire (gestion de l'emploi du temps, réalisation de tâches ménagères, confection de repas, utilisation des équipements domestiques)

Accompagnements pour accomplir les activités domestiques	Apprentissages du bénéficiaire ou mobilisation de ressources et services extérieurs pour la mise en œuvre des moyens nécessaires
Accompagnements en matière de ressources et d'autogestion	Accompagnement pour la gestion du budget (cahier compte...), Accompagnement pour le retrait d'argent
Accompagnements pour l'ouverture des droits	Accompagnement à la constitution des dossiers et prise de contact avec les partenaires Rencontre avec les tutelles/familles, professionnels et résidents. Accompagnement des résidents au tribunal, pour faire les photos d'identité pour renouvellement des droits
Accompagnements pour l'autonomie de la personne dans la gestion des ressources	En lien avec le responsable légal, apprentissage gestion progressive d'un budget Accompagnement dans la gestion du budget, retrait de façon autonome dans les gabiers et suivi des dépenses dans le suivi des factures
Informations, conseils et mise en œuvre des mesures de protections des adultes	Collaboration avec le responsable légal Renseignements concernant les différentes mesures existantes Accompagnement des résidents au bureau des tutelles, aux RV pour renouvellement de tutelle Accompagnement du résident pour ses diverses demandes à sa tutelle (argent, vêture...)
Accompagnements pour exercer ses rôles sociaux	Mise en place d'activités d'utilité sociale (petit train du linge, mise sous enveloppe des courriers pour le CVS, préparation du thé, pair-aidance...), Participation aux tâches ménagères
Accompagnements pour mener sa vie d'élève, d'étudiant ou d'apprenti (SAMSAH)	Sensibilisation et formation des partenaires concernés si nécessaire
Accompagnements pour préparer sa vie professionnelle (SAMSAH)	Aide pour élaboration CV et préparation aux techniques d'entretien Soutien psychologique Aide à l'orientation vers la formation la mieux adaptée en prenant attache auprès des partenaires pôle emploi, mission locale...
Accompagnements pour mener sa vie professionnelle (SAMSAH)	Sensibilisation et formation des partenaires concernés si nécessaire

	Préconisations pour l'adaptation de l'environnement professionnel
Accompagnements pour réaliser des activités de jour spécialisées	Accompagnement et mise en relation avec le tissu associatif et les partenaires de la micro région
Accompagnements de la vie familiale, de la parentalité, de la vie affective et sexuelle	Ateliers d'accès à l'information, préconisation et orientation vers des professionnels ou services dédiés (PMI, planning familial...) Mise en place des suivis médicaux nécessaires Apprentissage du respect des normes sociales Développement ou maintien du lien familial (appel, sollicitation, visite, courrier, accueil)
Accompagnements pour l'exercice des mandats électoraux, la représentation des pairs et la pair-aidance	Accompagnement des représentant du CVS. Favoriser la pair- aidance (aider un autre résidant en poussant son fauteuil, en mettant le tablier...) Accompagner et proposer pour aller voter et élection pour le CVS (Pôle).

CNSA, 2019, « Démarche prospective du Conseil Scientifique de la CNSA, chapitre 2 : L'approche Domiciliaire »

CHARLEUX F. JOUVE S., 2018 « Mettre en œuvre la démarche RAPT », ESF Editeur

ANESM, 2010, « Élaboration, rédaction, et animation du projet d'établissement ou de service »

Ouvrages

Lemay, Raymond. « Valoriser par les rôles sociaux, une dynamique pour l'inclusion », presses de l'EHESP, 2018

Loubat, Jean-René, « Coordonner parcours et plans personnalisés. En action sociale et médico-sociale », Dunod, 2017

Articles, revues

Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA), « Promouvoir la continuité des parcours de vie », 2012

Circulaire N° DGCS/3B/2017/148 du 2 mai 2017 relative à la transformation de l'offre d'accompagnement des personnes handicapées dans le cadre de la démarche « une réponse accompagnée pour tous », de la stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale (2017- 2021)

Pain, Jacques. « Pédagogie institutionnelle et psychothérapie institutionnelle : l'institution au centre du changement », VST - Vie sociale et traitements, vol. 125, no. 1, 2015, pp. 40-46.

Le Cardinal, Patrick, et al. « Pratiques orientées vers le rétablissement et pair-aidance : historique, études et perspectives », L'information psychiatrique, vol. volume 89, no. 5, 2013, pp. 365-370.

EMAP. « Rapport final de la recherche-action concernant les aidants familiaux à la Réunion », 2014, pp. 61

ANAUT, Marie. « La résilience : évolution des conceptions théoriques et des applications cliniques », Recherche en soins infirmiers, vol. 121, no. 2, 2015, pp. 28-39.

ANAUT, Marie. « Le concept de résilience et ses applications cliniques », Recherche en soins infirmiers, vol. 82, no. 3, 2005, pp. 4-11.

Ionescu, Serban. « Résilience assistée, réussite éducative et réadaptation », Centre de recherche et d'intervention sur la réussite scolaire, p12

Ionescu, Serban. « Résilience assistée, réussite éducative et réadaptation », Centre de recherche et d'intervention sur la réussite scolaire, p14

Ionescu, Serban, Eugène Rutembesa, et Valérie Boucon. « La résilience : perspective culturelle », Bulletin de psychologie, vol. numéro 510, no. 6, 2010, pp. 463-468.

Cyrulnik, Boris. « Manifeste pour la résilience », Spirale, vol. no 18, no. 2, 2001, pp. 77-82.

Sanchez, Philippe. « Handicap et capacités. Lecture de Frontiers of Justice de Martha Nussbaum », Revue d'éthique et de théologie morale, vol. 256, no. HS, 2009, pp. 29-48.

Focus Qualité/Groupe Euris. « Livre Blanc Culture de l'erreur apprenante, utopie nécessaire », Mai 2019.

DASNOY-SUMELL Anne, « L'éducation à la vie affective, relationnelle et sexuelle : un enjeu pour l'autonomie de chacun », *L'Entente* N°65, journal d'information et de dialogue trimestriel édité par l'Entente Carolorégienne pour l'Intégration de la Personne Handicapée ASBL, mars 2010 p 5

Sitographie

<https://www.cnsa.fr/grands-chantiers/habitat-inclusif/quest-ce-que-lhabitat-inclusif>

www.favron.org/les-valeurs-de-la-Fondation-Favron.html

<https://centre-ressource-rehabilitation.org/>

<http://wp.unil.ch/bases/2013/07/amartya-sen-et-les-capabilites/>

<http://www.psychom.org>