



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

**REDÉFINIR LE PROJET D'ÉTABLISSEMENT EN FOYER DE VIE
POUR RÉPONDRE À LA SPÉCIFICITÉ DES PERSONNES I.M.C.
VIEILLISSANTES**

Thomas BEAUNE

CAFDES

2007

Remerciements

Je remercie très tendrement mon épouse et mon fils qui ont été le moteur de mon engagement et qui ont su me soutenir par leurs sentiments tout au long de mon travail.

Je remercie également ma directrice de mémoire, Mme BESANGER, pour son implication, son écoute attentive et ses conseils avisés.

Je remercie mes parents pour leurs corrections efficaces et leurs encouragements précieux.

Je remercie enfin l'équipe du foyer, tous les professionnels et plus spécifiquement ma directrice, Mme DUCANDAS pour la formation, la confiance et l'expérience qu'elle m'a dispensé, Paule Durand-Daste pour sa lecture critique et ses propositions efficaces et Lisa VARGAS, pour l'humanité et l'éthique qu'elle m'a apporté.

INTRODUCTION	1
1 UN FOYER SPECIALISE DANS L'ACCUEIL DES PERSONNES I.M.C. DOIT REFONDER SA PRATIQUE ET PRENDRE EN COMPTE LA QUESTION DU VIEILLISSEMENT	3
1.1 LES FOYERS OCCUPATIONNELS ET LES FOYERS D'ACCUEILS MEDICALISES	3
1.2 PRESENTATION SUCCINCTE DES DERNIERES LOIS ENCADRANTS L'ACTIVITE DU FOYER (LOIS 2002-2 ET 2005-102).....	4
1.2.1 La loi N°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale réformant la loi N°75-535 du 30 JUIN 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.	4
1.2.2 La loi 2005-102 du 11 FEVRIER 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.....	5
1.3 PRESENTATION DE L'I.M.C. SELON G. TARDIEU.....	7
1.4 LES PERSONNES I.M.C. VIEILLISSANTES ONT BESOIN DE SOLUTIONS D'ACCUEILS.	9
1.4.1 Les personnes handicapées vieillissantes en Gironde ont besoins de places d'hébergement.	9
1.5 UNE ASSOCIATION GESTIONNAIRE ENGAGEE.....	11
1.5.1 Quelques données historiques concernant l'Association Régionale des Infirmes Moteurs Cérébraux.....	11
1.5.2 Analyse du fonctionnement associatif.....	12
1.5.3 Esquisse de diagnostic institutionnel de l'association	13
1.6 PRESENTATION DU FOYER « ALICE GIROU »,.....	14
1.6.1 L'environnement de la structure.	14
1.6.2 Le Foyer, un petit village.	15
1.6.3 Le financement et la construction.....	17
1.6.4 L'agrément et les extensions d'agréments.....	17
1.6.5 Le financement :	18
1.6.6 Le projet d'établissement :	18
1.6.7 Caractérisation de la population accueillie :	19
1.6.8 L'équipe d'intervention :	21
1.7 POSITIONNEMENT DU PROBLEME.	23
1.7.1 Un établissement qui présente donc des atouts.....	23
1.7.2 ...Mais qui a aussi des faiblesses.	24
1.8 Conclusion de la première partie:.....	28
2 COMPRENDRE LA SPECIFICITE DES I.M.C. VIEILLISSANTS POUR PROMOUVOIR DES PRATIQUES « BIENTRAITANTES ».....	30
2.1 LE VIEILLISSEMENT DES PERSONNES I.M.C.....	30
2.1.1 Le temps de la vieillesse.	30

2.1.2	Peut-on parler d'un vieillissement précoce chez les I.M.C.?	31
2.1.3	Les I.M.C. et leurs particularités.	33
2.1.4	Les besoins induits par le vieillissement des personnes I.M.C.	34
2.2	IDENTIFIER LA MALTRAITANCE POUR TENDRE VERS LA BIENTRAITANCE.	37
2.2.1	Des notions aux contours encore flous.	37
2.2.2	Les maltraitements actifs et passives :	40
2.2.3	Apparition de la notion de « bientraitance ».	41
2.2.4	La violence institutionnelle.	42
2.3	PROMOUVOIR UNE DYNAMIQUE DE CHANGEMENT POUR PREVENIR LA MALTRAITANCE.	43
2.3.1	Définition du terme « changement » :	44
2.3.2	Le changement selon l'approche systémique.	44
2.3.3	La culture d'entreprise :	47
2.3.4	Comment faire évoluer la culture d'entreprise.	47
2.3.5	Le changement et les résistances induites :	49
2.3.6	Les principaux freins.	50
2.4	Conclusion de la deuxième partie.	53
3	CONDUIRE LE CHANGEMENT POUR ATTEINDRE LA « BIENTRAITANCE », UN PROJET DE DIRECTION.	54
	Introduction de la troisième partie.	54
3.1	Le management au service du changement.	55
3.1.1	L'importance de la communication :	55
3.1.2	Inciter à la participation et à l'implication :	57
3.1.3	Lutter contre l'usure professionnelle en permettant au personnel de retrouver une identité.	58
3.2	Favoriser l'acquisition de nouvelles connaissances pour promouvoir la bientraitance.	60
3.3	Répondre à la spécificité et au vieillissement des personnes infirmes motrices cérébrales passe par la diversification de l'offre de service.	61
3.3.1	Pourquoi un FAM ?	63
3.3.2	Un choix stratégique :	64
3.3.3	Basé sur un transfert des compétences :	65
3.3.4	Basé sur la connaissance de ses « ressources » :	66
3.3.5	Basé sur sa situation dans l'environnement :	66
3.4	Présentation du projet et estimation des ressources nécessaires à la création d'un F.A.M. pour adultes I.M.C. vieillissants.	68
3.4.1	L'avant-projet institutionnel du F.A.M.:	69
3.5	Les indicateurs de réussite du projet d'action.	73
3.6	Conclusion de la troisième partie.	74

CONCLUSION	75
BIBLIOGRAPHIE	77
LISTE DES ANNEXES.....	I

Liste des sigles utilisés

A.E.S.	Allocation d'Education Spéciale.
A.G.I.M.C.	Association Girondine des Infirmes Moteurs Cérébraux.
A.M.P.	Aide Médico Psychologique.
A.R.I.M.C.	Association Régionale des Infirmes Moteurs Cérébraux.
A.V.C.	Accident Vasculaire Cérébral
C.A.S.F.	Code d'Action Sociale et de la Famille.
C.D.A.P.H.	Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées.
C.D.E.S.	Commission Départementale de l'Education Spéciale.
C.R.A.M.A.	Centre Régional de l'Assurance Maladie d'Aquitaine.
C.R.E.A.I.	Centre Régional d'Etude et d'Action sur les handicaps et les Inadaptations.
C.R.O.S.M.S.	Comité Régional d'Organisation Sociale et Médico Sociale.
C.V.S.	Conseil de la Vie Sociale.
CO.T.OR E.P.	Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel.
D.D.A.S.S.	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales.
E.S.A.T	Etablissements et Services d'Aide par le Travail
F.A.M.	Foyer d'Accueil Médicalisé.
F.D.T.	Foyer Double Tarification.
FI.N.E.S.S.	Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux.
F.O.	Foyer Occupationnel.
H.A.C.C.P.	Hazard Analysis Critical Control Point.
I.M.C.	Infirmes Moteurs Cérébraux.
I.M.O.C.	Infirmes Moteurs d'Origine Cérébrale.
I.R.T.S.	Institut Régional du Travail Social.
M.D.P.H.	Maison Départementale des Personnes Handicapées.
P.A.U.F.	Plan Annuel Unique de Formation.
R.A.B.C.	Risk Analysis Biocontamination Control.
R.P.A.	Résidence pour Personnes Agées.
U.N.A.P.E.I.	Union Nationale des Associations de Parents et Amis de Personnes Handicapées

INTRODUCTION

Le foyer occupationnel pour infirmes moteurs cérébraux Alice GIROU dont nous sommes le directeur depuis peu de temps est situé sur la commune de Lège Cap-Ferret en Gironde, au bord du bassin d'Arcachon. Cet établissement ouvert en 1987 est géré par une association de parents de type loi 1901 : Association Girondine des Infirmes Moteurs Cérébraux. Il compte aujourd'hui 43 résidents¹, Hommes et Femmes, et la moyenne d'âge est de 38 ans. Nous observons cependant que cette dernière va en s'accroissant rapidement.

Cette institution a bâti sa pratique professionnelle sur l'accompagnement du quotidien et l'encadrement d'activité dite « occupationnelle » d'apprentissage, d'autonomisation, de maintien des connaissances et des capacités cognitives, psychologiques et/ou physiques. Les professionnels qui la composent sont des personnes d'une grande expérience, en majorité diplômés, mais qui n'ont pour la plupart connu que le seul foyer Alice GIROU.

La démarche de diagnostic que nous allons réaliser dans le cadre de ce mémoire nous a permis d'entrer dans un processus nécessaire d'évaluation de la qualité de la prestation proposée. Cette dernière nous a aidé à repérer un certain nombre de distorsions, le distance entre le projet initial et la réalité de la population accueillie, entre l'agrément du foyer et le besoin d'une partie de la population, notamment les plus âgés, entre enfin les idéaux et les objectifs de l'association gestionnaire et la « maltraitance passive » induite par des choix devenus obsolètes.

Ces écarts, ces comportements et ces orientations nécessitent de notre part une réaction rigoureuse, efficace mais mesurée. En effet, au-delà du diagnostic, c'est la culture de l'établissement et les pratiques professionnelles qu'il va falloir réformer. Prendre la direction de cet établissement, c'est mettre en œuvre un processus de construction qui s'inscrit dans la durée et mobilise tous les acteurs : représentants de l'association, parents, salariés, résidents, partenaires extérieurs, environnement. Il va falloir convaincre l'association de la nécessité de regarder la réalité de l'évolution de « leurs enfants » et surtout de cette structure qu'elle avait rêvée idéale.

De fait, ce nouveau projet de direction qui passera par la redéfinition du projet d'établissement mais également par la création d'une structure de type foyer d'accueil médicalisé, a pour objectif de permettre à l'ensemble des résidents, quel que soit

¹ Définition du dictionnaire encyclopédique, *Petit Larousse illustré*, Paris, Larousse -Bordas, 1997. Résident se dit de quelqu'un qui habite un lieu. À distinguer de résidant, personnes qui résident dans un autre endroit que son pays d'origine.

l'évolution de leur pathologie, de bénéficier de services de qualité. Notre mission de direction est de mettre en œuvre dans le temps et l'espace, ces orientations visant le respect de la personne handicapée, sa citoyenneté et son intégrité tant corporelle qu'intellectuelle ou psychologique.

Nous vous présenterons donc dans notre première partie le diagnostic réalisé, la contextualisation étayée par les éléments environnementaux, politiques et associatifs de la structure que nous dirigeons. Nous nous attacherons également à vous présenter le plus clairement possible la réalité des résidents du foyer Alice GIROU et de l'évolution de leur handicap.

Nous proposerons ensuite une analyse théorique portant sur trois dimensions pour tenter d'englober l'ensemble des éléments sur lesquels nous nous proposons d'agir en tant que directeur : tout d'abord les résidents infirmes moteurs cérébraux vieillissants et leur spécificité, puis la notion de maltraitance et de bientraitance afin de mieux les connaître pour pouvoir mieux les combattre et enfin une partie ressources humaines qui traitera du changement, de la culture d'entreprise et de son management.

Nous terminons notre travail par une série de propositions et de positionnements de direction pour améliorer la prise en charge des personnes handicapées au foyer Alice GIROU dans leur globalité et présenter un projet spécifique de création d'une structure médicalisée pour la population particulière des personnes infirmes motrices cérébrales vieillissantes.

Pour accompagner ces changements, nous nous appuyerons sur des valeurs managériales et des convictions personnelles fortes telles que la participation des usagers, le travail en partenariat avec les professionnels, le respect et l'éthique².

² Le Professeur J. BERNARD propose une définition : Il existe deux origines étymologiques de l'éthique : le terme « ithos », qui signifie la tenue de l'âme, le style, au sens dans ce mot dans la France classique : « le style, c'est l'homme », et le terme « ethos », complémentaire du premier, peut désigner l'ensemble des normes nées du respect dans la mesure. L'éthique est une science qui prend en considération l'ithos et l'ethos. Elle est la garantie de l'harmonie qui résulte de la bonne tenue de toute chose, de tout acte, de l'accord entre l'âme et le développement. Elle suppose une action rationnelle, elle est le propre de l'homme.

1 UN FOYER SPECIALISE DANS L'ACCUEIL DES PERSONNES I.M.C. DOIT REFONDER SA PRATIQUE ET PRENDRE EN COMPTE LA QUESTION DU VIEILLISSEMENT .

En temps que directeur d'une structure accueillant des personnes adultes Infirmes Moteurs Cérébraux (I.M.C.), et du fait de notre projet de restructuration, nous allons tout d'abord nous attacher à présenter l'environnement règlementaire de l'établissement en différenciant les Foyers Occupationnels (F.O.) des Foyers d'Accueils Médicalisés (F.A.M.), puis, dans la seconde phase de notre démarche de réflexion, nous définirons le champ de nos investigations en caractérisant tout d'abord la population des I.M.C. globalement, puis plus spécifiquement celle des I.M.C. vieillissants et nous poursuivrons en présentant le foyer Alice GIROU, son histoire, ses caractéristiques, ses atouts et ses faiblesses. Nous terminerons en réalisant un diagnostic de la situation et en présentant notre problématique.

1.1 LES FOYERS OCCUPATIONNELS ET LES FOYERS D'ACCUEILS MEDICALISES

Le Foyer Occupationnel (F.O.) ou « foyer de vie » est « *destiné à des personnes handicapées ne pouvant travailler mais capable d'accomplir la plupart des actes de vie et dont l'état de santé ne nécessite pas de soins continus. Il est financé par le Conseil Général* »³. Il est censé proposer au résidant un panel complet d'activités lui permettant d'acquérir de nouvelles connaissances ou compétences, de maintenir ses acquis intellectuels ou physiques, de permettre son intégration dans la cité, de travailler sur « l'autonomisation » de la personne. Encadré par les textes règlementaires suivants :
L 344-5 du CASF, L 311-1 (7°) du CASF, D 77-1547 et 77-1548 du 31 décembre 1977, cette structure met en place des activités de vie sociale, d'occupation et d'animation.

Le Foyer d'Accueil Médicalisé (F.A.M.) « *(ex foyer à double tarification F.D.T.) accueille des personnes handicapées nécessitant l'assistance d'une tierce personne pour accomplir certains actes de la vie courante. Les résidents y bénéficient également d'un suivi médical et paramédical. Le financement de ces constructions fait intervenir l'assurance*

³ Définition issue du Schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale des personnes adultes handicapées de la Gironde 2007-2011, page 66.

maladie pour le forfait soins et le conseil général pour l'hébergement. »⁴ Dans le cadre de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975, l'apparition des F.D.T. (Foyer Double Tarification) dans l'équipement médico-social a pour base une circulaire ministérielle (n° 86-6 du 14 février 1986, dite circulaire Zeller). Celle-ci prévoit la création de 10 F.D.T. à titre expérimental. L'extension de ce programme a été autorisée par la circulaire 87MO75 du 03 juillet 1987. Cependant aucune de ces 2 circulaires n'ont été publiées au Journal Officiel. Ensuite, le Conseil d'État du 30 juin 1999 a relevé qu'un texte réglementaire ne pouvait porter création d'un établissement relevant de la loi 1975 et a annulé les textes concernés. Les F.D.T. étaient donc privés de base légale. Ce n'est que dans le cadre de la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 que ce type de structure sera reconnu sous l'appellation Foyer d'Accueil Médicalisé (F.A.M.)

Sans assise légale définissant les différents types d'hébergement pour personnes handicapées (Maison. Accueil. Spécialisé., F.A.M., F.O.⁵), il est parfois difficile de clarifier les populations qui y sont accueillies.

Il apparaît que le manque de précision de la réglementation a entretenu, pendant longtemps, de larges similitudes entre les populations effectivement prises en charge dans les différents établissements pour adultes. Les personnes reçues en F.A.M. présentent généralement les caractéristiques d'une grande dépendance dans les actes de la vie quotidienne : manger, se laver, s'habiller, se mouvoir.

1.2 PRESENTATION SUCCINCTE DES DERNIERES LOIS ENCADRANTS L'ACTIVITE DU FOYER (LOIS 2002-2 ET 2005-102)

Ces dernières années, deux lois majeures sont venues impacter les pratiques professionnelles et les exigences réglementaires du foyer Alice GIROU, les lois du 2 janvier 2002 et du 11 février 2005.

1.2.1 La loi N°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale réformant la loi N°75-535 du 30 JUIN 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

Cette loi dégage 5 orientations majeures :

⁴ Schéma départemental, *Op.Cit.*, page 66.

⁵ CF Annexe 1 « Tableau récapitulatif »

1. Affiner et promouvoir les droits des bénéficiaires en créant une définition des droits fondamentaux des personnes handicapées et en y incluant la notion de participation de l'utilisateur (au « cœur du dispositif ») et de son entourage à son projet de vie. La modalité de l'exercice de ces droits passe par la réalisation de sept nouveaux outils obligatoires : Le livret d'accueil, la charte des droits et libertés, le contrat de séjour (ou le document contractuel), le conciliateur/médiateur, le règlement de fonctionnement de l'établissement ou de service, le projet d'établissement ou de service réalisé pour cinq ans, le conseil de la vie sociale ou une autre forme de participation des usagers.
2. Élargir les missions de l'action sociale et diversifier la « nomenclature » des établissements, services et interventions, en créant notamment de nouveaux modes de prises en charges et de nouveaux types d'accueils (temporaires, de jour, etc...) et en donnant une base légale aux F.D.T. devenant F.A.M.
3. Améliorer les procédures techniques de « pilotage » du dispositif, en contraignant à la réalisation de schémas (départementaux, régionaux et Nationaux) réguliers, en effectuant des autorisations temporaires (quinze ans) de fonctionnements et de créations dépendantes des besoins révélés par les schémas et renouvelables selon les évaluations internes et externes (tous les cinq et sept ans) et de la mise en place de démarches d'améliorations de la qualité.
4. Instaurer une réelle coordination entre les divers protagonistes, avec la création de conventions Etat/départements, mais aussi inter-établissements. La loi prévoit également l'élargissement des compétences des C.R.O.S.M.S.⁶ et l'instauration de contrats pluriannuels « d'objectifs et de moyens ».
5. Rénover le statut des établissements publics.

1.2.2 La loi 2005-102 du 11 FEVRIER 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

Nous allons à présent présenter les principes généraux de cette seconde loi essentielle dans le domaine du handicap. Celle-ci propose d'abord, dans son article deux, pour la première fois dans l'histoire de la législation française, une définition du handicap qui mérite d'être citée ici in extenso : « *Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou*

⁶ Comités Régionaux d'Organisation Sociale et Médico-Sociale.

définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. »

La principale innovation de la loi est la création d'un droit à compensation : *« La personne handicapée a droit à la compensation des conséquences de son handicap quels que soient l'origine et la nature de sa déficience, son âge ou son mode de vie. »* Ce droit se traduit par la création d'une prestation de compensation, destinée à compléter les autres prestations sociales pour couvrir réellement l'ensemble des besoins liés au handicap. La prestation de compensation est susceptible d'être versée au coup par coup ou sous forme plus suivie, en fonction des besoins à couvrir. Elle peut être versée *« selon le choix du bénéficiaire, en nature ou en espèces »*. Elle peut concerner des biens ou des services. Cela peut aller de *« l'aménagement du logement et du véhicule »* à *« un besoin d'aides humaines »*. Due à la décentralisation, la départementalisation de cette prestation de compensation risque d'entraîner des inégalités. La loi pose ici un garde-fou : *« L'État est garant de l'égalité de traitement des personnes handicapées sur l'ensemble du territoire et définit des objectifs pluriannuels d'actions. »*

La seconde innovation importante est la création des Maisons Départementales des Personnes Handicapées (M.D.P.H.), destinées à *« offrir un accès unique aux droits et prestations (...), à toutes les possibilités d'appui dans l'accès à la formation et à l'emploi et à l'orientation vers des établissements et services ainsi que de faciliter les démarches des personnes handicapées et de leur famille »*. Ce « guichet unique » a une large *« mission d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseil des personnes handicapées et de leur famille, ainsi que de sensibilisation de tous les citoyens au handicap. »*

Plus concrètement, la maison départementale des personnes handicapées est chargée de mettre en place l'équipe pluridisciplinaire qui évalue *« les besoins de compensation de la personne handicapée et son incapacité permanente sur la base de son projet de vie et de références définies par voie réglementaire et propose un plan personnalisé de compensation du handicap. »*

De plus, *« chaque maison départementale des personnes handicapées gère un fonds départemental de compensation du handicap chargé d'accorder des aides financières destinées à permettre aux personnes handicapées de faire face aux frais de compensation restant à leur charge, après déduction de la prestation de compensation »*

Troisième innovation importante, la création des commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, mises en place et organisées par les maisons départementales des personnes handicapées. La commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées est compétente pour décider de l'ensemble des prestations et autres décisions administratives concernant les personnes handicapées. Elle se substitue à la fois à la C.D.E.S. et à la CO.T.O.R.E.P. C'est elle qui prend les

décisions exécutoires pour l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (ex AES), l'allocation aux adultes handicapés (AAH) et la prestation de compensation, ainsi que pour l'orientation scolaire, professionnelle et institutionnelle. Ces décisions sont prises « sur la base de l'évaluation réalisée par l'équipe pluridisciplinaire » mise en place par la Maison départementale des personnes handicapées.

Après avoir défini l'environnement réglementaire de l'institution dont nous avons la charge, il nous semble opportun de comprendre les besoins de la population accueillie. Nous allons donc nous attacher à caractériser la population et dans un premier temps l'Infirmité Motrice Cérébrale.

1.3 PRESENTATION DE L'I.M.C. SELON G. TARDIEU

Le terme d'Infirmé Moteur Cérébral (I.M.C.) a été créé en 1954 par le professeur Guy TARDIEU. Celui-ci voulait étudier un groupe d'enfants qui, parmi d'autres infirmes physiques victimes de lésions cérébrales précoces et fixées, se distinguaient par des capacités mentales intactes. « Ils [les I.M.C.] ont en commun une lésion fixe d'origine prénatale affectant plus ou moins gravement la motricité mais laissant intactes, totalement ou en grande partie, les capacités mentales et relationnelles » écrivait-il. En 1968, le professeur TARDIEU propose une définition plus large de l'Infirmité Motrice Cérébrale : « C'est la conséquence d'une lésion pré, péri, ou postnatale précoce et non évolutive. Elle consiste en une paralysie aux manifestations variables qui, dans certains cas, touche l'organe phonatoire. Elle peut s'accompagner d'atteintes sensorielles et d'atteintes partielles des fonctions supérieures à l'exception d'une déficience intellectuelle. » Cette définition fut à l'origine des anciennes annexes XXIV⁷ bis de 1970 consacrées aux seuls enfants I.M.C.

⁷ Textes administratifs régissant les conditions d'agrément des établissements médico-sociaux destinés aux enfants et adolescents handicapés. Les premières annexes XXIV datent de 1956. Les annexes XXIV bis, ter et quater compléteront par la suite (1967 et 1970) le champ institutionnel en prenant en compte l'ensemble des types de handicap. Les nouvelles annexes XXIV (décrets de 1988 et de 1989) intègrent les terminologies modernes ainsi que les orientations politiques et les pratiques professionnelles récentes. Elles obligent par ailleurs les associations gestionnaires à actualiser les projets institutionnels et à demander de nouveaux agréments de fonctionnement. Source : Dictionnaire du Handicap - Gérard ZRIBI et Dominique POUPEE-FONTAINE

Un peu plus tard, le Comité Médical National d'Étude et de Traitement (présidé par le Dr Maurice CAHUZAC) a fait évoluer cette définition et créé le terme d'Infirmité Motrice d'Origine Cérébrale (I.M.O.C.) pour « englober toutes les atteintes cérébrales survenant avant l'âge de six ans, presque uniquement dans la période périnatale, mais dans laquelle l'élément essentiel est l'élément moteur, quels que soient les handicaps associés » Cette disposition témoignait d'une volonté de proposer à des enfants présentant les troubles moteurs des I.M.C., mais avec présence d'une déficience intellectuelle, le même type de prise en charge éducative. Toutefois, dans la révision de 1995 de la classification internationale des maladies, les rédacteurs insistent sur l'ambiguïté du terme I.M.C. ou I.M.O.C. qui associe une notion physiopathologique⁸ et une déficience. Les sigles I.M.C. ou I.M.O.C. ne sont employés qu'en langue française, les anglo-saxons emploient le terme de « Cerebral Palsy », terme créé par PHELP en 1949 et défini en 1969 de la façon suivante : « La Paralyse Cérébrale est un désordre permanent et non immuable de la posture et du mouvement dû à un dysfonctionnement du cerveau avant que sa croissance et son développement ne soient complets » On le voit, la « Cerebral Palsy », qui élude complètement le problème de l'élaboration mentale, n'est pas la traduction exacte d'I. M. (O.) C. Aujourd'hui, le sigle I.M.C. est toujours largement utilisé même si les neuro-pédiatres français préfèrent mettre en avant la notion de « lésion cérébrale.» Ils appréhendent l'enfant au cerveau lésé dans son ensemble en tentant d'évaluer les séquelles motrices et/ou neuropsychologiques ou autres (comitiales, relationnelles, sensorielles).

Ce travail de définition nous paraît être le préambule nécessaire pour expliquer l'évolution historique de la conception de l'infirmité motrice cérébrale au sein de l'association dont nous dépendons. En effet, en 1987 à l'ouverture du foyer Alice GIROU, les parents administrateurs de l'association avaient une vision essentiellement basée sur la définition de Guy Tardieu. Leurs enfants avaient été classifiés I.M.C. et leur orientation était celle d'un foyer occupationnel. Il s'avère, 20 ans plus tard, qu'une grande partie des résidants orientés au foyer Alice GIROU se sont révélés être des I.M.O.C., des adultes polyhandicapé, plurihandicapés voir surhandicapés⁹. Cette différence est importante et

⁸ La physiopathologie est la discipline biologique qui traite des dérèglements de la physiologie, c'est-à-dire les mécanismes physiques, cellulaires et biochimiques d'apparition d'une maladie organique ou cellulaire, humaine, animale ou végétale.

⁹ Polyhandicap : handicap grave à expressions multiples avec restriction extrême de l'autonomie et déficience mentale profonde; prévalence : 2 pour mille. Plurihandicap : association circonstancielle

explique en partie l'une des difficultés rencontrées par l'équipe des professionnels du foyer aujourd'hui, à savoir l'adaptation des projets du foyer occupationnel à la réalité des capacités des résidents qui y vivent, et notamment des plus âgés d'entre eux.

Pour comprendre le contexte d'intervention du foyer Alice GIROU, présentons à présent plus particulièrement les besoins de l'environnement en matière d'accueil et d'hébergement des personnes handicapées vieillissantes et plus spécifiquement des I.M.C. en Gironde.

1.4 LES PERSONNES I.M.C. VIEILLISSANTES ONT BESOIN DE SOLUTIONS D'ACCUEILS.

Le vieillissement appelle des modes de réponses spécifiques, pour prendre en compte cela, nous allons nous attacher à examiner les orientations du département qui nous concerne (la Gironde) à cet égard.

1.4.1 Les personnes handicapées vieillissantes en Gironde ont besoins de places d'hébergement.

Une étude sur cette population vieillissante lancée par le Conseil Général de Gironde dans le cadre de l'élaboration du schéma départemental, nous permet d'obtenir des données chiffrées précises et les orientations retenues. D'après ce document, le nombre des personnes handicapées de plus de 50 ans était en 2004 de 42 970 soit environ 20 % de la population des personnes handicapées. En 2005, il y avait 273 personnes en maison d'accueil spécialisé, 289 personnes installées en foyer d'accueil médicalisé, et 752 personnes en foyer de vie (foyer occupationnel). Globalement, en 2005, la capacité autorisée en Gironde correspond le plus souvent à des taux d'équipement plus faible que ceux de la France métropolitaine. Selon les données du fichier national des établissements sanitaires et sociaux (F. I.N.E. S. S.), la France dispose d'environ 16 500 places en MAS, 10 700 places en foyer d'accueil médicalisé, 42 300 places en foyer de vie. Les besoins d'hébergement en Gironde ont été repérés dans ce schéma départemental, ils correspondent à environ 150 places de foyer d'accueil médicalisé et 240 places de foyer de vie¹⁰. « *Ainsi estimée, cette capacité correspond au nombre*

de deux ou plusieurs handicaps avec conservation des facultés intellectuelles; prévalence 0,5 pour mille. Surhandicap : surcharge de troubles du comportement sur handicap grave préexistant; prévalence : 3 pour mille.

¹⁰ Schéma départemental, *Op.Cit.*, page 128.

minimum de places nécessaires pour répondre aux besoins repérés, besoins qui ne prennent pas en compte l'ensemble des personnes actuellement à domicile dans l'attente d'une place.

Une autre étude nous donne des informations chiffrées des besoins en Gironde. Extraits : « Il ressort¹¹ (...) que la majorité des foyers occupationnels évoquent leur agrément en tant qu'obstacle à la prolongation de l'accueil au-delà de 60 ans. L'inadaptation de ces structures aux spécificités du vieillissement des personnes handicapées, est aussi fréquemment évoquée comme un frein au prolongement de l'accueil. » Pour leurs résidents âgés, la première solution à laquelle ont recours les établissements pour adultes handicapés est l'orientation vers les maisons de retraite. »

En sachant pertinemment, que jamais la seule capacité des établissements pour personnes âgées, ne suffira à répondre aux besoins grandissants des personnes handicapées âgées, il convient de répondre dès que possible à des besoins sans cesse croissants, en décidant de favoriser le développement d'établissements spécifiquement dédiés aux personnes handicapées âgées. La question fréquente des grandes différences d'âge entre les personnes handicapées qui intègrent les maisons de retraite (45 - 60 ans), et les pensionnaires habituels (entre 85 et 100 ans) reste un argument supplémentaire pour légitimer la création de structures pour personnes handicapées vieillissantes et âgées.

Si le département de la Gironde, comme une majorité de départements français, a jusqu'à aujourd'hui plutôt privilégié la recherche de réponses de droit commun pour les personnes handicapées âgées, à la construction de lieux spécialisés, le développement de structures entièrement dédiées aux personnes handicapées âgées est aujourd'hui à promouvoir.

« L'augmentation de la capacité d'accueil des établissements pour personnes handicapées, ainsi que leur adaptation à la problématique spécifique du vieillissement, ne combleront pas totalement le déficit de places dans les années à venir. »

« Même si en Gironde des efforts importants ont été entrepris, notamment par la création d'établissements pour les personnes handicapées adultes ne pouvant pas exercer d'activité professionnelle, la demande pour ce type d'établissement ne va, non seulement pas se tarir, mais augmenter dans les années à venir de l'avis de tous les spécialistes. La création d'un établissement répondant à ce besoin d'accueil de personnes handicapées vieillissantes et âgées est donc tout à fait justifiée, voire indispensable en Gironde. »

¹¹ Étude de besoins réalisée pour l'association « HANDIVILLAGE 33 » à CAMBLANES- ET-MEYNAC effectuée par le CREAL d'Aquitaine en juin 2002

Ces extraits de l'étude permettent d'anticiper les besoins de places pour personnes handicapées vieillissantes en Gironde et mettent en évidence le besoin de création de structures médicalisées dans ce département.

Ainsi, les adultes handicapés vieillissants de Gironde sont en manque de solutions d'accueils adaptées et les « enfants » de l'A.G.I.M.C. n'échappent pas à cette règle. Mais pour avancer plus avant dans la présentation de notre problématique, il nous faut à présent présenter le foyer Alice GIROU et son environnement.

1.5 UNE ASSOCIATION GESTIONNAIRE ENGAGÉE.

Afin de mieux comprendre la réalité de l'institution dont nous avons la direction, il nous a semblé nécessaire de présenter à présent le contexte historique, associatif, et environnemental de cette dernière.

1.5.1 Quelques données historiques concernant l'Association Régionale des Infirmités Motrices Cérébrales.

Devant la difficulté à trouver une solution adaptée pour répondre aux besoins de leurs enfants et face à l'absence de structures existantes en Gironde, des parents d'enfants I.M.C. créent, le 12 octobre 1961, l'Association Régionale des Infirmités Motrices Cérébrales de la Gironde (A.R.I.M.C.), association loi 1901. Elle est affiliée à la Fédération Française des Associations d'Infirmités Motrices Cérébrales (F.F.A.I.M.C.), reconnue d'utilité publique, son siège administratif est situé à Tresses, près de Bordeaux¹².

Le but premier, et urgent dès lors pour ces « parents-administrateurs » consiste en la création d'un établissement où leurs enfants vont pouvoir être accueillis, soignés, rééduqués,....

Ainsi, tel que le stipulent les statuts, l'association se propose d'« *informer l'opinion et les pouvoirs publics, d'obtenir les moyens de réaliser l'éducation, le développement, et de répondre aux besoins des enfants I.M.C.* ». L'association se fixe également comme ligne de conduite, outre la création et la gestion d'établissements spécialisés et de gérance de tutelles, « *de réunir les familles pour l'étude en commun de l'éducation, du développement et des besoins, sur le plan moteur, mais également sur le plan moral affectif, sensoriel, intellectuel, scolaire, technique des I.M.C.* ». Le Conseil d'Administration est alors exclusivement composé de parents d'enfants handicapés,

¹² CF Annexe 2 « Quelques dates ».

réunis pour défendre une cause unique : la prise en compte par les pouvoirs publics, la prise en charge par des professionnels de leurs enfants handicapés. Les statuts de l'association resteront les mêmes pendant 46 ans et il est toujours nécessaire d'être parent d'enfant handicapé pour faire partie du bureau.

Le rôle de l'association et de ses membres a été déterminant pour permettre la prise en charge d'enfants, puis d'adultes IMC sur la Gironde. Dans la typologie des associations définie par J.M.MIRAMONT et ses co-auteurs¹³, l'A.R.I.M.C. pourrait être classée à sa création dans «*les associations de circonstance ou de situation spécifique : lieux de rencontre et d'échange de souffrances longtemps accumulées et gardées pour soi, ces associations ignorent souvent les clivages politiques, centrées qu'elles sont sur l'objectif à atteindre*»...

Notons ici qu'en 2005, l'A.R.I.M.C. est devenue l'A.G.I.M.C. (Association Girondine des I.M.C.), ce qui facilitera la compréhension de la suite de notre propos. L'association a été partie prenante de l'évolution de l'image du handicap dans le département et cela grâce à une organisation bien établie. Analysons à présent comment elle fonctionne.

1.5.2 Analyse du fonctionnement associatif

A) Le Conseil d'Administration :

Le CA est actuellement composé de 41 administrateurs¹⁴ élus par une Assemblée Générale. Ce sont majoritairement des retraités et à 95% des Girondins vivants dans les environs de Bordeaux. Le bureau, organe de décision de l'association se réunit et choisit parmi ses membres, le président, le trésorier et le secrétaire. Les deux tiers des membres de l'association sont statutairement des adultes I.M.C. ou leurs parents. De fait, il n'y a que des parents aujourd'hui comme membres de l'association.

Les ressources de l'association se composent des subventions de l'Etat, de la région, du département de la Gironde, des communes et des fonds Européens ; mais aussi du revenu de ses biens (elle est propriétaire de l'ensemble des terrains sur lesquels sont construites les structures ainsi que de la majorité des établissements), des cotisations de ses membres (environ 300 adhérents en 2007, parents, amis et résidants), des legs et

¹³ MIRAMONT J.M, COUET D, PATURET J.B, « *Le métier de directeur, techniques et fictions* », Rennes, ENSP Editeur, 1992, page 21.

¹⁴ 8 membres du bureau élus annuellement (1 président et 3 vice-présidents, un secrétaire et son adjoint, un trésorier et son adjoint), 20 membres élus pour trois ans, 12 membres de droits et 1 membre d'honneur. Dernière élection le 26 avril 2007.

dons (ce qui lui a permis d'agrandir son patrimoine foncier et de pouvoir construire dans l'avenir). Les relations des administrateurs fondateurs ont évolué au cours de ces 46 années. Les pionniers ne sont plus très nombreux, mais ils occupent la majorité des sièges et postes à responsabilités au sein de l'association. En effet, le C.A. est constitué à 66% d'anciens parents, fondateurs de l'une ou l'autre des institutions qui composent l'Association Girondine des Infirmes Moteurs Cérébraux.

1.5.3 Esquisse de diagnostic institutionnel de l'association

En appuie sur les développements théoriques de M. HAERINGER¹⁵ qui détermine 4 principaux modes de logiques¹⁶, initialement, les membres de l'association se sont réunis avec comme seul point commun la volonté de trouver des réponses adaptées aux problématiques spécifiques de leurs enfants infirmes moteurs cérébraux. Les membres de cette association étaient donc dans une logique fondatrice domestique comme peut le présenter l'auteur.

L'association s'est structurée dès son origine sur une logique émergente de cohésion d'un groupe de parents, constituant ainsi « un monde commun », partageant la même vision de ce qu'il convenait de faire ensemble pour promouvoir leur volonté créatrice. Les principes fondateurs relèvent de l'échange domestique.

Les relations personnelles des fondateurs mêlent liens affectifs (réseau constitué d'amis), proximité, cohésion de cette « famille élargie ». La coopération entre les membres fondateurs est orientée vers la réalisation d'une action pour la résolution de leur problème : les destinataires de cette action étant ici les plus proches dans l'entourage immédiat des promoteurs => leurs enfants.

On peut repérer, doré et déjà, une des problématiques fonctionnelles majeures de l'association : les acteurs-promoteurs sont à la fois investis dans leur rôle de parents et « employeurs » des professionnels en charge de leurs enfants. Cette particularité explique certainement une difficulté « historique » de communication entre administrateurs et professionnels. De nombreuses périodes de crise associative se sont

¹⁵HAERINGER J et TRAVERSAZ F (sous la direction de) « *Conduire le changement dans les associations d'action sociale et médico-sociale* » Paris, Dunod, 2002, 264 pages.

¹⁶ CF annexe 3 « Tableau des logiques émergentes. »

succédées¹⁷. Aujourd'hui, l'association fait face à une réelle difficulté, le turnover important les directeurs généraux. En effet, il semblerait que les membres du conseil d'administration aient quelques difficultés à accepter de déléguer une partie du pouvoir décisionnel à un professionnel. Le dernier directeur général est licencié depuis juin 2007 et l'association n'a pas encore recruté son successeur

C'est dans ce contexte associatif engagé et mouvementé, mais aussi riche des volontés communes des parents et des professionnels à répondre aux besoins des résidents de l'époque, que le foyer « Alice GIROU » s'est monté en 1987. Pour tenter d'en embrasser la complexité, nous allons à présent vous présenter la structure et son environnement tant physique que technique et organisationnel.

1.6 PRESENTATION DU FOYER « ALICE GIROU ».

Ce foyer porte le nom de Mme Alice GIROU (1904-1987) était une assistante sociale responsable des œuvres sociales du journal « SUD-OUEST ». Chevalier de la légion d'honneur et croix de guerre pour faits de résistance pendant la deuxième guerre mondiale, elle était administratrice de l'A.G.I.M.C. au moment de la création de ce dernier.

1.6.1 L'environnement de la structure.

Le foyer Alice GIROU est implanté sur une parcelle de 4 ha¹⁸, à la limite d'une forêt de pins, le long d'un canal sur la commune de Lège Cap Ferret. Le terrain a été donné pour le « franc symbolique » par l'ancien maire de la commune, au milieu des années 80. Ce dernier, grand-père d'un jeune garçon IMC, avait négocié avec l'association la possibilité d'accueillir son petit fils dans cette structure. Situé en périphérie du bourg, le foyer jouit d'une situation géographique agréable à 4 kilomètres du bassin d'Arcachon, ce qui lui a permis rapidement de devenir une vitrine de l'association. Toutefois, même si l'intégration constitue l'une des priorités du foyer, bon nombre d'habitants de Lège ne savent pas encore qu'il existe. A proximité immédiate du foyer se trouve une résidence pour personnes âgées (R.P.A.). Un effort important a été effectué par la municipalité en termes d'accessibilité (création de pistes cyclables entre le cœur du bourg et l'établissement) et de participation active aux différentes animations proposées (la municipalité met gratuitement à dispositions bon nombre de matériels et finance parfois des repas pour

¹⁷ 5 changements de président depuis 1989, 5 directeurs-généraux se succèdent en 15 ans.

¹⁸ CF Document joint en annexe 4

des animations exceptionnelles). Il est bien évident qu'à la construction de la structure, un contrat tacite avait été passé avec le maire de l'époque, à savoir l'embauche d'un nombre important du nouveau personnel dans le tissu local. L'association maintient cette politique, et la majorité des salariés de toutes catégories du foyer Alice GIROU est issue, où vit sur la commune de Lège et des environs. L'établissement est encore le troisième plus gros employeur du nord bassin.

1.6.2 Le Foyer, un petit village.

La configuration architecturale de l'établissement est très particulière¹⁹. En effet, à l'époque de sa réalisation, l'association était alors présidée par un architecte. Désireux de montrer la capacité de réalisation de son association, de donner une image positive et dynamique des projets qu'elle fédérait, ce dernier a décidé de faire appel à un concours national pour la conception des plans du foyer. L'architecte retenu a reçu un prix national pour sa réalisation. La structure du foyer Alice GIROU est donc aujourd'hui classée, ce qui entraîne un certain nombre de contraintes dans le cadre de la gestion courante et des nécessaires évolutions imposées par les diverses réglementations qui se sont succédées depuis (ne serait-ce que pour installer une lingerie aux normes R.A.B.C.²⁰ ou une cuisine adaptée aux normes H.A.C.C.P.²¹). Cette classification impose à la direction de l'établissement de ne modifier que l'intérieur des bâtiments. Toute modification extérieure doit faire l'objet de demandes et d'autorisations spécifiques.

La représentation que les membres de l'association avaient de l'infirmité motrice cérébrale, à la création du foyer, était essentiellement basée sur la définition de Guy TARDIEU datant de 1964. L'extrême majorité de leurs enfants avaient été classifiés infirmes moteurs cérébraux par des médecins qui s'étaient appuyés sur cette définition. Il faut rappeler que la notion d'infirmité motrice d'origine cérébrale n'était pas connue du grand public, et que bon nombre de maladies génétiques ou rares n'avaient pas encore été identifiées par les outils modernes d'investigation. Fort de cette image, et désireux de s'accrocher aux éléments positifs de cette *définition* « *infirmes moteurs, avec des capacités*

¹⁹ CF plan de la structure en annexe 4

²⁰ RABC : « Risk Analysis Biocontamination Control » C'est une méthode d'analyse des risques de contamination microbiologiques du linge afin de les maîtriser.

²¹ HACCP=Hazard Analysis Critical Control Point = Analyse des dangers - points critiques pour leur maîtrise. L'HACCP est un système qui identifie, évalue et maîtrise les dangers significatifs au regard de la sécurité des aliments (NF V 01-002).

cognitives et intellectuelles préservées » ; le conseil d'administration de l'association a décidé de créer un établissement pour adultes en s'appuyant sur des travaux et des visites d'établissements effectués en Europe du Nord. Une réflexion architecturale verra naître le foyer et son éclatement spatial qui s'avère aujourd'hui très peu adapté au handicap moteur. C'était une conception de l'accompagnement éducatif basé sur la normalisation, l'autonomie, l'intégration dans la cité à outrance. Le foyer Alice GIROU devait être le symbole de l'intégration du handicap dans le village, et dans la société. Dans cette optique avait été prévue une grande salle d'activités sportives, un laboratoire de développement de photographies, un petit embarcadère sur le canal pour permettre aux résidants de se promener en bateau, autant d'équipements pensés en relation avec la vision d'une déficience physique mais aussi de capacités intellectuelles préservées. De ce fait, les lieux de vie devaient être différenciés des lieux d'activités, les résidants étant invités à se rendre « au travail » comme tout un chacun. Pour ce faire, ils devaient donc sortir de leur logement, emprunter un chemin d'une centaine de mètres, avant d'accéder aux salles d'activités et ou de restauration. De même, ces chemins ne peuvent être protégés des intempéries, ou que partiellement, afin que chaque résidant puisse « jouir » des conditions climatiques, comme tout le monde. Le foyer Alice GIROU, pour permettre son intégration dans la cité, n'a aucun mur, aucune porte, aucun système permettant une délimitation qu'elle soit visuelle ou réelle. Cet environnement, proche de la forêt et le long d'un canal a été pensé pour des personnes ayant conscience d'un danger à sortir des lieux connus et balisés. Cette architecture, à plat, avait été réfléchi de manière intéressante pour tout ce qui était de l'accessibilité. Les portes et les fenêtres sont toutes suffisamment larges pour laisser passer fauteuils et lits douches. La dimension des chambres (une vingtaine de mètres carrés) était supérieure aux normes de l'époque. Un grand souci esthétique a été apporté dans le choix des matériaux (la brique, le ciment, les tuiles, etc.), parfois au détriment du côté pratique et de l'entretien. Le foyer a aujourd'hui 20 ans, et il commence à donner des signes de fatigue. L'équipe de direction doit actuellement faire face à de futurs travaux importants (remaniement de la toiture, système électrique obsolète, isolation défectueuse.)

Cependant, l'un des points positifs de cette implantation est sans nul doute sa possibilité d'extension. Il reste en effet près de 2 ha sur lesquels le foyer peut bâtir.

C'est donc un établissement résolument esthétique et qui se voulait « moderne et novateur » dans sa conception qui s'est ouvert en 1987, mais voyons à présent quels en furent les financements.

1.6.3 Le financement et la construction

À la construction, la structure a coûté environ 20 millions de francs. L'association n'ayant pas les moyens de faire face, seule, à ces dépenses, avait fait appel à la société d'Habitation à Loyers Modérés (Gironde habitat) pour participer aux frais, en échange de quoi cette société resterait propriétaire d'une partie du foyer dans le cadre d'un bail « emphytéotique²² » de 55 ans. Le contrat stipulait en outre que l'association louerait cette partie dont était propriétaire Gironde habitat. C'est la raison pour laquelle la partie hébergement, à savoir les trois ailes d'habitation où sont situés les studios des résidents²³ est loué par l'établissement. Ce choix entraîne quelques difficultés de gestion. Tout ce qui concerne l'entretien des bâtiments sur cette partie dépend en effet du locataire, mais les gros travaux du propriétaire. La subtilité est aujourd'hui de déterminer ensemble ce qui peut être considéré comme l'entretien courant ou des gros travaux, à l'horizon des 20 ans du foyer.

Pour comprendre en quoi les réponses éducatives apportées au foyer sont devenues inadaptées à une partie de la population, voyons à présent quel est le projet actuel de ce dernier

1.6.4 L'agrément et les extensions d'agréments.

Selon son agrément initial, en 1987 le « foyer de vie Alice GIROU » devait accueillir en internat complet 40 adultes « *infirmes moteurs cérébraux atteints d'une infirmité motrice consécutive à une lésion cérébrale non évolutive, où des infirmes moteurs dont l'infirmité est congénitale ou acquise, et peut relever d'affections neurologiques centrales ou périphériques ou être liée à des lésions de l'appareil locomoteur avec ou sans troubles associés, à partir de 20 ans* ». L'objet de la structure est alors « *le maintien des acquis cognitifs, éducatifs et physiques et, dans certains cas, l'accompagnement dans l'autonomie par le biais de nouveaux apprentissages* ». Ainsi, le foyer doit proposer un ensemble d'activités éducatives, ludiques et occupationnelles stimulantes pour répondre à ces deux principaux objectifs. De « foyer de vie », il s'est transformé en foyer « occupationnel » dès la fin 1988. Sa mission et son agrément restant les mêmes.

²² Le Bail emphytéotique (ou contrat d'emphytéose) est un bail immobilier de très longue durée qui confère au preneur un droit réel sur la chose donnée à bail. Le bail emphytéotique doit être consenti pour une durée comprise entre 18 et 99 ans ; il ne peut contenir aucune clause permettant un dénouement avant l'écoulement de cette durée de 18 ans

²³ C. F. plan joint en annexe 4.

En 2005, la direction du foyer, en accord avec le Conseil Général a créé 3 places d'accueil de jour (de 10 à 18h, 5 jours par semaine) et une place d'accueil temporaire. Cette dernière est ouverte à des personnes I.M.C. de plus de 20 ans, en internat pour un maximum de 3 mois/an, pris consécutivement ou non.

De fait, les résidants qui vivent au Foyer, peuvent présenter des handicaps mettant en cause : leur autonomie motrice, leurs capacités de communication, leur fonctionnement intellectuel, leur autonomie psychique.

Ces déficits sont souvent combinés et croisés, présents à divers degrés. Ainsi une personne peut ne disposer d'aucune autonomie motrice et présenter une déficience intellectuelle légère. A l'inverse, une autre personne peut associer un handicap moteur moindre avec un déficit intellectuel important. Toutefois, ils doivent présenter une capacité d'expression, de participation physique ou intellectuelle, des centres d'intérêts et une participation à la vie sociale en interne ou/et en externe. Du fait de l'architecture, ils doivent pouvoir se véhiculer seuls avec leurs fauteuils manuels ou électriques. Ils doivent également avoir une autonomie psychique suffisante pour ne pas se mettre en danger et être capable de faire appel à un tiers en cas de besoin. Bien évidemment, les admissions sont effectuées dans le respect des décisions prises jusqu'alors par la Commission Technique d'OrientatIon et de REclassement Professionnel (la CO.T.O.RE.P.) et remplacée depuis 2005 par la C.D.A.P.H. (Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées) de la M.D.P.H. (Maison Départementale des Personnes Handicapées).

1.6.5 Le financement :

Le financement du foyer Alice GIROU, ayant reçu l'agrément foyer occupationnel, dépend entièrement du conseil général de la Gironde. Le budget est alloué chaque année, sous forme de prix de journée qui s'élève aujourd'hui à 250€

1.6.6 Le projet d'établissement :

Réalisé en 2005, il a été écrit pour cinq ans en conformité avec les prescriptions de la loi 2002-2. Effectué en lien avec les équipes, en s'appuyant sur les propositions du Conseil de la Vie Sociale (C.V.S.), et en prenant en compte une évaluation de la pathologie et des besoins des résidants ainsi que de leurs désirs, ce dernier proposait deux axes :

1. la nécessaire réadaptation du projet initial à la population actuelle, consécutivement à l'arrivée de nouveaux résidants du fait du départ d'un tiers de la population pour un foyer d'accueil médicalisé créé par l'association en 2003.
2. L'anticipation des besoins d'une partie de la population, environ un tiers en 2005, qui dans les cinq années à venir aura plus de 50 ans, et pourra être de ce fait considérée comme « vieillissante ».

1.6.7 Caractérisation de la population accueillie :

Actuellement, le foyer accueil 44 personnes, hommes et femmes, dont 41 internes, un accueil temporaire et 2 femmes en accueils de jour. Le diagnostic ayant présidé à leur orientation est une I.M.C., toutefois il s'avère que la population accueillie est en réalité à 45% des I.M.O.C., plurihandicapés ou polyhandicapés. Elle est essentiellement masculine (25 hommes pour 18 femmes) et issue à 85% de la Gironde²⁴. Au premier janvier 2005, l'âge moyen de la population était de 38 ans et s'établira à 40 ans en 2009²⁵, le plus jeune a 21 ans et le plus âgé 54 ans. La durée moyenne de séjour actuellement est de 17 années. L'ancienneté des résidents au foyer est importante avec environs 60% de ces derniers qui sont au foyer depuis son ouverture. La tranche d'âge la plus représentative est actuellement les 30/40 ans (47,5%)²⁶. Nous constatons qu'en 2009²⁷, 10 résidents auront 50 ans et plus (un résident aura 57 ans et 2 autres auront 58 ans) et plus de 58% des résidents auront plus de 40 ans. C'est donc une population « vieillissante » qui est aujourd'hui accueillie au foyer.

Le résidents du foyer sont majoritairement en fauteuil roulant (près de 90%), du fait de leurs problèmes de spasticité et de manque de coordination ou de tonicité musculaire. Cela va aujourd'hui en s'accroissant du fait notamment de l'avancé en âge des résidents et l'ergothérapeute de l'institution note un accroissement objectif des commandes de matériel électrique (lit, fauteuil, potence et lève personne). Avec une forte hétérogénéité dans les capacités motrices, le foyer accueille majoritairement des personnes dépendantes dans les actes de « nursing » (toilettes, habillage, hygiène, etc..) Les résidents sont, pour ¼ d'entre eux dépendants pour prendre les repas (nous servons à ce jour 8 repas mixés et 10 repas hachés) et de nombreux régimes spécifiques sont mis en places sur recommandations médicales (hypocalorique, sans sel, sans matière grasse, allergies alimentaires, cholestérol, etc..) Près d'une personne sur deux est traitée pour des troubles urinaires et 75% souffrent potentiellement de problèmes d'éliminations (constipation majoritairement) ainsi que de problèmes d'épilepsie. Les résidents consomment beaucoup de médicaments (à ce jour, seul 2 résidents n'ont pas de traitement quotidien), que ce soit pour le transit intestinal, la circulation sanguine, la spasticité, la douleur, la dépression, le sommeil, etc.

²⁴ Seul 6 résidents viennent de départements limitrophes.

²⁵ CF tableau joint en annexe 5.

²⁶ CF tableau joint en annexe 6.

²⁷ CF tableau joint en annexe 7.

Nous objectivons actuellement trois personnes au premier stade de la maladie d'Alzheimer et avons à déplorer 4 personnes souffrant d'Accidents Vasculaires cérébraux (AVC).

L'étude effectuée tous les trois ans grâce à la grille AGGIR²⁸ nous permet d'évaluer la dépendance quotidienne des résidants. En effet, les problématiques peuvent ainsi être appréciées au regard de leurs degrés de dépendance à une tierce personne pour se lever, manger, boire, se laver, s'habiller, éliminer et se déplacer. Cependant, cette grille présente l'inconvénient de ne pas évaluer les capacités des sphères supérieures. Toutefois, bien qu'imparfait, cet outil²⁹ nous apprend que la majorité des résidants (25 personnes en 2006) du foyer sont classés en GIR 3, c'est-à-dire « *personnes ayant conservé leur autonomie mentale et partiellement leur autonomie locomotrice mais qui nécessite quotidiennement et plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle.* » De fait, ils n'assurent pas majoritairement leur hygiène tant anale qu'urinaire. Ils ne nécessitent pas une surveillance permanente et présentent majoritairement des capacités occupationnelles et psychologiques.

Autre élément marquant, en 2006, 7 résidants étaient classés en GIR 2, c'est-à-dire qu'ils « *n'assurent pas seul tout ou partie de l'hygiène, de l'élimination, de la toilette, de l'habillement, de l'alimentation et nécessitent une surveillance permanente et des actions d'aides répétitives de jour comme de nuit, ou, une permanence des interventions liées aux troubles du comportement ainsi qu'une aide ponctuelle mais fréquente pour certaines activités corporelles* ». Mais ce chiffre passera à 21 en 2010. Ces personnes présentent une grande dépendance physique et/ou un handicap mental profond avec parfois des troubles du comportement. Elles demandent une adaptation des activités proposées et nécessitent un accompagnement très proche et très constant.

Ainsi, s'il est vrai que les résidants du foyer Alice GIROU, à cause de leur dépendance physique, ont toujours nécessité un nombre important de professionnels pour procéder aux toilettes et aux accompagnements repas (actes techniques que nous appelons nursing), nous sommes aujourd'hui dans une situation d'inadéquation de l'agrément foyer occupationnel avec la réalité tangible de la population accueillie. Basée essentiellement sur le fait d'une autonomie psychique, totale et/ou partielle, sans réellement prendre en compte la réalité de la dépendance physique ou son évolution parfois rapide, l'orientation en foyer occupationnel pour les infirmes moteurs cérébraux pose un problème. Non

²⁸ A.G.G.I.R. : Autonomie Gérontologie Groupe Iso Ressource, la présentation des GIR est en annexe 8.

²⁹ CF tableau en annexe n° 9.

qu'elle ne soit justifiée par l'implication des résidants dans les différentes activités qui leur sont proposées, dans la participation à la vie de l'établissement (conseil de vie sociale, comité des résidants, réunion de maison etc.) mais, la prégnance du handicap fait sortir le taux d'encadrement des indicateurs de convergence nationaux.

L'avancée en âge mais aussi à l'évolution des handicaps mentaux et psychiques nous amène aujourd'hui à anticiper des risques nouveaux. Nous évaluons actuellement l'apparition des premiers signes de la maladie d'Alzheimer pour quelques résidants. Nous avons également accueilli, au gré des départs et arrivées des personnes souffrants de troubles mentaux, de troubles de l'orientation, mais dont les capacités physiques sont suffisantes pour qu'elles puissent sortir de l'enceinte l'établissement hors surveillance ce qui les expose à des risques patents. En 1987, l'association n'avait pas imaginé l'évolution de ces pathologies pour leurs enfants.

Malgré ces difficultés présentées, ce qui fait la force du foyer Alice GIROU, sa spécificité et l'image qu'il renvoie dans l'entourage, c'est la pluri-compétence qu'il a dû développer avec l'accompagnement technique et physique de la grande dépendance des infirmes moteurs cérébraux en plus de celui éducatif d'un foyer occupationnel traditionnel.

Ainsi les salariés ont dû et su s'adapter à l'évolution des pathologies des résidants du foyer. Nous allons donc à présent vous en présenter l'équipe d'intervention.

1.6.8 L'équipe d'intervention :

Le personnel du Foyer³⁰ est recruté en internat sur la base des dispositions de la Convention Collective du 15 mars 1966 (annexe 10) et un règlement intérieur définit les droits et les obligations de chacun (nouveau règlement A.G.I.M.C. mis en application le 01/09/2001). L'établissement étant ouvert 365 jours par an, 24/24, les salariés travaillent par roulement tous les jours, y compris des week-ends et jours fériés, de 7h00 à 23h00.

Il y avait au premier juin 2007, 48,11 Equivalents Temps Plein pour 52 personnes physiques. L'équipe « éducative » de 35 personnes est essentiellement féminine (8 hommes pour 27 femmes). Le plus jeune a 33 ans et la plus âgée 62. C'est donc une équipe « expérimentée » qui travaille aujourd'hui au foyer avec une moyenne d'âge de 46 ans pour les deux équipes. La majorité des salariés de l'équipe d'intervention ont une

³⁰ CF Tableau des effectifs et documents traitants du personnel en annexe 10.

ancienneté de plus de 15 ans et pour 76% d'entre eux, le foyer Alice GIROU est leur premier et seul employeur³¹.

L'équipe éducative qui travaille sur un roulement horaire de 12 semaines est répartie sur trois pavillons (trois ailes appelées EST, OUET et NORD). Chaque aile a une équipe identique de neuf personnes (3 AMP, 2 Aides Soignantes, 2 Moniteur-Educateurs et 1 éducateur coordinateur). Tous les professionnels d'intervention directe effectuent des tâches de « nursing », quelque soit leurs qualifications. L'animatrice socioculturelle est détachée des ailes et travaille sur un emploi du temps annualisé, en fonction des besoins et grandes animations de l'établissement.

Les 9 A.M.P. de l'institution sont essentiellement des femmes et des personnes qui ont effectué leur formation en contrat de professionnalisation au sein de l'institution. L'ancienneté de ces professionnels est importante avec une moyenne de 17 ans.

Puis nous comptons 6 moniteurs éducateurs (5 femmes pour un homme), qui ont pour mission complémentaire d'accompagner et d'encadrer les groupes de résidents dans le cadre des activités et sorties ainsi que la coordination d'équipe en cas d'absence de l'éducateur spécialisé. Ces dernières (ce ne sont que des femmes) sont soit d'anciennes M.E de l'institution (pour une des trois) soit des personnes recrutées à l'ouverture, avec donc une expérience évidente, mais aussi une forte ancienneté.

L'équipe d'intervention comprend aussi sept aides soignantes, ce qui n'est pas commun dans un établissement de type F.O. Celles-ci, bien qu'ayant un diplôme à orientation de soin sont plutôt inscrites dans des pratiques éducatives, du fait de l'histoire de l'établissement. Le foyer emploie également 2 infirmières pour 1,25 ETP, présentes 5 jours par semaine.

L'équipe « technique et service » est exclusivement issue de l'environnement proche du foyer, que ce soit les cuisiniers (toute la nourriture est effectuées sur place), la lingerie, le ménage ou l'entretien. Dans cette équipe, l'ancienneté est également importante et la féminisation dominante.

A) Un passé « idéalisé »

Historiquement, le foyer a toujours désiré ne pas faire de différenciation entre les catégories de professionnels de l'équipe dite « éducative ». À la création, en 1987, les pionniers avaient ouvert pour une première tranche de la structure, avec 15 résidents et six personnels de l'équipe éducative. La première particularité fut l'emploi de six

³¹ CF Tableaux en annexe 11

animateurs socioculturels. Ces animateurs socioculturels ne sont plus aujourd'hui qu'au nombre de 1, les autres étant partis et ayant été remplacés par des moniteurs éducateurs, l'équivalent indiciaire dans la grille de la Convention collectives 66. Si nous nous attachons ici à présenter l'historique, c'est que ce fonctionnement initial a encore aujourd'hui un impact sur la façon de travailler au foyer. Ce fut une période « glorieuse », où tout le monde faisait tout, tous portés par la même envie du don de sa personne pour une mission et une cause qu'ils jugeaient « noble ». Les directions successives, les embauches qui se sont réalisées au cours des ans, n'ont pas été contre cette conception communautaire du travail. « La bonne ambiance » et la paix sociale primait parfois sur le professionnalisme. Nous sommes, à l'arrivée de la nouvelle équipe de direction en 2001, dans une situation de refus de différenciation des professionnels, que ce soit par la fonction, le diplôme, ou les compétences. Une évolution importante a donc dû être réalisée, avec des exigences nouvelles en termes de différenciation des rôles et des fonctions, de professionnalisation, de mise en place de fiches de postes, des outils de la loi du 2 janvier 2002 ainsi que de la démarche qualité et l'auto évaluation.

1.7 POSITIONNEMENT DU PROBLEME.

1.7.1 Un établissement qui présente donc des atouts...

Le foyer dispose donc aujourd'hui d'indéniables atouts. Il est correctement doté en personnel avec un taux d'encadrement global de 1,17, soit l'équivalence d'un établissement médicalisé³². Il jouit d'un budget significatif de fonctionnement de près de trois millions d'euros, d'une section d'investissement positive et d'une trésorerie stable et excédentaire depuis cinq ans, grâce aux efforts de gestion mais également à l'implication des professionnels et à la renégociation des taux d'emprunts. Il a également une bonne image, tant auprès des organismes financeurs et des professionnels du secteur qui reconnaissent le « savoir faire » de la structure en terme d'accueil de personnes lourdement handicapées, que des familles et des résidents des autres structures ou associations, ainsi que de l'entourage immédiat du foyer (voisins et habitants de Lège). La politique de communication et d'ouverture voulue par l'association semble avoir correctement fonctionné et les relations avec les centres de formations pour professionnels qui envoient régulièrement de nombreux stagiaires tendent à montrer que le foyer est repéré dans l'environnement comme un lieu de travail sérieux. Ceci est

³² CF tableau « encadrement moyenne Nationale » en annexe 12

réellement le cas, grâce notamment à la très grande connaissance des professionnels de l'accompagnement dans le quotidien des I.M.C. et de la capacité d'adaptation de l'équipe à la régression de la population. Nous ne déplorons pas de problèmes d'escarres ou de fausses routes à ce jour grâce à la proximité et à la vigilance de l'équipe. Cette équipe est fortement diplômée et bien formée avec de nombreuses journées de formations en interne et en externe sur : la déglutition, la manutention, la douleur, la sexualité, le positionnement, la spasticité, etc... Le foyer est aujourd'hui réputé pour l'organisation de ses activités exceptionnelles et festives. En interne, l'établissement propose à ce jour pas loin de 35 activités ou ateliers différents pour 43 résidents. Nous nous appuyons également sur une équipe engagée et motivée, professionnelle et forte d'une éthique qui l'amène à « prendre soin » des résidents. Nous ne rencontrons pas de difficultés particulières en termes de climat social et la négociation et la communication (il existe trois syndicats différents au foyer, des représentants du personnel, un Comité d'Etablissement et un Comité Central d'Etablissement dans l'association) ont toujours permis de débloquer des situations de crises potentielles (changement horaires, modification d'emploi du temps, etc...). Les professionnels, dans leur grande majorité, ne comptent pas leur temps en cas de besoin et/ou de projet exceptionnel (fêtes, transferts, etc...)

1.7.2 ...Mais qui a aussi des faiblesses.

L'organisation du travail était initialement pensée dans le sens d'un Foyer Occupationnel (F.O.) Les professionnels recrutés, les compétences recherchées, les diplômes retenus pour travailler en foyer occupationnel doivent être en adéquation avec ce type de projet. Or, comme nous l'avons présenté précédemment, beaucoup de professionnels sont aujourd'hui issus du secteur sanitaire (sept aides-soignantes, deux infirmières). Un tiers du personnel éducatif en relation directe avec l'utilisateur sont des Aides Médico Psychologiques (A.M.P.) Cette évolution a suivi celle de l'accroissement des difficultés des résidents. On peut donc constater grâce à ces chiffres qu'une majorité de professionnels qui interviennent auprès des résidents sont spécialisés dans l'accompagnement direct de la dépendance physique et/ou médicale, ce qui accrédi-te le décalage qui existe aujourd'hui entre les besoins des résidents et le projet d'établissement initial.

A) L'aggravation des pathologies et l'inadéquation des moyens pour y répondre.

La tendance à l'aggravation de la pathologie non ou mal prise en compte augmente aujourd'hui la dépendance au quotidien des personnes et elle rend nécessaire une surveillance médicale avec parfois l'intervention quotidienne de professionnels spécialisés (par exemple : kinésithérapeutes pour de la kiné respiratoire, infirmière pour des soins

relevant de son rôle propre) mais prestataires. Ces prises en charge sont difficilement possibles à organiser dans le cadre des moyens en personnel impartis au foyer de vie. Certes, en l'absence d'infirmière ou même d'aide-soignante qui connaisse bien les résidents, notamment les week-ends et jours fériés, la surveillance médicale régulière et les soins, s'ils ne sont pas intensifs mais simplement constants, peuvent être assurés par le recours à des interventions extérieures. Mais il convient de remarquer le caractère spécifique de la prise en charge médicale de cette population qui échappe souvent aux indications thérapeutiques classiques de la médecine de ville, du fait de la complexité des atteintes de certains, de l'association des troubles et parfois de la difficulté pour les médecins libéraux d'établir un diagnostic. En outre, les médecins qui interviennent en libéral ne bénéficient que de peu d'informations régulières sur les aspects médicaux liés à cette population et relatives aux évolutions de la pathologie, ce qui peut parfois déboucher sur une « sur médicalisation », ou une reconduction mécanique des prescriptions. Avec le vieillissement de la population accueillie au foyer Alice GIROU, la question du suivi médical devient donc centrale pour bon nombre des résidents accueillis. En plus de l'involution des résidents, la structure elle aussi pose des problèmes.

B) Une architecture devenue inadaptée :

L'architecture de l'établissement voulue par les familles et le conseil d'administration de l'association allait dans le sens de l'intégration et de la normalisation. Les relations sociales devaient pouvoir se réaliser au sein du studio individualisé, une autonomie psychique et physique suffisante étant supposée pour que nul système de surveillance et ou d'appel ne soit anticipé. Une volonté était affichée de proposer aux résidents accueillis une organisation de vie proche de celle d'un établissement scolaire ou de type E.S.A.T³³ et basée essentiellement sur des temps d'activités qui devaient représenter la plus grande partie du temps d'occupation quotidien des résidents.

A l'époque, aucune salle de veille pour la nuit n'avait été pensée, pas d'infirmier, une très grande distance sépare le lieu de vie des lieux d'activités, la salle à manger commune faite pour accueillir les résidents est devenue inadaptée car très grande et trop bruyante. La conception architecturale a rendu le foyer Alice GIROU, peu à peu impropre, en l'état actuel des choses, à répondre à la mission qui lui est confiée par le conseil général et notamment pour les plus âgés d'entre eux. Aujourd'hui, la distance qui sépare les petits studios (secteur nuit) des salles d'activités ou du réfectoire est un élément freinant à la

³³ Etablissement et Service d'Aide par le Travail.

participation des usagers aux différents temps de vie commune ou d'ateliers. La fatigabilité des résidants, associée à l'accroissement des handicaps et au vieillissement d'une bonne partie, rend cette distance réellement trop contraignante et très peu adaptée. On peut dire qu'elle engendre une certaine forme de maltraitance institutionnelle. Mais ce danger n'existe pas seulement dans l'environnement, il est aussi présent dans une distorsion entre les pratiques et les besoins.

C) Des pratiques professionnelles qui ne se sont pas refondées :

Ces dernières sont basées sur une évaluation ancienne de la qualité du service à rendre à l'usager. Cette conception est basée sur la capacité des professionnels à encadrer, ou non, un atelier. Chaque encadrant direct propose ainsi un, deux voir trois ateliers et activités différents, parfois pour un seul résidant inscrit. Cette vision d'un projet d'établissement où l'essentiel de la pratique éducative ne consisterait qu'à proposer des activités occupationnelles pour des résidants relativement autonomes est en inadéquation avec la réalité. Nous observons que les professionnels ont une vision déformée de ce qu'ils appellent une certaine forme de « pratique éducative noble » qui ne passerait que par l'encadrement d'activités et d'ateliers, et une vision « moins noble » des tâches du quotidien à accomplir. La valorisation professionnelle ne passerait alors que par des encadrements d'activités narcissiquement plus valorisantes, quitte à ne pas réévaluer les difficultés des résidants qui y participent, ou l'inadaptation de ce qui est proposé avec ce qui est attendu par les usagers.

Ainsi, certains professionnels ont bâti leur image et leur identité, non pas sur la qualité de prestations dans les accompagnements du quotidien où sur la prévenance et la qualité d'écoute, mais plus encore sur leur encadrement d'atelier. Ces professionnels paraissent aujourd'hui en difficulté pour remettre en question leurs projets et leurs pratiques. Repenser, voir annuler un atelier est vécu comme une remise en question de leur image, de leur identité au sein du foyer.

La distance grandissante entre les moyens mis en œuvres, (humains, financiers et techniques), le projet du foyer et les besoins des résidants, est exacerbée pour la partie de la population de la structure, qui cumule le handicap avec la notion de vieillissement. En effet, ces derniers rencontrent des difficultés supplémentaires (complémentaires) du fait de leur vieillissement, mettant ainsi en exergue les manques et les distorsions que l'institution rencontre dans le cadre de leur accompagnement.

En résumé, pour ces derniers, non seulement nous pensons que l'institution n'est plus adaptée, donc sécurisante structurellement, mais les pratiques des professionnels, accentuées par un projet institutionnel initial en décalage, risquent d'entraîner de la « maltraitance passive ». Nous pensons aux contraintes organisationnelles et temporelles imposées à certains résidants faute de réflexions et d'analyses de leurs besoins et/ou

leurs envies différentes. Nous parlons enfin de la notion de « fatigue professionnelle » naissante du fait du décalage entre la réalité du quotidien vécu comme mortifère par certains professionnels et les projections idéalisées de ces derniers. Tous ces éléments sont des vecteurs négatifs d'une certaine forme de « maltraitance passive ».

D) Les premiers signes d'une maltraitance « en creux ».

Nous allons nous attacher à détailler ici des éléments qui nous amènent à penser que le foyer, le projet institutionnel et l'équipe peuvent engendrer des situations de « maltraitance en creux »³⁴ pour une partie de la population accueillie.

Du fait de notre agrément, les médecins des résidents sont des professionnels libéraux. Le risque de maltraitance consiste en une réponse médicale inadéquate de la personne, du fait de la méconnaissance de la spécificité de l'I.M.C.

L'une des difficultés de l'équipe est d'évaluer la part du « somatique³⁵ » dans la plainte et l'expression de la douleur des résidents. Si les salariés font effectuer des examens à la moindre plainte, le risque de maltraitance consiste là en une surmédicalisation ou à un refus de prendre en compte la réalité psychologique du résident. La dramatisation de petits maux quotidiens conduit à un surinvestissement du corps de la personne handicapée qui occulte toute la complexité de la personnalité de ce dernier.

A contrario, il arrive parfois que les équipes, sous couvert de « plainte somatique », n'entendent pas la réalité des souffrances de certains résidents. De ce fait, il y a alors un risque de passer à côté d'une réelle manifestation pathologique d'un problème physique, physiologique, qu'une absence de traitement peut rendre délicate.

Le manque de communication, le non passage d'information qui se produit parfois aboutit à des carences dans la prise en charge : les départs en famille des fins de semaine peuvent être occultés, des rendez-vous médicaux manqués. De même, le manque d'évaluation de l'importance des transmissions, la pauvreté du contenu de certains

³⁴ « Maltraitance en creux » dite passive, que M. Claude MEUNIER, directeur général adjoint de l'Association des Paralysés de France (A.P.F.), définit comme « *ce que nous ne favorisons pas en termes de qualité d'accompagnement et de soins* ». Citation extraite de du rapport de MM. Jean-Marc JUILHARD et Paul BLANC, Rapport de commission d'enquête n° 339 « *Maltraitance envers les personnes handicapées : briser la loi du silence* ». (2002-2003), déposé le 10 juin 2003.

³⁵ « *Ce dit de tout ce qui concerne le corps dans sa dimension physique, par opposition à sa dimension psychique* », Dictionnaire des noms communs et noms propres HACHETTE 2004, , Edition Hachette, Paris, 2003, page 1513 .

«cahiers de liaison », tout cela contribue à amoindrir la qualité de prestations proposées aux usagers. La banalisation du traitement de l'information peut ici entraîner une certaine forme de maltraitance puisque, les résidents parfois incapables d'exprimer leurs difficultés ou leur problème, sont complètement dépendants de la bonne transmission des données au sein de l'institution. Si les professionnels ne peuvent suppléer le résident dans cette communication, ils sont alors mis en défaut, en faute professionnelle.

Au cours d'une réunion d'équipe, certains éducateurs ont demandé une modification des activités proposées pour un résident qu'ils considèrent comme étant trop gros et trop lent. Ils ont décidé qu'elle ne ferait plus que des activités physiques, au détriment de son goût pour les arts plastiques et le théâtre. Si le désir d'intervention en terme de prévention est ici louable, la réponse peut être considérée comme excessive. Le risque de maltraitance consiste ici à ne pas prendre en considération ses capacités mais aussi ses désirs.

Nombreux sont les professionnels, anciens ou non, qui tutoient les résidents, ou leurs parlent en les infantilisant. Ils oublient alors que le résident auquel ils s'adressent peut être beaucoup plus âgé qu'eux et que, malgré son handicap, il n'est pas admissible de lui parler ainsi. En discutant avec eux, on se rend compte qu'ils sont persuadés de bien faire, et que pour eux ce tutoiement est considéré comme une forme de proximité, de sympathie. En fait, ils sont souvent assez décontenancés et parfois en difficulté pour rentrer en contact avec les résidents, ils se cachent alors derrière une banalisation, une familiarité de langage qui leur permet de recouvrer une certaine forme de prestance, et les aide à « franchir le pas » avec la personne handicapée. Le risque de maltraitance se situe alors dans la banalisation d'une attitude qui peut être condescendante et irrespectueuse.

Dans le cas des personnes présentant des handicaps lourds, l'abandon de l'idée même de stimulation engendre l'assistanat en ne prenant plus en compte la possibilité de maintien des acquis, voir, par le biais d'adaptations spécifiques, le développement de son autonomie. A l'inverse, continuer à chercher des activités et/ou des stimulations permettant une pseudo acquisition et optimisation des compétences chez des personnes qui sont sur le déclin et n'aspirent qu'au repos, ce qui est le cas notamment des personnes vieillissantes, cela peut être considéré comme de la maltraitance puisque l'encadrant ne prend plus en compte le désir et les capacités réelles du résident.

1.8 Conclusion de la première partie:

A l'issue de ce travail de diagnostic, il nous apparaît clairement, tant au niveau micro que macro environnemental, que la structure « Alice GIROU » ne correspond plus aux besoins d'une partie importante de la population accueillie, soit les personnes les plus dépendantes et âgées. Les dysfonctionnements constatés, les écarts, techniques et

architecturaux, mais aussi les pratiques professionnelles et les besoins repérés des résidents du foyer, attestent que les orientations initiales du projet sont altérées. Ceci porte gravement atteinte à la qualité du service à rendre aux usagers.

A ce stade de notre travail nous formulons l'hypothèse théorique selon laquelle la lutte contre la « maltraitance » et la recherche de la « bientraitance » passera par une remise en sens des pratiques professionnelles, une réorientation du projet d'établissement pour apporter des réponses spécifiques adaptées à la population accueillie.

Notre responsabilité de directeur est ici engagée et nous devons procéder à une nécessaire modification du projet institutionnel pour prendre en compte l'inadéquation qui existe aujourd'hui entre ce dernier et la population actuelle. Nous devons également proposer des outils pour lutter contre une certaine forme de maltraitance institutionnelle générée par le manque de prise en compte de l'évolution de la population.

Nous proposons donc de refonder, en équipe, le projet d'établissement, de créer de nouveaux outils et de manager une dynamique positive pour lutter contre la fatigue professionnelle. Nous présenterons également le projet de création d'une structure complémentaire de type Foyer d'Accueil Médicalisé pour répondre à la spécificité de la prise en charge des adultes I.M.C. vieillissants.

2 COMPRENDRE LA SPECIFICITE DES I.M.C. VIEILLISSANTS POUR PROMOUVOIR DES PRATIQUES « BIENTRAITANTES ».

Introduction de la deuxième partie.

De notre place de directeur, nous souhaitons affiner notre diagnostic et les hypothèses qui en découlent. Nous nous appuyons sur des éléments théoriques qui traiteront dans un premier temps de l'évolution de l'I.M.C. puis de ses spécificités face au vieillissement, dans un deuxième temps, nous nous pencherons sur la notion de maltraitance générée par l'institution ainsi que sur celle de la « bientraitance ». Enfin, nous étudierons la gestion managériale du changement de culture d'entreprise et des résistances à ce dernier. Tous ces éléments nous permettront de mieux appréhender les besoins de ces personnes afin d'orienter notre projet de direction.

2.1 LE VIEILLISSEMENT DES PERSONNES I.M.C.

Le grand public ne connaît pas les manifestations cliniques des maladies dégénératives du système nerveux central (telles les dégénérescences spino-cérébelleuses) ou de l'infirmité motrice cérébrale (I.M.C.). Devant un être agité de mouvements anormaux, désordonnés, contorsionnant ses membres, bavant parfois, il est difficile de penser que son intelligence est conservée et qu'il est capable d'acquisitions. Cependant, « *l'I.M.C. a, par définition, une intelligence normale* » (G. Tardieu), et la débilite constatée chez certains n'est qu'un handicap surajouté qui n'a pas nécessairement la même origine que l'atteinte motrice. Il est important de discerner ce qui, dans un handicap donné, confère à celui-ci un potentiel d'évolution ; ce potentiel est positif dans les cas d'I.M.C., où l'enfant va faire des progrès ; il est moins positif, voire franchement négatif, dans les atteintes dégénératives. Néanmoins, quelque-soit le tableau clinique du handicap présenté, une évolution inexorable due au vieillissement va venir majorer les difficultés de la personne. Il apparaît que cette évolution ne prenne pas le même temps pour faire sentir ses effets suivant le type de handicap. Nous allons donc nous attacher ici, afin de mieux comprendre la population de la structure qui nous a été confiée, à définir quelles sont les évolutions et difficultés générales puis spécifiques, due au vieillissement, que les adultes I.M.C. rencontreront au cours de leur existence.

2.1.1 Le temps de la vieillesse.

Il n'y a pas d'unicité de définition du vieillissement mais au-delà des constatations biologiques, les approches diverses mettent l'accent sur les notions d'évolution, de

transformation, de changement. « *Le vieillissement est habituellement décrit comme l'ensemble des changements inévitables, irréversibles, universellement constatés au cours du temps et qui ne s'expliquent pas par un état pathologique* »³⁶. Ce n'est pas en soi une maladie, mais une étape. Il sera d'autant plus difficile à appréhender pour une personne handicapée I.M.C. avec troubles associés, qui présente déjà des difficultés d'adaptation à la vie quotidienne...

Pour N. BREITENBACH, le mot «vieillesse » a un double sens : celui d'avancer dans le temps, et celui de s'affaiblir sous l'effet de l'âge. Mais, chez la personne handicapée physique et mentale qualifiée de vieillissante (comme celles accueillies dans les établissements de l'association), toute involution ne doit pas être interprétée comme un signe de vieillissement.

Le temps de la vieillesse (autre que sociale) même difficile à cerner précisément pourrait être caractérisé par des déficiences fonctionnelles sur le plan physiologique, un état de santé plus vulnérable, de nouvelles attitudes face à la vie, et généralement le désir d'une plus grande tranquillité. L'espérance de vie des personnes handicapées augmente sans cesse, parallèlement à celle de la population générale. Le nombre des personnes handicapées, approchant l'âge de 60 ans et le dépassant, croît pour diverses raisons : la vague démographique de l'après-guerre, et surtout les progrès de la médecine ou l'amélioration de la prise en charge de ces personnes. D'une façon générale, les personnes handicapées connaissent plus tôt que les autres un certain nombre de symptômes du vieillissement. L'allongement de l'espérance de vie s'accompagne donc de difficultés nouvelles quand l'âge est à l'origine de phénomènes de régression chez ces personnes. Attachons nous à déterminer ces difficultés nouvelles pour la population qui nous préoccupe aujourd'hui, et la spécificité du vieillissement des I.M.C.

2.1.2 Peut-on parler d'un vieillissement précoce chez les I.M.C. ?

En fait, nous constatons qu'un vieillissement précoce des personnes porteuses d'une ou de plusieurs déficiences congénitales n'est pas une donnée clairement vérifiée. Certaines études se sont attachées à développer l'idée d'une « spécificité du vieillissement des personnes handicapées ». Ce courant de pensée aboutira à la notion de « vieillissement précoce », argument fondamental des années 80, qui jouera un grand rôle dans la construction d'une différence. Ces données sont aujourd'hui controversées. Mme

³⁶ FORETTE F. Présidente de la Société Française de Gériatrie et de Gérontologie, citée par le Docteur D'AILLIERES B. dans *Handicap et Vieillesse*, Mémoire pour l'obtention du diplôme de Capacité de Gériatrie Faculté de Médecine d'Angers, 2001, p14.

CHAUVIN avance, dans son article³⁷ que cela ne serait « (qu') *une notion stratégique destinée à préserver les intérêts d'acteurs dans le champ du handicap* ». En tout état de cause, cette hypothèse d'une sénilité précoce n'est valide que pour certaines populations présentant des pathologies génétiques spécifiques (trisomie 21), certains syndromes d'arriération mentale profonde où certains phénomènes d'usures précoces particulières au handicap moteur, infirmes moteurs cérébraux notamment, le handicap qui ici nous intéresse.

Ainsi, si il n'y a pas de vieillissement précoce, ou du moins spécifique pour les personnes handicapées, des éléments d'analyse réalisés par le Dr GABBAÏ³⁸ semblent ici accréditer le fait qu'il existe bien une spécificité du vieillissement pour les I.M.C. Ce dernier précise que l'on peut considérer qu'un vieillissement précoce existe bien pour les personnes I.M.(O).C. à partir de 40 ans. Selon lui, avec l'âge, les hypertonies³⁹ s'accroissent, et avec l'aggravation des problèmes fonctionnels, apparaissent les douleurs chroniques, l'alimentation difficile, l'élocution entravée... La fatigue, la « sur stimulation », une kinésithérapie mal menée, la recherche du maintien d'une autonomie ont parfois des conséquences négatives. Toujours selon le Dr GABBAÏ, le problème central est celui d'une usure précoce de l'outil corporel : beaucoup de ces personnes ayant fait l'objet durant leur existence, de « rééducation sur stimulante » dans une visée d'acquisition de l'autonomie. Les personnes porteuses de déficience motrice d'origine cérébrale, ou d'infirmité motrice (I.M.O.C.) cumulent une série de troubles physiques représentant des atteintes diverses telles que : athétoses⁴⁰, spasticités⁴¹, tremblements... Ces personnes subissent des contraintes corporelles parfois importantes, dès le plus jeune âge avec des déformations articulaires et une grande difficulté à évoluer dans l'environnement. Au fil des années, les manifestations s'accroissent, s'amplifient. C'est toujours à cette période

³⁷ « *Personnes « handicapées âgées » et personnes « âgées handicapées » ? Sur la construction sociale d'une différence et ses effets* », article tiré de : ZRIBI G. et SARFATY J. (Sous la direction de), « *Le vieillissement des personnes handicapées mentales* », Éditions ENSP, Rennes, 198 pages, 2003, pages 13 à 44.

³⁸ GABBAÏ P., « *longévité est avancée en âge des personnes handicapées mentales et physiques* », Périodique gérontologie et société, Septembre 2004, N°110.

³⁹ L'hypertonie correspond à l'augmentation exagérée et permanente du tonus musculaire (tension musculaire) d'un muscle au repos.

⁴⁰ L'athétose se caractérise par des mouvements involontaires, lents, irréguliers, de petites amplitudes, ininterrompus, affectant tout particulièrement la tête, les membres et le cou.

⁴¹ Augmentation exagérée et permanente du tonus musculaire (tension musculaire) d'un muscle au repos.

de 40 ans, véritable charnière, qu'est notée une réduction des capacités fonctionnelles, une perte de « l'élan vital », mais aussi l'accentuation de troubles sensoriels et psychiatriques.

2.1.3 Les I.M.C. et leurs particularités.

Comme nous l'avons vu précédemment, il existe une spécificité du vieillissement chez I.M.C. Toutefois, il faut nuancer ces propos. Les études, bien que rares sur la population spécifique qui nous intéresse aujourd'hui et portées essentiellement par le docteur GABBAI, mettent en évidence les éléments suivants :

Tout d'abord, la gravité des déficiences, la précocité de leur apparition, leurs cumuls sont des facteurs qui accentuent les manifestations du vieillissement. Ensuite, entre 40 et 60 ans, les dégradations corporelles se confirment lentement mais sûrement, chez les valides comme chez les non valides. Enfin, il ne faut pas confondre vieillissement précoce et évolution de la pathologie ou inadaptation progressive de la personne à son environnement. Toute dégradation des facultés cognitives n'est pas synonyme de sénescence, il peut s'agir d'une phase de dépression où d'une involution pathologique. Parfois, des modifications dans l'environnement induisent ce phénomène, comme un changement de lieux de vie, des activités inadaptées, un besoin accru de repos, une négligence d'attention, etc. Elles résultent encore d'une évolution de la personne qui présente une réduction de ses capacités, une plus grande fatigabilité. Selon GERARD et HUYBRECHTS⁴² les infirmes moteurs cérébraux ont besoin de « *plus de calme, de quiétude, de tendresse, de proximité physique également* ». Les contacts sociaux et familiaux sont donc particulièrement importants et impactent fortement l'état de santé des I.M.C.

Pour résumer notre propos, une « usure » précoce de l'outil corporel, liée spécifiquement au handicap moteur qui nous concerne aujourd'hui, peut aussi s'expliquer par une éducation stimulante excessive et/ou inappropriée, une absorption de médicaments importante et trop longue, par des accidents de parcours physiques, par des positionnements spécifiques et antalgiques dus à l'infirmité motrice.

⁴² GERARD J. et HUYBRECHTS C., « *vieillir ensemble : comment le vieillissement se traduit-il chez la personne IMC pour son entourage?* », ligue d'aide aux infirmes moteurs cérébraux de la communauté française de Belgique, document de travail, 2000.

Après avoir présenté pourquoi il est possible de dire que l'adulte I.M.C. souffre bien d'une précocité du vieillissement de son état général, attachons nous à présent à en identifier les spécificités.

2.1.4 Les besoins induits par le vieillissement des personnes I.M.C.

La première observation que l'on peut réaliser au sein des établissements accueillants des I.M.C. est la grande nécessité de soin, de matériel et de présence humaine qu'engendre l'accroissement des handicaps dû à l'âge.

- Structurellement :

Les handicaps lourds générés par le vieillissement exigent une structure adaptée tant sur le plan fonctionnel qu'ergonomique. La montée en charge de la dépendance et l'apparition de maladies dégénératives telle que la maladie d'Alzheimer nécessitent la présence de personnel en nombre et qualification suffisante, de structures étudiées pour répondre aux contraintes de la dépendance des I.M.C. vieillissants. Le processus normal du vieillissement général s'accompagne d'une moindre capacité adaptative qui contribue à vulnérabiliser les personnes. On sait les effets délétères des changements de cadre de vie sur les personnes âgées. Les personnes handicapées partagent cette similitude de destin avec leurs pairs non handicapés. Les structures, et l'organisation qui en découle, doivent prendre en compte la double dimension sociale et médicale, répondre à la fois au vieillissement des adultes et à la spécificité du handicap des I.M.C.

- Médicalement :

Le positionnement permanent des IMC sur les fauteuils, la spasticité, l'hypotonicité⁴³ musculaire engendrent des troubles importants des fonctions fécales et urinaires, des problèmes de digestion, des fausses routes, etc.

L'évolution de leur handicap et le vieillissement accéléré de leurs fonctions neurologiques, aggravés parfois par de multiples crises d'épilepsies, ont des conséquences sur l'état physiologique général de ces personnes. La prise de médicaments et de traitements « lourds » pendant une période longue de leur vie a pour conséquence une dégradation rapide et précoce de leur état clinique global. Ces éléments engendrent alors une prise en charge physique et médicale adaptée et spécifique. Face aux processus du vieillissement, la prévention des « sur incapacités » est capitale. Il existe un effet cumulatif des troubles dégénératifs liés à l'âge avec les incapacités préexistantes. Les maladies chroniques invalidantes survenant lors du processus de vieillissement normal, viennent « ajouter de l'incapacité à l'incapacité ». Les atteintes sensorielles (audition, vision) touchent plus

⁴³ Diminution anormale du tonus musculaire.

massivement les personnes qui présentent des déficiences sévères ou profondes. Il existe là un « effet multiplicateur » de l'addition des déficiences et incapacités.

- Psychologiquement :

Souvent issus du circuit médico-social, les adultes I.M.C. sont des habitués des institutions et de leur fonctionnement. Rodés par l'enchaînement des « projets personnalisés », des « ateliers éducatifs et curatifs », des « séjours de ruptures » et autres outils de l'arsenal des professionnels du secteur, ces derniers ont une pratique consumériste et adaptée à l'univers institutionnel. De ce fait, nous pensons que l'accompagnement proposé dans les structures du social est essentiel, on peut même se poser la question du « sur handicap » que l'institution peut générer en avançant plutôt qu'en suppléant les besoins et les désirs de ces personnes I.M.C. vieillissantes.

Les troubles mentaux sont la plupart du temps largement sous-diagnostiqués chez les personnes handicapées vieillissantes. L'expression de ces troubles mentaux subit, avec le vieillissement, des modifications : certains troubles s'érodent, prennent des masques dépressifs ou démentiels, les symptômes initiaux s'appauvrissent, rendant difficile parfois le diagnostic même pour des équipes expérimentées. Les maladies mentales chez les personnes handicapées âgées sont fréquentes. Des manifestations et plaintes hypocondriaques peuvent masquer une authentique dépression. Celles-ci par ailleurs présentent un risque très élevé de développer une démence de type Alzheimer. La prévalence estimée par les différents auteurs varie de manière sensible, mais tous font état d'un taux de prévalence exceptionnellement élevé⁴⁴, qui croît avec l'âge. Selon le Dr GABBAI, le moindre incident survenant dans l'avancée en âge peut entraîner une véritable réaction en chaîne, aboutissant à un effondrement rapide et précoce des acquis : la perte d'un acquis et vécu d'une façon dramatique, des éléments dépressifs, d'échec, de dévalorisation aggravent la régression. *« Ces « catastrophes » sont d'observation courante dès l'âge de 30 ans, l'adaptation nouvelle aux limites soudain plus aiguës est rendue très difficile, car elle est en opposition avec la visée normative qui a marqué les résidents et leur entourage tout au long de leur vie. »*

- Relationnellement.

Les relations que ces populations entretiennent au sein de leur établissement évoluent et ont une intensité et des contenus différents. Parfois caractérisés par un repli et un « détachement » du monde qui les entoure, les adultes handicapés vieillissants semblent paradoxalement attacher beaucoup d'importance aux relations entretenues avec leur

⁴⁴ VISSER F., « Utilisation de l'EEG pour détecter la maladie d'Alzheimer dans la trisomie 21 », Alzheimer Actualités, 121, 8-11, 1997.

entourage familial. On peut alors constater que la question du lien est réactivée à cette période particulière de la vie qu'est « l'entrée dans la vieillesse. »

La notion de lien est également à analyser sous l'angle des relations intergénérationnelles qui existent au sein des institutions. En 2000, la Fondation de France, dans son étude « *Les accompagner jusqu'au bout du chemin*⁴⁵ », a pu constater dans plusieurs établissements enquêtés, jusqu'à deux générations d'écart. En effet, l'âge d'admission dans les établissements pour adultes est de 20 ans. Ces jeunes adultes côtoient quotidiennement des personnes de 50 ans et plus et cela est aussi le cas au foyer Alice GIROU. Souvent, les échanges sont riches, les aînés peuvent être stimulés par un entourage plus actif. Cependant, nous constatons que cette cohabitation peut être difficile. Les plus jeunes ne comprennent pas les hésitations que les personnes les plus âgées peuvent marquer, la lenteur de leur cheminement tant intellectuel que moteur. Ils sont parfois intolérants et même « brusques » quand, par exemple, ils bousculent une personne plus âgée qui gêne leur passage ou qui ne répond pas à leurs sollicitations⁴⁶... Inversement, les plus jeunes sont souvent rejetés lorsqu'un groupe de personnes plus âgées est perturbé par leur présence et leurs démonstrations parfois excessives et bruyantes... (Lors des repas, au salon, en activité ou sortie).

Ces différences concernant les âges et les capacités témoignent globalement de divergences de rythmes et de modes de vie.

Pour les personnes les plus âgées, de plus en plus dépendantes, il faut développer une prise en charge personnalisée renforcée permettant d'accompagner jusqu'à la fin de la vie; alors que pour les plus jeunes et dynamiques, il importe de leur proposer un projet de vie à long terme plus actif. Les jeunes adultes ont une plus grande vitalité et sont souvent demandeurs d'activités qui « bougent » (apprentissage, sports, compétitions, soirées dansantes, sorties nocturnes...). Leur répondre de façon insatisfaisante à ce besoin d'animations et de loisirs est alors source d'ennui et de régression et/ou d'expressions d'agressivité.

Ainsi, dans le cadre du vieillissement des I.M.C. et à la lumière des éléments que nous avons précisé ci-dessus, cette présentation de la spécificité des I.M.C. vieillissants met en exergue la nécessité d'une prise en charge différente et adaptée. Nous objectivons ainsi

⁴⁵ Collectif, « *Les accompagner jusqu'au bout du chemin* », *l'accueil des personnes handicapées mentales vieillissantes* », Rennes, Fondation de France, Éditions de l'E.N.S.P., 2000, 187 pages.

⁴⁶ En Gironde, dans 93% des établissements interrogés, la prise en charge des populations d'âges différents pose des problèmes aux équipes (Schéma départemental 2007, page 108)

que les besoins fondamentaux⁴⁷ de ces résidents, même si ils ne sont pas différents de ceux de l'ensemble des adultes accueillis au sein du foyer, s'expriment différemment et que l'importance des soins médicaux est exacerbée.

De plus, se pose le problème de la formation des professionnels intervenants auprès de ces catégories d'âges et qui ne maîtrisent pas simultanément les connaissances rattachées aux besoins spécifiques des personnes vieillissantes et âgées (domaine de la gérontologie) et celles des pratiques éducatives. En effet, les équipes éducatives ont été formées à trouver le sens de leur travail dans la dynamique de la progression et de l'acquisition de compétences. La confrontation avec le vieillissement et la mort est alors difficile car le personnel éducatif ne reconnaît pas toujours sa mission dans les actions d'accompagnement spécifique aux personnes vieillissantes et âgées.

L'accompagnement de ces personnes en situation de grande vulnérabilité est vecteur de risques pour les personnes qui les accompagnent au quotidien. Ainsi, les soins répétitifs, les phénomènes de régression, peuvent conduire à une perte de sens du travail effectué. Cette érosion du sens peut alors entraîner des attitudes professionnelles inadéquates, voir maltraitantes. En notre qualité de directeur il est essentiel de comprendre les enjeux liés à cette problématique qui risque d'attenter à l'intégrité physique et psychologique des usagers. Ceci nous amène donc à présent à analyser les notions de « maltraitance » et de « bientraitance ».

2.2 IDENTIFIER LA MALTRAITANCE POUR TENDRE VERS LA BIEN-TRAITANCE.

2.2.1 Des notions aux contours encore flous.

Le mot maltraitance a une histoire encore récente et le phénomène fait l'objet aux niveaux national et international de nombreuses descriptions et analyses, mais sa définition n'est pas stabilisée, tant il est difficile de rendre compte objectivement des ressentis et des situations de souffrance individuelle, voire intime, de la personne âgée ou handicapée dépendante d'une autre personne dans les actes de la vie quotidienne. Ce néologisme qui vient des pays anglo-saxons et qui est lié, à l'origine, à la prise de conscience des abus sexuels sur enfants coexiste avec la notion ancienne de protection contre les dangers qui menacent l'enfance. Le code civil fixe les règles de protection en matière de santé, de sécurité et de moralité ; le code de l'action sociale et des familles (CASF) vise

⁴⁷ En référence à la pyramide de MASLOW présentée en annexe 13.

les cas de mauvais traitements. Il n'existe pas de définition juridique et légale de la maltraitance, les notions de violence, d'abus et de négligences sont tour à tour sollicitées pour rendre compte d'un phénomène où l'intimité d'une personne est mise à nue par une autre personne et/ou une institution. La prise de conscience de la maltraitance envers les personnes dépendantes et/ou handicapées est relativement récente avec notamment l'affaire des disparues de l'Yonne. D'une manière générale, si la notion de maltraitance est apparue à la fin du XIXème siècle, elle n'était alors associée qu'au concept d'enfance en danger, voire du traitement de la délinquance. Les politiques de prévention de la maltraitance des enfants s'inscrivent dans une démarche de prévention et d'information depuis 1980. La loi du 10 juillet 1989 relative à la prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs et à la protection de l'enfance utilise pour la première fois le terme « maltraitance » à l'égard des enfants.

Le noyau dur de la maltraitance, c'est à dire l'ensemble des actes susceptibles d'être condamnés en droit pénal, peut être défini comme des actes de violence envers des personnes vulnérables. En 1992, le Conseil de l'Europe retenait 7 formes de maltraitance : les violences physiques, les violences psychiques et morales, les violences matérielles ou financières, les violences médicales ou médicamenteuses, les négligences actives, les négligences passives et la privation ou la violation des droits.

Ainsi, il nous apparaît que la première difficulté est de réaliser une définition de ce terme qui soit la plus exhaustive possible.

Le contrôle de la mise en œuvre du dispositif de lutte contre la maltraitance dans les établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) a été inscrit au programme annuel de travail de l'I.G.A.S. (Inspection Générale des Affaires Sociales) pour 2005, par le biais du contrôle thématique des services déconcentrés et suite à l'impulsion de la loi 2002-2.

Dans le cadre de son rapport de synthèse⁴⁸, l'I.G.A.S. a donc retenu une définition large, qui recouvre à la fois la maltraitance individuelle (actes des professionnels ou des intervenants extérieurs à l'égard des résidents, et des résidents entre eux) et la maltraitance institutionnelle. Le rapport « Violence et Santé », rédigé en application de la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004, a choisi une définition de la « violence envers les personnes âgées et les personnes handicapées », soit « le fait d'agir ou de s'abstenir d'agir sur quelqu'un, ou de la faire agir contre sa volonté en employant la force ou l'intimidation, et entraînant ou risquant d'entraîner un préjudice

⁴⁸ BAS-THERON F. et BRANCHU C., « Rapport de synthèse de l'I.G.A.S. », N° 2005 179, Mars 2006, 97 pages.

physique ou psychologique ». (Mars 2005). Toutefois, donner une définition unique est compliqué et reste approximatif car la maltraitance recouvre des réalités différentes. Selon le rapport BLANC⁴⁹, le ministère se reconnaît très largement dans les définitions de la maltraitance établies par le Conseil de l'Europe : « *Tout acte ou omission qui a pour effet de porter gravement atteinte, que ce soit de manière volontaire ou involontaire, aux droits fondamentaux, aux libertés civiles, à l'intégrité corporelle, à la dignité ou au bien être général d'une personne vulnérable, y compris les relations sexuelles ou les opérations financières auxquelles elle ne consent ou ne peut consentir valablement, ou qui visent délibérément à l'exploiter. L'abus peut résulter de la cruauté individuelle, d'une mauvaise prise en charge ou de l'indifférence de la société.* »⁵⁰. Ainsi, nous sommes amenés à procéder à une première distinction d'ordre très général :

« - **la négligence**, qui se définit par le défaut de subvenir aux besoins psychiques, psychologiques, affectifs ou spirituels d'une personne : elle peut être passive, comme dans le cas d'une non-intervention par manque de connaissance, ou active, ce qui survient plus rarement, comme dans le cas d'un refus d'assistance ;

L'abus ou la maltraitance active, qui se caractérise par l'administration volontaire et de façon active de contraintes causant du mal sur le plan psychique, psychologique ou sexuel, ou du tort sur le plan financier. ⁵¹ »

Pour aller plus loin encore dans les distinctions et la recherche de définitions, attardons nous à présent sur la différence entre la violence et l'abus.

L'université de Montréal propose une classification simple des abus ou maltraitance découlant des lois et des recherches en gérontologie du CANADA⁵².

A) Définition de la violence :

« *La violence se caractérise par tout acte ou omission commis par une personne (ou un groupe) s'il porte atteinte à la vie, à l'intégrité corporelle ou physique ou à la liberté d'une autre personne (ou d'un autre groupe) ou compromet gravement le développement de la personnalité et / ou nuit à sa sécurité financière.* » (Commission

⁴⁹ MM. Jean-Marc JUILHARD et Paul BLANC, Rapport de commission d'enquête n° 339 « *Maltraitance envers les personnes handicapées : briser la loi du silence* ». (2002-2003), déposé le 10 juin 2003

⁵⁰ Conseil de l'Europe - Protection des adultes et des enfants handicapés contre les abus. Août 02.

⁵¹ Extrait du rapport de MM. Jean-Marc JUILHARD et Paul BLANC, *Op.Cit.*, page 18.

⁵² Définition disponible sur le site « <http://www.fep.umontreal.ca/violence/abus.html> »

européenne. Citée dans rapport du Professeur Debout *Prévenir la maltraitance envers les personnes âgées*, janvier 2002)

B) Définition d'un abus :

« Acte commis ou omis souvent par une personne en relation de confiance qui résulte en une blessure ou un tort pour la personne âgée »

Nous pouvons donner à titre d'exemple : Traiter la personne âgée comme un enfant, proférer des menaces verbales à son endroit, contrôler ses rencontres, ses sorties, mais aussi la loger dans une chambre trop petite, ou encore prendre des décisions à sa place et même ne pas respecter son intimité lors des toilettes.

Après cette nécessaire définition des termes, il y aurait donc plusieurs formes de maltraitance.

2.2.2 Les maltraitances actives et passives :

La multitude des définitions de la maltraitance n'est que le reflet d'une réalité difficile à appréhender : on le verra, la maltraitance peut être intentionnelle ou au contraire résulter de négligences, voire de maladresses. La maltraitance commence souvent par des faits apparemment anodins.

En effet, il est rare que la maltraitance se traduise par des faits ou des actes particulièrement graves et spectaculaires. Celle-ci est d'autant plus complexe que *« la maltraitance correspond souvent à une succession de petits actes qui, réunis, créent les conditions de l'isolement et de la souffrance des personnes handicapées ⁵³ »*. Dans le souci de rendre plus claire l'analyse, il faut faire la distinction entre deux grandes formes de maltraitance : la maltraitance active, c'est-à-dire intentionnelle, et la maltraitance passive ou « en creux ».

Le *Livre blanc* de l'UNAPEI⁵⁴ a tenté de faire cette distinction entre ces deux formes de maltraitances :

« À chaque fois, lors de la recherche de la définition la plus précise et utilisable, se pose la question des critères (ce qui est maltraitance de ce qui ne l'est pas), du seuil (la limite en deçà de laquelle il ne s'agit pas de maltraitance), de l'intentionnalité (on ne prendrait en compte que les maltraitances volontaires, avec volonté de nuire ou de négliger), des effets sur la personne de toute attitude même involontaire mais qui aurait des effets

⁵³ Jean-Marc JUILHARD et Paul BLANC, Rapport de commission d'enquête n° 339, *Op .Cit .*

⁵⁴ UNAPEI, Collectif, *« Livre blanc, maltraitance des personnes handicapées mentales dans la famille, les institutions, la société. Prévenir, repérer, agir. »*, Éditeur UNAPEI, 72 pages, 2000.

négatifs à plus ou moins brève échéance... « Il en va ainsi, par exemple, des fautes professionnelles (erreurs ou incompétences) ou des dysfonctionnements institutionnels qui, s'ils génèrent de la souffrance, ne peuvent être assimilés à de la maltraitance. » De même, si l'on considère comme maltraitance toute forme de contrainte, on serait amené à incriminer aussi la volonté d'éducation, qui, effectivement, est forcément contraignante, que ce soit au sein de la famille ou dans l'institution. « Autre point de discussion repéré dans la société, la variabilité culturelle des seuils de tolérance quant aux violences dites légitimes, acceptables, voire « bénéfiques » (punitions, privations, données avec un objectif éducatif) ». Donc la maltraitance peut être involontaire, passive, elle peut être induite par un « disfonctionnement institutionnel », ou une négligence de salarié.

La politique de prévention et de lutte contre la maltraitance a été mise en œuvre autour de cinq principaux axes : Lutter contre les violences en institutions, développer le dispositif d'écoute et de traitement des signalements de situations de maltraitance, mettre en place une structure d'appui mais l'un des éléments phare de cette politique, c'est la « promotion de la bientraitance des personnes ». Ce néologisme fait alors écho dans notre recherche de compréhension de ce qu'est la maltraitance et des réponses à y apporter.

2.2.3 Apparition de la notion de « bientraitance ».

« Il faut que les sanctions soient automatiques pour les auteurs d'actes de maltraitance avérés », avait souligné le ministre délégué aux Personnes âgées et aux Personnes handicapées, M. BAS. Le préfet pourra demander la fermeture immédiate de l'établissement incriminé et les auteurs de maltraitements seront mis à pied. « Une véritable culture de la bientraitance [...], c'est un enjeu essentiel pour notre société : tout simplement celui du respect et du bien-être des personnes âgées et des personnes handicapées⁵⁵ ».

Mettre en œuvre une culture de la bientraitance, cela signifie sans doute qu'il faut accompagner et faciliter tous les actes professionnels et bénévoles visant à rendre la vie des résidents accueillis plus agréable, participative et citoyenne. *« Il s'agit de mener ou de soutenir des actions à moyen et long termes visant à modifier le regard porté sur les personnes vulnérables et à améliorer leurs conditions de vie à domicile ou en institution.*

⁵⁶ » La lutte contre la maltraitance et la mise en place de politiques de bientraitance constituent les deux volets d'une même action publique ayant chacun leur propre logique.

⁵⁵ Philippe BAS

⁵⁶ Article du site social du gouvernement : « http://www.social.gouv.fr/article.php3?id_article=961 »

La bientraitance peut répondre aux réticences qui s'expriment parfois parmi les professionnels ou les élus, mais elle ne peut pas se substituer à la lutte contre la maltraitance. Le risque d'actes individuels de maltraitance en institutions peut et doit être limité, circonscrit par une politique de bientraitance, mais ce risque, lié à des comportements individuels, ne peut disparaître complètement; les acteurs doivent constamment reconnaître l'existence de ce risque pour rester vigilants.

En Gironde par exemple, l'action conjointe menée par la D.D.A.S.S. et l'IME d'Eysines souligne l'importance que les résidants accordent à la violence même du mot maltraitance, qui rappelle un interdit absolu et la souffrance de la personne dépendante, victime méritant considération et réparation réelle ou symbolique. Ces observations faites, la bientraitance devient une voie propre qui n'est pas seulement une politique de prévention de la maltraitance mais un accompagnement humain des personnes vulnérables. Elle comprend mais ne se réduit pas à la recherche de la meilleure qualité des soins et à la reconnaissance des droits spécifiques des personnes vivant en établissements.

2.2.4 La violence institutionnelle.

Enfin, selon STANISLAS TOMKIEWICZ, il existe une forme de « violence institutionnelle ». Un acte de maltraitance peut rester un acte isolé, individuel si l'institution réagit rapidement et de manière proportionnée pour y mettre fin et éviter que l'acte ne se reproduise. La maltraitance individuelle en institution peut viser des actes commis par les usagers entre eux, ou par des professionnels ou par des intervenants extérieurs à l'égard des usagers. La maltraitance est qualifiée d'institutionnelle si l'institution laisse les faits perdurer ou se reproduire sans réagir ou si elle adopte une réaction inappropriée qui place de fait ou délibérément l'intérêt de l'institution et de ses membres au dessus de celui de la victime. La notion de maltraitance institutionnelle s'ajoute à celle de maltraitance individuelle; elle ne dilue pas les responsabilités individuelles mais souligne les responsabilités propres de l'institution dont la raison d'être est la protection des personnes accueillies⁵⁷. L'environnement inadapté, l'architecture, l'admission ou le maintien de personnes dépendantes dans un établissement impropre à les recevoir peut également devenir un objet de maltraitance institutionnelle. En effet une architecture non

⁵⁷ STANISLAS TOMKIEWICZ, « *Aimer mal, châtier bien. Enquête sur les violences dans les institutions pour enfants et adolescents* ». Paris, Seuil, 1991

ou mal adaptée, en obligeant les résidents à sortir de leur logement pour pouvoir aller manger, en leur imposant de se déplacer dans des environnements non couverts ou protégés des intempéries, peut être assimilé à une forme passive de maltraitance. L'ensemble des écrits traitant de l'architecture de structures pour personnes lourdement dépendantes sont tous unanimes pour dire la nécessité de protéger les usagers des intempéries, l'importance de proposer des lieux pour déambuler sans se mettre en danger. Le placement inadapté peut également avoir pour conséquence l'accueil de populations hétérogènes dans un établissement et être à l'origine de difficultés de fonctionnement.

L'examen du champ théorique et conceptuel de la maltraitance que nous venons de réaliser accrédite les hypothèses de notre première partie. En effet, après avoir objectivé les besoins spécifiques des I.M.C. vieillissants, on constate que l'offre de service n'est plus adaptée à cette population particulière, entraînant de fait certaines formes de maltraitance. Cela induit un nécessaire changement que nous nous proposons d'explicitier à ce stade de notre propos.

2.3 PROMOUVOIR UNE DYNAMIQUE DE CHANGEMENT POUR PREVENIR LA MALTRAITANCE.

Il est donc nécessaire de mobiliser l'équipe autour d'un projet d'établissement nouveau qui rétablira une adéquation entre les besoins des résidents bénéficiaires et l'offre de service. Là est le challenge et la mise en œuvre de ce projet nécessite un management participatif, vecteur d'une dynamique institutionnelle. La dynamique du changement n'est pas simple à instaurer et il ne suffit pas de la vouloir pour la mettre en œuvre au sein d'une organisation telle que l'institution Alice GIROU. C'est la raison pour laquelle nous allons nous attacher dans cette troisième partie à définir ce qu'est le changement, d'une manière générale puis les intérêts du changement et enfin les contraintes de la résistance liées à ce phénomène. Toutes ces connaissances nous permettront ainsi d'appréhender les éléments nécessaires à la mise en place d'une stratégie pour accompagner le changement au sein de la structure.

Le changement organisationnel est l'un des thèmes prépondérants de la littérature managériale, qu'elle soit académique ou professionnelle. Toutes les organisations sont un jour confrontées à l'impérieuse nécessité de changer : le changement s'impose à elles. Dès lors, ce n'est pas le fait de changer qui pose problème au directeur mais la manière de le faire. Mais établir le lien entre les volontés de changement et leur mise en œuvre n'est pas toujours facile. Le changement ne fait pas forcément l'unanimité car il symbolise tout aussi bien le progrès que le risque de perdre un existant connu. Il ne faut donc pas oublier qu'au cœur de la structure se trouvent les salariés, avec leurs capacités d'adaptation, mais également de résistance.

Nous allons tout d'abord tenter de donner une définition au terme de changement.

2.3.1 Définition du terme « changement » :

On peut définir le changement comme toute modification d'un état quelconque à un autre, qui est observé dans l'environnement et qui a un caractère relativement durable. Le processus de changement correspond tantôt à une transformation, à une modification, à une innovation, etc. ainsi se profile le problème de la capacité d'adaptation, de résistance, d'ouverture à ce qui est nouveau. Tous ces éléments, en termes de processus marquent l'idée d'un état nouveau, l'événement est ce qui est advenu et qui fait « *qu'après ce n'est plus comme avant* ».

2.3.2 Le changement selon l'approche systémique.

L'approche systémique est un modèle d'un niveau d'abstraction assez élevé, qui nous permet d'utiliser la même grille pour la lecture d'éléments d'ordre de grandeur très éloignés mais interdépendants, comme un individu, une famille, un groupe ou une organisation, dans l'ordre des relations intra- et intersubjectives. Cette approche est ici justifiée pour l'analyse de l'institution « foyer Alice GIROU ».

Le système se définit comme un ensemble plus ou moins complexe de parties qui sont en interaction entre elles, lequel ensemble est en contact avec un environnement qui l'influence et qui subit lui-aussi une influence en retour. Il tend vers un but (téléologie). Les sous-systèmes font partie intégrante du système, tout en étant des entités en soi. Le système lui-même est un sous-système dans un système plus vaste, ou méta-système. Les sous-systèmes étant en interaction, ils s'influencent mutuellement et vont influencer tout le système. Le modèle systémique est un modèle dynamique⁵⁸. Les liens systémiques sont les relations entre les sous-systèmes et le système, entre le système et son environnement proche ou lointain.

S'intéresser au changement, à la lumière de l'analyse systémique, nous oblige à voir une situation comme une mosaïque complexe d'éléments en interdépendance les uns avec les autres, et non comme des pièces isolées à manier séparément. L'ensemble n'est pas la somme ou l'addition des différents éléments entre eux, mais les interactions

⁵⁸ CF Représentation symbolique d'un système en annexe 14.

respectives. En reprenant la définition de Kurt LEWIN⁵⁹, le processus de changement se caractérise par trois étapes distinctes :

- la décristallisation ou dégel
- le mouvement
- la recristallisation ou regel

La décristallisation : se dit de la période où l'équipe (le système ici analysé) commence à remettre en question, volontairement ou non, ses perceptions, ses habitudes ou ses comportements. C'est la phase dans laquelle nous nous trouvons aujourd'hui, amenée par une analyse des écarts réalisée dans notre première partie. L'équipe songe alors à explorer d'autres alternatives, ou encore elle accepte que ses façons de faire doivent être abandonnées au profit d'autres. Ce moment est en général accompagné d'insécurité et d'anxiété, car le système accepte de se départir de ses points de repères familiers, avec lesquels il a déjà acquis une certaine habileté, pour en adopter d'autres encore, peu ou mal connus, et avec lesquels cela risque d'être inconfortable de travailler, dans un premier temps. C'est le moment où le système (l'équipe et le fonctionnement institutionnel) quitte les sentiers connus pour aller à l'aventure, sans en connaître les issues réelles. C'est sacrifier une bonne part des avantages acquis au profit d'autres avantages anticipés.

Le mouvement : constitue la phase du processus au cours duquel le système modifie sa manière de concevoir la réalité, et tente de se rapprocher vers une nouvelle conception de cette réalité. C'est le moment où le processus sera plus ou moins perméable à de nouveaux modes de comportement, à des nouvelles possibilités et à d'autres attitudes. C'est à ce moment également que se déclarent toutes les résistances au changement que nous verrons dans un deuxième temps.

La recristallisation : est la phase d'intégration. Ce terme signifie une harmonisation à l'intérieur du système, c'est-à-dire la mise en accord des caractéristiques de la nouvelle attitude ou conception, avec celles des sous-systèmes : le but étant d'éliminer les sources de conflit et de dissonance, d'assurer la cohésion interne du système. C'est là l'objectif du directeur et pour ce faire, il faudra manager le changement en s'appuyant sur la connaissance théorique de ce dernier et une connaissance pratique de l'institution et de ses équipes.

Mais pour mener à bien ce changement, il nous faut être tout d'abord conscient qu'aucun modèle de management, de leadership, de prise de décision n'est efficace de manière

⁵⁹ Kurt LEWIN, "*Resolving Social Conflicts*", A.P.A., New-York, Editions Harper, 1968, 422 pages.

universelle. Michel CROZIER et Erhard FRIEDBERG⁶⁰ attirent l'attention sur la relativité des outils et concepts souvent utilisés pour faire un diagnostic, ceux-ci renvoyant trop souvent à la « micro culture » du décideur, alors que tout repose justement sur un bon diagnostic, et sur la nécessité de connaissance des systèmes.

La théorie de la contingence de FIEDLER⁶¹ en 1967 montre que le comportement n'est pas bon en soi. Ce qui est important c'est qu'il soit adapté au contexte. Il serait donc utopique de penser appliquer ici une « recette managériale » pré construite pour accompagner le changement. Toutefois, s'appuyer sur des théories nous permettra de créer notre propre approche de ce problème. Ainsi, le premier travail a été de déterminer l'environnement du foyer, sa population, ses contraintes, etc... Ensuite, ce qui nous paraît essentiel, c'est d'adapter ses propositions de changement aux réalités de l'institution, aux contraintes et aux atouts de ce dernier. Toutefois malgré toutes ces précautions, malgré la recherche d'objectivité dans l'analyse des données recueillies, l'interprétation de ces dernières ne peut se faire que par le filtre du directeur. Il nous faudra être attentif à rester le plus objectif possible dans notre analyse.

Le manque de communication revient régulièrement comme un obstacle au changement ainsi que la non prise en compte de la culture d'entreprise. Pour empêcher de faire ces erreurs, J. KOTTER⁶² propose un modèle de « phase de changement » qui comprend huit étapes⁶³. Selon lui, il est crucial de suivre ces étapes dans la séquence exacte déclinée ci-contre : (Établir un sens des priorités, créer une coalition, développer une vision claire, partager la vision, responsabiliser les personnes pour enlever les obstacles, fixer des buts à court terme, consolider et continuer à avancer, ancrer le changement dans la culture d'entreprise).

Nous faisons ici un parallèle entre la structure médico-sociale et l'entreprise dans son sens large et nous pensons que cet enchaînement de séquences peut servir de trame technique et fonctionnelle au changement qu'il convient d'impulser dans l'institution qui nous est confiée... Mais pour pouvoir agir sur la culture de l'institution et ses pratiques professionnelles, il nous faut tout d'abord tenter de la définir.

⁶⁰ CROZIER M. et FRIEDBERG E., « *L'acteur et le système, les contraintes de l'action collective* », Edition du Seuil, 1992, 500 pages, pages 361 et 409.

⁶¹ FIEDLER F.E., « *A theory of leadership effectiveness* » New-York, McGraw-Hill, 1967, 331 pages.

⁶² KOTTER .J. « *A force for change: How leadership differs from management* », the free press, 1990, 192 pages.

⁶³ CF Annexe 15.

2.3.3 La culture d'entreprise :

La culture d'entreprise est l'ensemble des règles d'une entreprise, des valeurs⁶⁴ partagées, la manière commune d'aborder les problèmes, comme la manière qu'elles doivent être véhiculées. « *La culture caractérise l'entreprise et la distingue des autres, dans son apparence et, surtout, dans ses façons de réagir aux situations courantes de la vie de l'entreprise comme traiter avec un marché, définir son standard d'efficacité ou traiter des problèmes de personnel.* »⁶⁵ La culture d'entreprise est une variable essentielle pour expliquer le vécu quotidien et les choix stratégiques réalisés par un groupe social.⁶⁶

Dans son livre « Culture d'organisation et le leadership » écrit en 1992, E. SCHEIN définit 3 niveaux de culture des organisations. Les « Objets culturels » sont à la surface, leurs aspects peuvent être facilement discernés mais ils peuvent être difficiles à comprendre. Les « Valeurs embrassées » qui sont des stratégies, des buts et des philosophies conscientes des membres du groupe. Enfin, les « certitudes et valeurs de bases ». C'est le cœur, l'essence de la culture de l'entreprise. Elles sont difficiles à cerner parce qu'elles existent essentiellement au niveau de l'inconscient collectif. Pourtant elles fournissent la clé de la compréhension du pourquoi les choses se produisent.

2.3.4 Comment faire évoluer la culture d'entreprise.

« Puisqu'elle entraîne l'introduction de quelque chose de nouveau et essentiellement différent de ce qui prévaut dans les cultures existantes, l'innovation culturelle est plus difficile que l'entretien culturel. Quand l'innovation se produit, quelque chose change ou en déplace d'autres. Et les personnes résistent souvent à de tels changements. Elles ont de bonnes raisons. La gestion réussie du processus de changement de culture ou de la

⁶⁴ Les valeurs sont les références collectives qui s'imposent au groupe, les croyances et les mythes essentiels, les normes qui définissent les façons d'agir et de penser. Plus concrètement, les valeurs forment la philosophie de l'entreprise. Elles déterminent sa charte de conduite exprimée par le règlement intérieur, les descriptifs des postes, ainsi que par le système de récompense et de sanction adopté. Les valeurs établissent les interdits, les tabous, les marges de liberté qui ne doivent pas être violées.

⁶⁵ THEVENET M., « *La culture d'entreprise* », Collection Que sais-je?, numéro 2756, Presses Universitaires de France, 1ère édition, 1993, p.3

⁶⁶ Alain BELTRAN - Michèle RUFFAT : « *Culture d'entreprise et Histoire* », Les éditions d'organisation université, 2006, 158 pages.

*création de culture entraîne souvent de convaincre les personnes que les gains probables seront supérieurs aux pertes ».*⁶⁷

Au travers des théories développées par cet auteur, nous avons bien conscience qu'il nous faudra prendre en considération le « moment propice » pour agir sur la culture d'une organisation.

Il est essentiel que l'équipe perçoive le besoin de changer, au moment choisi par le manager. Il nous faudra donc apporter des éléments pratiques, les données techniques et les observations critiques suffisantes pour convaincre l'ensemble, ou du moins la grande majorité des salariés du foyer. Ensuite, il est nécessaire de « combiner prudence et optimisme ». Il est de notre responsabilité, en tant que cadre et manager, d'apporter un élan positif et de mettre en exergue les perspectives optimistes que l'effort de changement pourra apporter au sein de la structure. Il est bien évident que ce changement de culture ne peut pas être une révolution, l'ensemble des pratiques professionnelles n'est pas, comme nous l'avons montré précédemment, complètement à modifier. Bon nombre de choses sont à conserver comme l'implication, le sentiment d'appartenance par exemple... Enfin, il faut être conscient de l'importance de la mise en œuvre car l'enthousiasme initial et l'accord collectif ne suffisent pas à créer le mouvement de changement. Tout est une question de temps et nous devons respecter cela. Vouloir un changement rapide n'est pas nécessairement une bonne chose, les résultats risqueraient de s'en ressentir. Il faudra donc en respectant les professionnels, plutôt convaincre et accompagner qu'imposer et contraindre.

La culture de l'institution changera également grâce à la modification des « tactiques de socialisation ». Edgar SCHEIN explique que la première voie par laquelle les personnes apprennent la culture de l'entreprise est le processus de socialisation effectué notamment au début de leur emploi. Selon lui, la culture est « *un modèle des certitudes de base partagées que le groupe a apprises pendant qu'il résolvait ses problèmes d'adaptation externe et d'intégration interne, cela a assez correctement fonctionné pour être considéré valide et être, en conséquence, enseigné à de nouveaux membres comme manière correcte de percevoir, penser, et sentir par rapport à ces problèmes* ». Si les processus de socialisation sont changés, la culture d'entreprise commencera peut-être à changer.

Mais le changement, qu'il soit volontaire ou imposé, entraîne forcément une certaine forme de résistance telle que la définissent Michel CROZIER et Erhard FRIEDBERG⁶⁸.

⁶⁷ Harrison TRICE et Janice M.BEYER, *“The Cultures of Work Organizations”*, Prentice Hall, 510 pages, 1992.

⁶⁸ CROZIER M. et FRIEDBERG E., *Op.Cit.*

2.3.5 Le changement et les résistances induites :

Il est tout d'abord nécessaire de préciser que ce que messieurs CROZIER et FRIEDBERG appellent l'organisation et que nous présenterons ci-dessous, représente l'établissement dont nous avons la charge. Nous allons donc tenter de proposer une définition de l'organisation afin de mieux comprendre en quoi toute modification en son sein entrainera de la résistance de la part de ses membres.

Selon les auteurs, l'organisation est « *le royaume des relations de pouvoir, de l'influence, du marchandage et du calcul* » et comme « *un construit humain qui n'a pas de sens en dehors des rapports de ses membres*⁶⁹ ». Pour eux, le pouvoir est défini comme une relation structurante caractérisée par le déséquilibre d'une relation qui est réciproque, et par la possibilité de certains individus ou groupes d'agir sur d'autres individus ou groupes. Dans ces relations de pouvoir les contraintes cohabitent avec une part de liberté qui est à défendre, à gagner, à élargir au moyen de la négociation. Les actions individuelles construisent un phénomène collectif spécifique, en apprenant à domestiquer les conflits et phénomènes de pouvoir au lieu de les étouffer, Michel CROZIER et Erhard FRIEDBERG appellent cela un système d'action concret : « *un système d'action concret est un ensemble humain structuré qui coordonne les actions de ses participants par des mécanismes de jeux relativement stables et qui maintient sa structure, c'est à dire la stabilité de ses jeux et les rapports entre ceux-ci, par des mécanismes de régulation qui constituent d'autres jeux*⁷⁰ ». Tout changement dans ce système va déséquilibrer ces mécanismes de régulation et entrainer une forme naturelle de rejet, de résistance, de la part des éléments du système, ici les salariés.

Cette vision souligne l'importance des choix et des décisions du manager et donc de la compréhension de ces mécanismes, en traitant notamment du rapport entre la rationalité du décideur et la rationalité du système, de la rationalité limitée des acteurs⁷¹, par opposition à une rationalité réductrice du directeur. Il s'agit donc pour le directeur que nous sommes d'orienter les décisions par la définition du problème plus que par une lutte sur les coûts et avantages, et de prendre conscience de l'importance de la pertinence de l'information sur laquelle repose les choix.

⁶⁹CROZIER M. et FRIEDBERG E., *Op. Cit.*, page 50.

⁷⁰CROZIER M. et FRIEDBERG E., *Op.Cit.*, page 286.

⁷¹ Le modèle de rationalité limitée d'Herbert Simon dénonce l'inexistence d'une rationalité absolue comme l'homme est incapable d'appréhender tous les choix possibles et raisonne séquentiellement. D'autre part, l'homme n'est pas un animal qui cherche l'optimisation, mais la satisfaction de ses choix relativement à ses valeurs culturelles.

Il faut aborder avec prudence la substance même du changement. Michel CROZIER et Erhard FRIEDBERG pensent, que contrairement aux idées qui circulent, les acteurs ne sont pas attachés à leurs routines et sont prêts à changer rapidement s'ils sont capables de trouver un intérêt dans les changements qu'on leur propose. Le changement nécessite cependant une rupture avec les anciens équilibres des relations entre les salariés. L'inévitabilité des crises est donc soulignée, tout comme le risque qu'elles produisent l'effet inverse, c'est à dire le renforcement des mécanismes d'adaptation, voir des régressions.

Pour découvrir ce qui fait que la résistance s'instaure : « *Il s'agira de découvrir les caractéristiques, la nature et les règles des jeux qui structurent les relations entre les acteurs concernés et, partant, conditionnent leurs stratégies, et de remonter ensuite aux modes de régulation par lesquels ces jeux s'articulent les uns aux autres.* »⁷².

Mais « *tout changement constitue toujours un pari, une rupture calculée.* ». Le directeur, en position de réformateur est dans une situation de pouvoir, mais « *il ne peut en aucun cas imposer son modèle en croyant détenir la vérité pour l'approche préconisée*⁷³ ». Cette approche s'oppose donc à la logique du « one best way » au profit d'une logique de négociation, de médiation, dans le respect des deux parties.

Ainsi nous avons pu constater tout au long de cet exposé que la résistance au changement est un phénomène naturel et inhérent au système de l'institution. Analysons maintenant quels sont les principaux freins à ce mouvement dynamique au sein d'un établissement comme le foyer Alice GIROU.

2.3.6 Les principaux freins

Les intérêts de chacun sont forcément affectés lors des modifications des équilibres complexes qui régissent les relations des membres de l'équipe au sein du foyer.

La première des résistances vient sans doute de cette crainte que certaines personnes peuvent ressentir en termes de pertes individuelles, plutôt que de considérer les effets positifs que le changement pourrait entraîner sur l'activité.

Le deuxième élément de résistance provient de la difficulté que nous rencontrons, en tant que directeur, à passer les informations, à transmettre les éléments nécessaires à la bonne compréhension technique, politique, stratégique et économique de la vie au foyer. Une mauvaise communication induira obligatoirement une résistance de la part de

⁷²CROZIER M. et FRIEDBERG E., *Op.Cit.*, page 392.

⁷³CROZIER M. et FRIEDBERG E., *Op.Cit.*, page 422.

l'équipe, résistance motivée par une méconnaissance des enjeux qui sous-tendent le changement voulu.

Le troisième obstacle auquel nous serons confrontés dans le management du changement au sein du foyer est une différence des évaluations de la situation que pourraient effectuer certains membres de l'institution. Si une information complète est nécessaire, trop d'information « tue l'information ». En effet, les systèmes de communication s'accéléralent, les exigences légales d'informations auprès des représentants du personnel et des syndicats s'accroissent, le flot et la nature des informations transmises ne sont parfois pas suffisamment contrôlées par le directeur. Ce contrôle est nécessaire, non pas en termes de censure, mais plutôt afin d'éviter de noyer ses destinataires sous un flot de données techniques difficiles à analyser en l'état brut. Il nous faudra donc être attentif aux désaccords de certains salariés avec les raisons du changement et avec les avantages et les inconvénients induits par son processus.

Enfin, et ce dernier point n'est malheureusement pas contrôlable ni effectivement évaluable, il y a toujours au sein d'une équipe certaines personnes avec une tolérance basse au changement. Ces personnels, souvent en situation d'insécurité sont à la recherche d'une certaine forme de stabilité que toute modification de procédure, d'habitude et d'organisation peut mener à mal.

A) Les freins liés au contexte de la relation d'aide dans la grande dépendance.

En plus de des éléments génériques inhérents au changement, en plus des peurs naturelles ressenties par certains professionnels, l'établissement recevant des personnes lourdement handicapées peut générer une certaine forme de fatigue professionnelle, d'usure. Cette fatigue professionnelle est due à la répétitivité des actes de nursing effectués en direction des résidents du foyer. L'absence d'évolution concrète dans les comportements et les pathologies, l'absence de signes positifs d'amélioration et la faiblesse des progressions réelles des différents résidents du foyer engendrent une forme de lassitude, un « désintérêt » et une « forme de protection » des salariés à l'encontre de l'activité quotidienne. Philippe CHAVAROCHE⁷⁴ avance même que « ces résidents suscitent dans l'imaginaire de chacun, y compris chez les professionnels du soin et de l'éducation, du côté de la monstruosité ou de la souillure⁷⁵ ». La première caractéristique de la vie quotidienne est le « temps : continu, linéaire, permanent. C'est un facteur

⁷⁴CHAVAROCHE. P., « travailler en M.A.S., l'éducatif et de thérapeutique au quotidien », Editions Trames, 2003, 199 pages.

⁷⁵CHAVAROCHE. P. *Op.Cit.*, page 13.

essentiel de la prise en charge des résidants pour qu'ils puissent investir les soins et la relation à l'autre ⁷⁶». Si nous abordons ici la notion de vie quotidienne, c'est qu'elle prend un grand temps d'intervention des salariés en foyer. Or, si la vie quotidienne a le souci d'une prise en charge globale de la personne, l'activité dont l'objectif est plus précis, ne prend en compte qu'un aspect des besoins des résidants, pour y répondre de manière plus spécifique et technique. Les salariés du foyer ont acquis (comme nous l'avons défini dans la première partie de ce travail) leur identité sur l'activité. Modifier la culture d'entreprise (ici d'établissement) passe nécessairement par modifier la vision que les professionnels ont d'un clivage entre « *activité et vie quotidienne (qui) peut entraîner la partition des résidants entre une « bonne » et une « mauvaise » partie, comme peut-être présente l'idée qu'il y a des « bon » résidants, ceux qui peuvent participer aux activités, et des « mauvais », ceux qui ne le peuvent pas du fait de leur handicap ou de leurs pathologies.* ⁷⁷ ». C'est donc contre cette conception de leur identité professionnelle et du travail à effectuer que le mouvement de changement va se heurter. Nous sommes bien là dans la dimension culturelle de l'institution. C'est en travaillant sur une image différente et positive de la prise en charge corporelle, psychologique des résidants que nous parviendrons à modifier cette culture et que nous pourrons étayer les pratiques afin d'endiguer la « *fatigue professionnelle* » de certains membres de l'équipe.

Ainsi, des expériences de changements réussis démontrent qu'il est possible de changer à un coût acceptable. Leur principal point commun est que ceux qui les ont menées ont pris le risque d'accepter l'incertitude, « *ils n'ont pas jugé absolument indispensable de savoir où ils allaient pour y aller* » ⁷⁸. Les méthodes qu'ils ont suivies ont également un autre point commun. Elles reposent sur deux piliers : *la connaissance et la confiance* ⁷⁹. Trop souvent, la tentation est grande d'appliquer des solutions qui ont fait leurs preuves dans un contexte présumé comparable. Or, l'expérience montre que chaque cas présente ses propres spécificités. Le nier serait néfaste et hypothéquerait les chances de succès. Il est alors indispensable de chercher à comprendre l'organisation telle qu'elle est en investissant dans la connaissance de ses modes de fonctionnement réels.

⁷⁶ CHAVAROCHE. P. *Op.Cit.*, page 27.

⁷⁷ CHAVAROCHE. P. *Op.Cit.*, page 143.

⁷⁸ DUPUY F., « *L'alchimie du changement, Problématique, étapes et mise en œuvre* », Editions DUNOD, 2001, 181 pages, page 5.

⁷⁹ DUPUY F., *Op. Cit.*, Page 7.

Comme le préconisaient les premiers théoriciens de l'organisation (Taylor, Ford, Fayol, Weber), elles sont souvent pensées et décrites en termes de structures, de règles et de procédures visant à minimiser l'impact du comportement humain sur leur fonctionnement. Ce raisonnement conduit à penser le changement en termes d'injonctions et de contraintes. Cette manière de voir les organisations est aujourd'hui dépassée. L'homme au travail est acteur de l'organisation qui doit désormais être vue comme un « ensemble de comportements humains »⁸⁰. Le changement se définit alors comme la modification de ces comportements. On peut donc penser que les acteurs accepteront de changer s'ils en comprennent les enjeux et la nécessité. Le partage de ce qu'il convient d'appeler la *connaissance* devient une clef de succès du processus de changement et un tel partage n'est possible que dans le cadre d'une relation de confiance entre ceux souhaitent le changement et ceux qui vont apprendre pour changer.

2.4 Conclusion de la deuxième partie.

« *Les projets naissent à partir de structures existantes qui, avec le temps, ne correspondent plus aux attentes des acteurs, à l'événement ou tout simplement aux besoins des populations accueillies* »⁸¹. De notre place de directeur, nous souscrivons pleinement à ce postulat de JM MIRAMON.

L'examen du champ théorique relatif aux concepts de vieillissement nous permettent à ce moment de notre travail de conforter les hypothèses que nous formions à l'issue du diagnostic que nous avons réalisé en première partie de ce mémoire. Notre responsabilité de directeur nous conduit aujourd'hui à mener un projet de direction engagé et porteur de sens, en faveur de la diversification de notre offre de service. L'inadéquation entre les besoins de la population accueillie et le projet initial est donc au cœur du projet de restructuration que nous allons à présent développer dans notre dernière partie.

⁸⁰ En postulant que l'organisation se décrit par le comportement de ses membres et que faire appel à leur intelligence par le partage de la *connaissance* est une condition nécessaire au changement, nous nous plaçons ici dans le cadre conceptuel de l'analyse des organisations telle que décrite par CROZIER et FRIEDBERG dans « *L'acteur et le système* ».

⁸¹ MIRAMON J.M., COUET D. PATURET J.B., « *le métier de directeur, techniques et fictions* », troisième édition, Editions E.N.S.P. Rennes, 2005, 270 pages.

3 CONDUIRE LE CHANGEMENT POUR ATTEINDRE LA « BIENTRAITANCE », UN PROJET DE DIRECTION.

Introduction de la troisième partie.

Il s'agit avant tout de repenser le projet d'établissement afin de permettre à chaque professionnel, aux résidents, d'être acteur de ce dernier et de mieux se repérer dans le cadre institutionnel pour fonctionner à la fois seul et avec les autres. Cette synergie nécessaire ne peut exister sans la responsabilisation des acteurs, leur participation et leur implication, dans le cadre d'un management des hommes et d'une culture professionnelle qui inclut le dialogue, la concertation, la négociation, et qui ouvre sur l'évolution du projet. La loi 2002-2 nous impose un certain nombre d'obligations. Les deux axes essentiels sont la place de l'usager au centre des institutions et l'exigence d'une qualité du service rendu. Mais la loi insiste également sur la nécessité de personnalisation de la prise en charge et du projet individualisé. Le projet d'établissement doit être la traduction institutionnelle de ce texte de référence. Il énonce des valeurs fortes : respect de la dignité, refus de la maltraitance, expression des droits et libertés. Le projet d'établissement se devra donc d'être le garant de cette préoccupation éthique grâce notamment à la circulation de la parole et à l'affirmation des responsabilités de chacun. Toutefois, le constat effectué dans le cadre de ce travail révèle qu'une maltraitance passive est possible au foyer Alice GIROU. Cela signifie donc que l'appropriation de l'essence même de la loi ne s'est pas faite correctement. Il est alors de notre devoir le directeur de permettre, d'inciter à l'appropriation de ces textes de loi. Il est également de notre responsabilité d'adapter l'outil et la pratique professionnelle à l'ensemble des résidents accueillis, mais également à cette nouvelle catégorie que sont les infirmes moteurs cérébraux vieillissants. Nous traiterons donc dans un premier temps de l'accompagnement nécessaire à la réalisation d'un nouveau projet d'établissement (pour les cinq années à venir en conformité avec la loi du 2 janvier 2002) pour la partie foyer occupationnel puis dans une deuxième phase nous verrons comment nous prendrons en compte la notion de maltraitance, de bienveillance et de fatigue professionnelle dans la structure et enfin nous proposerons des solutions en termes de construction et de création pour répondre aux besoins particuliers des IMC vieillissants.

3.1 Le management au service du changement.

La nécessité de refonder un nouveau projet de l'établissement « foyer occupationnel » Alice GIROU a donc été démontrée. La différence des populations accueillies entre le projet initial et la réalité d'aujourd'hui, le « grand écart » qui existe entre les résidents les plus jeunes et les plus autonomes et ceux qui nous intéressent plus particulièrement à ce jour, qui sont plus âgés et plus lourdement handicapés, tout cela nécessite la mise en chantier rapide d'un nouveau projet. Ce dernier ne pourra pas être l'œuvre du seul directeur que nous sommes. Le changement doit être porté par une vision.

Nous avons dégagé quatre attributs souhaitables pour cette vision. Elle doit être substantielle, positive, claire et complète. **Substantielle**, c'est-à-dire porter sur le fond. **Positive**, c'est-à-dire se garder de présenter le changement comme la conséquence inéluctable d'une pression extérieure. Celui-ci doit participer d'une vision constructive, d'une perspective, aider à saisir des opportunités, à poser des actes positifs. **Clare**, c'est-à-dire permettant une formulation immédiatement compréhensible par chacun, à tous les niveaux de l'organisation concernée, et limitant au maximum les risques d'interprétations erronées ou de malentendus. **Complète**, c'est-à-dire ne laissant aucun point dans l'ombre. Si, au contraire, cette vision comprend des inconnues, le changement à venir est menacé par des rumeurs ou des inquiétudes infondées. L'incertitude nourrit l'inquiétude et pour lutter contre cette dernière, il est essentiel de communiquer.

3.1.1 L'importance de la communication :

Philippe DUCALET et Michel LAFORCADE expliquent que « *un projet clair qui s'appuie sur un fond commun d'évidence, a d'autant plus de chances de créer la confiance ; d'où l'importance, (...) de construire ce capital d'évidence, autour des textes fondateurs, du sens de la mission et du respect de la complexité des besoins de l'utilisateur.* »⁸²

Il nous paraît nécessaire, voire essentiel de partir sur une notion de « management participatif » afin de refonder le projet du foyer. La culture institutionnelle, les pratiques managériales et l'évolution environnementale vont toutes dans le sens d'un travail en partenariat avec les salariés de l'institution ainsi qu'avec les usagers. Il est alors nécessaire d'éduquer et de communiquer beaucoup et régulièrement. Une des meilleures manières de surmonter la résistance au changement est d'informer et d'instruire les gens à l'avance sur l'effort à fournir pour obtenir le changement désiré. Pour impliquer les salariés il faut les écouter, prendre en considération leurs arguments, prendre le temps de

⁸² DUCALET P., LAFORCADE M. « *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales* », Editions Seli Arslan, 2^{ème} édition Janvier 2004, 336 pages.

réellement communiquer, sans pour autant faire de démagogie ni leur laisser penser qu'ils seront les décideurs finaux. En précédant le changement de projet institutionnel de la communication et l'éducation, c'est-à-dire par le passage de l'ensemble des informations nécessaires à une évaluation claire de la situation (tableaux statistiques, préconisation légale, orientations du schéma départemental, etc.), des besoins et désirs des usagers et de leurs familles, mais également des orientations souhaitées par l'association (le projet associatif qui devrait voir le jour prochainement) et du choix stratégique global de l'équipe de direction, cela aidera les salariés à voir la logique dans l'effort de changement. Ceci pourra également réduire les rumeurs infondées, ou au contraire exposer clairement les risques afin de permettre que s'expriment plus facilement les craintes légitimes.

L'évolution que nous proposons se réalisera avec l'adhésion des différents acteurs, à savoir le conseil d'administration, les instances représentatives du personnel, l'ensemble des salariés de l'institution, mais avant tout cela les usagers au sens large du terme, à savoir les résidents et leurs familles.

Nous avons donc dans un premier temps convaincu le conseil d'administration du bien-fondé de notre diagnostic et des préconisations que nous souhaitons mettre en place. Nous l'invitons également par notre questionnaire mais aussi par nos propositions de solutions, à réfléchir à la notion de bientraitance et à son utilité au foyer Alice GIROU. Nous présentons à son intention un dossier comprenant le diagnostic de l'établissement ainsi que les orientations du futur schéma départemental pour appuyer les pistes d'actions que nous proposons afin d'obtenir son accord.

Dans un deuxième temps, avec l'aval de nos employeurs, nous consulterons le conseil de vie sociale ainsi que les instances représentatives du personnel (représentants du personnel, comité d'établissement, syndicats).

Dans un troisième temps, dans le cadre de notre institution, nous préconisons la création d'un comité de pilotage qui aura pour tâche de servir d'interface entre l'équipe de directions et les membres du personnel, qui aura en sa possession l'ensemble des données techniques nécessaires à la refondation du projet institutionnel. Ce groupe sera constitué d'un panel représentatif de l'ensemble des salariés du foyer (équipe éducative, médicale, paramédicale, technique, d'entretien etc.). Les modalités de réunions seront fixées par un calendrier officialisé et validé par l'équipe de directions. Des comptes-rendus réguliers seront effectués en direction de l'ensemble du personnel. Ces interlocuteurs privilégiés seront à la fois des vecteurs de communication interne verticaux et horizontaux. Afin de légitimer ce comité de pilotage, nous organiserons une assemblée générale du personnel en présence du président du conseil d'administration qui pourra

ainsi objectiver la démarche et affirmer l'engagement de l'association dans la recherche de solutions et la refonte du projet. Enfin, nous proposons de créer une cellule de veille qui aura pour tâche d'alerter, d'identifier, de former l'ensemble du personnel aux sujets de la maltraitance et de la bientraitance. Cette équipe pluridisciplinaire formée de volontaires devra se former et s'informer régulièrement sur ces thèmes.

3.1.2 Inciter à la participation et à l'implication :

J.M. MIRAMON explique que si les « modalités d'élaboration du projet (d'établissement) varient en fonction des situations (...), pour qu'un projet puisse prendre sens, il doit nécessairement : mobiliser l'ensemble des salariés (de l'employé au cadre) ; favoriser la communication entre les différentes spécialités ; s'inscrire dans un temps balisé illimité par un échéancier. »⁸³. La participation et l'implication des salariés ne seront possibles que si la première phase de communication a réellement bien fonctionné. Pour cela, il nous appartient de favoriser le partage d'un diagnostic et un langage commun. Une fois cette phase dépassée, il faudra valoriser le travail effectué par les personnes « impliquées » dans l'évolution du foyer. Une personne prenant part à une politique de changement sera moins encline à résister à ce dernier. Il est évident qu'il faut que le directeur devienne alors l'élément dynamisant, le « VRP » de son projet, projet qui ne doit au final plus être le sien mais le « notre » pour qu'il puisse être efficient et réellement adapté. Le rôle du directeur consistera alors à fédérer afin de permettre l'éclosion d'un discours cohérent, non pas la stratification des discours corporatistes, mais la « substantifique moelle » des idées et des conceptions professionnelles de l'ensemble des corps de l'établissement. La vision du changement se doit d'être « coproduite ». Le choix d'en « coproduire » une partie au moins, selon des méthodes participatives, et avec une stratégie clairement identifiée, apporte un bon retour sur investissement. Non seulement des idées nouvelles sont susceptibles d'apparaître, mais cette « coproduction » peut favoriser l'appropriation du changement à venir et donc son acceptation. L'implication demandée doit permettre en retour une valorisation professionnelle, et doit être facilitée par une organisation du temps de travail, par la possibilité de dégager des heures, ou tout autre moyen nécessaire à l'expression des usagers comme des salariés.

Nous pouvons actuellement nous appuyer sur un noyau dur de salariés qui ont déjà participé à divers commissions de travail (notamment la refonte des projets personnalisés de l'institution dans le cadre de la loi du 2 janvier 2002 ou encore dans le travail en cours actuellement autour de l'autoévaluation) et qui ont donc la culture du comité de pilotage et

⁸³ MIRAMON J.M., COUET D. PATURET J.B., *Op.Cit.*, page 188.

de l'implication. Il se peut que nous soyons confrontés à l'écueil d'un consensus basé sur des réflexes protecteurs, un refus d'anticiper les choses du fait d'une insécurité liée à des « conflits d'intérêts » ou des logiques d'appartenance. Il faudra alors que nous puissions dépasser ce premier stade de l'expression nécessaire des craintes et des insatisfactions. Il est toutefois important d'assurer les salariés que du temps sera pris pour les écouter attentivement et objectivement et que leurs craintes seront effectivement prises en compte. Concrètement, les heures seront récupérées et les remplacements effectués par les différentes personnes recrutées en 2007 en contrats aidés (4 personnes en Contrat d'Aide à l'Emploi et 3 personnes en contrat de professionnalisation.)

3.1.3 Lutter contre l'usure professionnelle en permettant au personnel de retrouver une identité.

Comme nous l'avons détaillé précédemment, une partie des professionnels est aujourd'hui confrontée à une vision faussée des « bonnes pratiques » basées essentiellement sur une indifférenciation des rôles, tâches et fonctions mais également des qualifications. Le travail mis en route au cours de la refonte de ce projet devra nécessairement passer par la remise en question et l'actualisation des fiches de postes. Ces dernières, utiles évidemment dans le cadre de l'autoévaluation, essentielles pour les recrutements, permettront également de clarifier le travail de chacun. Elles rendront compte des orientations de prise en charge et les choix stratégiques de l'institution en terme d'accompagnement de la population accueillie. Elles permettront, sans ambiguïté, de « des-affectiver » les relations entretenues entre chaque professionnel, entre chaque type de diplôme. Il n'y aura plus alors d'éducateur « pro » ou « anti » direction mais simplement des éducateurs qui suivent l'esprit et les orientations de leur fiche de poste. Cela aura une incidence réelle sur le fonctionnement institutionnel puisque nous pourrons ainsi déterminer quel type de professionnel fait quoi à quel moment, dans quel cadre, sous la responsabilité et le contrôle de qui. Cette différenciation, loin d'ôter certaines prérogatives aura, au contraire, pour avantage de hausser le niveau d'exigence que nous pouvons avoir en direction des professionnels. Cela aidera également à redéfinir les priorités et de reparler de l'accompagnement éducatif, physique et psychologique des résidents du foyer. Cela permettra enfin d'avoir un élément de base à la discussion lors de « l'entretien annuel d'évaluation » que nous mettrons en place dès la rentrée prochaine.

Lutter contre l'usure professionnelle passera également par la formation et le partage de l'information, notamment autour de thèmes comme le vieillissement, la dépendance et

l'accompagnement dans la régression et la mort. Ces acquisitions de nouvelles connaissances, savoir faire et savoir être seront dynamisantes et valorisantes et faciliteront l'anticipation du changement. Ainsi, dès 2008, nous pourrions intégrer ces nouvelles formations dans le P.A.U.F⁸⁴. de l'institution.

Ensuite, nous pensons qu'il est primordial d'étayer et de faire prendre conscience aux professionnels de la qualité de leur prestation et de l'importance de leur savoir dans l'accompagnement des usagers.

Nous souhaitons pour aider à cela faire réaliser un film au foyer. Cela fera bien sûr l'objet d'une demande d'accord à l'ensemble des personnes filmées dans le cadre du droit à l'image. De plus, ce film ne servira que dans le cadre restreint de l'institution et de la famille. Une convention sera signée dans ce sens avec le réalisateur. Ce document de 26 minutes aura 3 objectifs principaux.

1. Le premier sera de donner à voir, en restant pudique et sans voyeurisme, à l'ensemble du personnel, la réalité du quotidien des nursings et la nécessaire attention et proximité que ce travail demande. Par ce biais, une première forme de prise de conscience pourra s'opérer qui aboutira à une revalorisation de ces tâches souvent mal considérées par les professionnels.
2. Le second sera de travailler sur la transmission des savoir techniques et des attitudes professionnelles en se servant de ce support. Cela permettra peut-être de proposer des adaptations techniques en termes de matériel mais aussi de « geste et posture » dans le cadre de la prévention des risques.
3. Le troisième permettra de communiquer à l'association une réalité du handicap et des besoins, dans le respect de l'intégrité de la personne filmée et le souci de ne pas choquer.
- 4.

Nous avons lancé un appel d'offre et la personne retenue, un professionnel, nous propose d'intervenir durant 3 mois, à raison d'une semaine par mois, en immersion dans les équipes. Le coût, fortement négocié est de 1500€ et sera pris en charge par les fonds propres de l'association.

⁸⁴ Plan Annuel de Formation.

3.2 Favoriser l'acquisition de nouvelles connaissances pour promouvoir la bientraitance.

Il nous appartient à présent, dans le cadre de ce projet d'action, de promouvoir un projet volontariste de valorisation de la « bientraitance ». Cela passe bien évidemment par une première phase d'identification, mais aussi d'acceptation que la maltraitance existe au foyer. Cela passe également, selon nous, par une réflexion et une formation en direction des professionnels de l'institution, toutes catégories confondues. Cela passe enfin par une nécessaire « renarcissisation » des professionnels. En effet, nous sommes persuadés que pour pouvoir prendre soin des résidants, il faut que les professionnels se sentent impliqués et motivés. Il faut pouvoir « bien vivre » au travail pour proposer une prestation de qualité. La « Bientraitance » s'instaure, de notre point de vue, en menant des actions à moyen et long terme visant à modifier le regard porté sur les personnes vulnérables en améliorant leurs conditions de vie en institution : Cela passera par le développement des démarches d'amélioration continue de la qualité des services, des politiques de formation et de soutien du personnel, le respect des droits des usagers et de leur entourage, l'assurance d'une protection des professionnels témoignant de faits de maltraitance, une aide au développement d'attitudes personnelles, professionnelles et civiques d'empathie, de bienveillance

Nous avons anticipé dès 2005 cette nécessaire remise en question par la mise en place d'un plan de formation de trois ans négocié et financé avec le Conseil Général et le planning familial autour notamment des thèmes de la sexualité des personnes handicapées. Ce travail de questionnement et de prise de conscience de la diversité des perceptions individuelles au sein d'une même équipe servira de terreau aux formations futures autour des notions de maltraitance et de bientraitance. Ces formations pourront avoir trois objectifs :

1. un premier objectif d'information aussi bien en direction des résidants, de leur famille que des professionnels. Cette information pourra être effectuée par des intervenants extérieurs mais aussi par des professionnels chargés par la direction de réfléchir et d'effectuer des recherches, de participer à des colloques sur ce sujet. Nous pensons qu'il est important que ces temps d'information soient différenciés suivants les publics accueillis.
2. Une formation autour des questions de maltraitance et de bientraitance, des facteurs d'apparition du phénomène en institution, des conséquences juridiques, de l'obligation de signalement et de sa méthodologie, sera ensuite proposée, dans le cadre du P.A.U.F., à un groupe de professionnels volontaires et représentatifs de l'ensemble de l'institution. Cette formation pourra également être proposée au conseil d'administration qui décidera ou non si elle souhaite s'en saisir. Les

participants auront alors comme mission de devenir des référents de cette notion au sein de l'institution, des personnes «ressources ».

3. Le troisième aspect pris en compte et que nous avons appelé ici formation, ne l'est pas au sens littéral. En fait, nous souhaitons proposer une démarche pérenne d'analyse de la pratique dès 2008 réalisée par un intervenant extérieur. Cela constituera un lieu de réflexion et de remise en question qui favorisera les échanges entre professionnels, étant précisé que les cadres de direction n'y participeront pas. Ce temps de travail, ouvert à tous, proposé régulièrement, servira à faire évoluer la perception institutionnelle et modifiera la culture de celle-ci. Elle permettra l'expression du malaise, les échanges et le soutien des professionnels. Ce temps de travail sera financé par le budget de fonctionnement sur la ligne formation professionnelle, à raison d'une réunion mensuelle obligatoire par salarié, soit 2 heures par semaines à 90€ de l'heure (180 €). Ce temps de réunion sera intégré dans le planning des salariés et se substituera à une réunion d'équipe. Le projet est budgétisé pour les 3 prochaines années, renouvelable en fonction de l'évaluation réalisée par l'intervenant et l'équipe de cadres.

Parallèlement à ces éléments spécifiques de prise en compte de la maltraitance, nous irons dans le sens d'une professionnalisation globale des salariés de l'institution. Nous favoriserons la formation notamment de « l'équipe d'interventions ». Ainsi, nous participons activement, comme lieu de stage, aux formations des futurs professionnels. Nous avons également formé, avec l'I.R.T.S. de TALENCE des salariés dans chaque type de diplôme, à devenir « tuteur de stage ». Cette politique de formation nous permettra d'améliorer encore la qualité de la prestation proposée aux usagers de l'institution, elle favorisera le recul de la fatigue professionnelle grâce aux apports théoriques, à la nouveauté des regards des stagiaires, à leurs questionnements, aux échanges hors institution. Elle aidera enfin le foyer à fidéliser son personnel grâce à la valorisation de leur action professionnelle.

3.3 Répondre à la spécificité et au vieillissement des personnes infirmes motrices cérébrales passe par la diversification de l'offre de service.

Après avoir proposé un certain nombre de modifications managériales pour permettre une refondation du projet d'établissement du foyer occupationnel, nous arrivons maintenant à

la nécessaire réflexion autour des difficultés structurelles engendrées par l'accroissement du handicap ainsi que le vieillissement d'une partie de la population du foyer.

« *L'absence de vision, condition résolutoire de l'échec* » selon Michel Rocard⁸⁵. C'est pourquoi en tant que directeur nous devons avoir une vision stratégique globale qui tienne compte à la fois des réalités environnementales, politiques, économiques, culturelles, médicales, internes et externes à l'institution.

Nous pensons aujourd'hui que le foyer Alice GIROU doit se transformer en une entité nouvelle, un complexe qui unira une partie foyer occupationnel pré existante et une nouvelle structure de type foyer d'accueil médicalisé de 32 places. Cette structure devra avoir une orientation affirmée, tant sur le plan technique et architectural que financier et humain, dans l'accueil des personnes handicapées vieillissantes. A l'ouverture, si cette population particulière ne représentera pas la majorité des résidents, le F.A.M. devra pouvoir anticiper leur évolution et créer de la compétence et du savoir faire dans la prise en charge des I.M.C. vieillissants. Cela permettra aux résidents de continuer à vivre dans le lieu qu'ils auront choisi et répondra aux besoins de l'association en terme de place médicalisées. Cela permettra également d'effectuer une réflexion architecturale globale, des locaux du F.O. en plus de la nouvelle construction. En effet, nous devons apporter des modifications techniques (alarmes, électricité, systèmes incendies...) du fait de l'évolution des normes (et de la nouvelle construction), nous en profiterons également pour repenser la configuration des locaux avec les équipes (techniques et éducatives) et éventuellement prévoir des éléments de confort et d'amélioration de l'existant.

Enfin, cette création induira sans aucun doute une réactualisation du projet du F.O. pour l'adapter encore à la nouvelle population qui sera accueillie à ce moment.

Mais avant cela, pour répondre à l'urgence de l'inadaptation architecturale actuelle du foyer, nous proposons dès aujourd'hui une réorganisation des lieux de repas en aménageant des salles à manger éclatées et plus petites, pour une moins grande concentration de personnes et de bruit. La tranquillité est une donnée essentielle de confort et de bien-être pour des personnes en difficultés au cours des repas (risques de fausses routes, énergie importante dépensée à maîtriser leurs gestes.) Cela pourra se faire à moindre coût, en réaménageant les tisaneries par exemple. Les seuls achats seront du mobilier complémentaire et un chariot de distribution de la nourriture en liaison chaude ou froide pour répondre aux normes d'hygiène et de sécurité.

Le deuxième point est de réaliser un passage couvert entre les différents points de l'institution afin de permettre une déambulation abritée propice à l'amélioration de

⁸⁵ ROCARD M., « *Oser la réforme de l'État* », Lettre du Management public, mai juin 2002.

l'autonomie et de l'état de santé des résidants. Ce chantier qui consistera principalement à couvrir les allées en prenant appui sur le réseau de poteaux décoratifs sera effectué par les personnels d'entretien de l'institution. Les matériaux seront fournis gracieusement par les services techniques de la mairie de Lège.

Nous réfléchissons aussi à la nécessité de sécuriser les abords de l'établissement, tant en terme d'intrusion que de « fugue » potentielle. Nous souhaitons également éventuellement restreindre l'accès au canal tout proche.

Enfin, nous envisageons de faire installer des systèmes d'appel portables individuels pour permettre à chaque résidant d'appeler en cas de problèmes. Cela sécurisera les usagers autant que le personnel. Ce système offrira la possibilité d'élargir le rayon de circulation des résidants en leur permettant de rester en contact avec les professionnels. Un devis de ce type de système est en cours de réalisation.

Nous avons fait appel à un ergonome du GRETA⁸⁶ d'Arcachon pour venir effectuer une évaluation des futurs besoins en terme d'architecture et un audit des équipes en vue d'une amélioration technique. Sa prestation (10 journées à 750 €) a été prise sur le budget de formation 2006, en accord avec les OPCA et les représentants du personnel⁸⁷.

Nous avons également obtenu une enveloppe du Conseil Général en 2007 (50000 €) pour réaliser un audit architectural et une projection de plan afin de joindre ces éléments au dossier C.R.O.S.M.S. que nous déposerons prochainement.

3.3.1 Pourquoi un FAM ?

La pathologie des personnes accueillies rend nécessaire une surveillance médicale et des soins constants assurés par l'établissement dans le cadre du forfait soins. Si l'on peut généralement admettre la stabilité sur le plan lésionnel, on constate une aggravation sur le plan fonctionnel des IMC accueillis au foyer Alice GIROU. C'est donc dans cette perspective très réaliste et au regard des difficultés rencontrées dans les foyers de vie, tel que décrit dans le schéma départemental et appuyé par notre analyse de la première partie, qu'une prise en charge médicalisée s'impose. De plus, l'évolution en âge des résidants accueillis majore la dégradation physiologique et accentue les besoins médicaux de ces derniers. L'expérience montre qu'en cas d'absence de surveillance médicale constante, certains déficits sont bien plus difficiles à corriger ultérieurement.

⁸⁶ Groupements d'Etablissements publics locaux d'enseignement.

⁸⁷ CF annexe 16 « Exemple de travail effectué par l'ergonome : « les Patatogramme ».

Nous pensons que la création d'une structure médicalisée, par le travail de coordination qui s'instaurera entre les différents intervenants, permettra une prise en charge globale du résidant de meilleure qualité. Les personnes présentant des troubles urinaires seront prises en charge plus rapidement qu'avec leurs médecins généralistes prestataires, ce qui permettra une réponse plus efficace et rapide dans le traitement de l'incontinence. Les difficultés de communication et de suivi qui existent entre les personnels médicaux (médecin généraliste libéraux) et les personnels paramédicaux (Kiné, infirmières, orthophonistes, etc.) salariés ou non de l'institution seront également aplanies par le travail de management effectué par le médecin coordinateur, en relation avec le cadre de santé. Ainsi, le résidant étant pris en compte dans sa globalité et notamment sans dissocier le médical du reste de son projet, l'institution pourra lutter plus efficacement contre la maltraitance. C'est par ce travail de coordination entre les services et de transmission des informations que le directeur pourra proposer une prestation de meilleure qualité.

3.3.2 Un choix stratégique :

En notre qualité de directeur, il sera indispensable de prendre en considération les contraintes et préconisations environnementales, financières, politiques et stratégiques qui encadreront la réalisation du nouveau projet. Le schéma départemental est extrêmement important puisqu'il doit, grâce au travail d'analyse effectué par les professionnels du département, donner les indications des manques auxquels les associations doivent pouvoir répondre par la création de nouveaux services et de nouvelles structures. Or, le schéma 2007 précise *« les personnes handicapées pourront rester dans les établissements médico-sociaux pour personnes handicapées au-delà de 60 ans. Jusqu'alors, la plupart d'entre elles vivent dans un établissement pour personnes âgées mais quelques-unes restaient déjà dans leurs établissements au-delà de 60 ans. Cette possibilité, évoquée dans la loi du 2 janvier 2002, est complétée dans la loi sur l'égalité des chances (...) Par le libre choix qui doit être donné à chaque personne de définir et mener son projet de vie. La personne doit pouvoir choisir de rester dans son établissement ou de quitter ce dernier pour aller vivre dans un autre. Selon le groupe de travail, la commission des droits de l'autonomie des personnes handicapées devrait pouvoir orienter une personne vers un établissement médico-social après la date anniversaire de 60 ans, que la personne ait déjà demandée et obtenue une orientation en établissement ou qu'elle le fasse pour la première fois⁸⁸. »* Il rajoute ensuite que : *« (...)*

⁸⁸ Schéma départemental, *Op.Cit.*, page 155.

Le besoin de places médicalisées est important. La création de ce type de places est indispensable pour répondre aux besoins (...). De même, la médicalisation d'une partie des foyers de vie existants semble souhaitable pour répondre à l'évolution des résidents. Il convient également d'augmenter la médicalisation de certains établissements confrontés à des situations spécifiques (maladies évolutives acquises au cours de la vie, handicap très lourd,...⁸⁹) » Enfin, ce dernier préconise de développer les établissements comportant des unités d'accueils de statuts différents. C'est la raison pour laquelle, ce schéma départemental est pris en compte dans le choix de la réponse apportée aux résidents du foyer Alice GIROU et la proposition de créer une structure de type foyer d'accueil médicalisé avec une spécificité pour personnes vieillissantes.

Il est également stratégique pour nous d'utiliser les ressources géographiques, humaines, environnementales préexistantes du F.O. afin de développer une prestation nouvelle de qualité, en réduisant les coûts par des économies d'échelles. Créer sur un site déjà construit permet de s'appuyer sur une infrastructure et de réduire les délais de mise en route et d'efficience du futur F.A.M.

3.3.3 Basé sur un transfert des compétences :

Comme nous l'avons dit dans la présentation du personnel, le foyer salarié 7 aides-soignantes et deux infirmières. Cette « anomalie » technique créée par la réalité du handicap accueilli au foyer, était plus délicate à justifier depuis le départ en 2003 d'environ 1/3 de la population, la plus dépendante du foyer, en direction du F.A.M. de l'association à LORMONT. La création d'un nouveau F.A.M. à Lège Cap-Ferret, en plus de répondre aux besoins des résidents de plus en plus dépendants, de leurs familles, de leurs désirs exprimés dans le cadre de l'enquête menée en 2005 et en lien avec la loi 2002-2 et la liberté de choix de son lieu de vie⁹⁰, cette création donc permettra de ne pas licencier ce personnel. De plus, ce dernier, qualifié et expérimenté, connaissant parfaitement les résidents vivants au foyer, pourra former et informer une grande partie des futurs professionnels recrutés à l'ouverture du F.A.M. Ce transfert de compétences et d'une partie de l'encadrement du F.O. vers le F.A.M. va donc dans le bon sens. Il permettra éventuellement une ouverture et une montée en charge progressive, sans que nous soyons obligé de recruter l'ensemble du personnel en même temps.

⁸⁹ Schéma départemental, *Op.Cit.*, page 194.

⁹⁰ Cela va dans le sens du schéma départemental qui précise que « 57% des résidents des structures de Gironde désirent le maintien sur leur lieu de vie dans l'avenir. » page 103.

De plus, il est dès aujourd'hui impératif pour nous d'anticiper le départ des futurs salariés à la retraite, et de réfléchir à la manière d'accueillir les nouveaux arrivants. Cette réflexion doit être effectuée conjointement avec les professionnels du foyer, afin de déterminer ensemble quels sont les éléments forts qui devront être transmis, par écrit, à ces nouveaux professionnels, quelles sont les valeurs qui nous unissent, et quelle « éthique » doit sous tendre nos actions en direction des résidents du foyer. Cette analyse explicite permettra peut-être une prise de conscience des attitudes, des mythes et de la culture de l'équipe.

3.3.4 Basé sur la connaissance de ses « ressources » :

Le choix de création d'un F.A.M. sur le site du foyer Alice GIROU est aussi le fruit d'une réalité de la liste d'attente. Aujourd'hui, le schéma départemental préconise l'ouverture de structures médicalisées, tant les besoins se font sentir sur le département de la Gironde. Cette observation nous la faisons nous-mêmes, au foyer occupationnel Alice GIROU. La projection que nous avons de la liste d'attente en foyer occupationnel n'est pas très bonne. A ce jour, il n'y a que 10 candidats I.M.C. pour la section F.O. de l'établissement. A contrario, nous avons près de 25 candidatures pour le F.A.M. (en plus des résidents pressentis du foyer occupationnel) alors qu'il n'est encore qu'au stade de projet, dont 75% par des résidents d'établissements de notre association. Cet état de fait montre une tendance lourde à la disparition d'indication IMC pour les foyers occupationnels et impliquera sans doute une nécessaire révision de notre agrément « foyer occupationnel pour I.M.C. ». Nous serons sûrement amenés à devoir élargir notre accueil, bien que l'association désire défendre la spécificité de la population, à d'autres types de pathologie, pour permettre au foyer occupationnel de continuer à recevoir 43 résidents dans l'avenir. De plus, cela va dans le sens du schéma départemental qui précise que « *pour des raisons de qualité (...), il semble utile de développer des structures mixtes. La mixité peut porter sur les handicaps, sur le niveau de dépendance et sur l'âge.* »

3.3.5 Basé sur sa situation dans l'environnement :

Il faut prendre en compte également le positionnement particulier du foyer dans le bassin d'emploi de Lège Cap-Ferret. Avec la construction de cette nouvelle structure, le foyer deviendra le premier employeur privé du nord-bassin. Ainsi, il pourra asseoir son image et continuer à entretenir de bonnes relations avec la mairie, en ayant plus facilement encore la possibilité de négocier des aménagements spécifiques et des participations techniques ou financières à ses projets.

Ce statut permettra aussi de recruter du personnel dans l'environnement. Cela contribuera à la fidélisation du personnel, surtout dans des métiers où le « turn-over » est important (I.D.E., A.M.P., voir médecin) En effet, l'éloignement de Bordeaux peut être considéré comme un handicap pour ce qui est du choix et du nombre de candidatures. De

plus, du fait de l'attractivité du lieu, le coût de la vie (logement, nourriture) est réellement très élevé sur le bassin d'Arcachon. De ce fait, beaucoup de professionnels ne peuvent actuellement s'implanter, faute de moyens suffisants. Ensuite, les infrastructures ne sont que celles d'une petite commune balnéaire, où la population passe de 6750 habitants⁹¹ l'hiver, à environ 150 000 sur la période d'été, ce qui n'est pas toujours très attractif.

Par contre, une fois recrutées, les personnes désireuses de travailler à Lège et qui font le choix de s'y fixer, resteront alors pour de nombreuses années.

Ce foyer, nécessairement médicalisé, va permettre de faire revenir l'institution à une situation plus cohérente de remise en conformité entre son agrément et sa mission. Le projet du F.A.M. devra répondre aux questions particulières des personnes handicapées âgées compte tenu du caractère multidimensionnel de leurs besoins. On peut imaginer qu'après quelques années d'ouverture, la quasi-totalité des personnes vieillissantes accueillies au F.A.M. aura atteint un niveau de dépendance important, réclamant une aide permanente et un accompagnement renforcé.

Cela implique le développement d'une culture « gérontologique » au sein d'un établissement à dominante « handicap ». Les cultures d'« accompagnement » et de « soins » qui prévalent dans les structures pour personnes âgées, n'ont pas le même sens et les mêmes conséquences en termes d'action au quotidien, que celles qui fondent les établissements pour personnes handicapées.

Schématiquement, là où les uns vont privilégier la réduction des souffrances, l'accompagnement dans la dignité et le respect, une action fréquemment palliative, les autres insisteront sur la dynamisation et le maintien des acquis des personnes âgées. Le projet de création de F.A.M. intégrera les savoir-faire du champ du handicap et ceux de la gérontologie. L'établissement à créer se veut un lieu de vie où l'on soigne et non un lieu de soins où l'on vit. Le projet se développera au regard des objectifs suivants :

- Garantir une surveillance et une prise en charge médicale de qualité, axée avant tout sur la prévention pour faire face à l'aggravation liée à l'âge croissant,
- préserver un espace de vie privatif conciliant une indispensable sécurité et une nécessaire liberté,
- maintenir les acquis et les repères sur lesquels se fonde l'identité de la personne. En évaluant de façon précise le potentiel de la personne handicapée, les capacités de celle-ci seront mobilisées autour d'activités diverses, soins du

⁹¹ Recensement de 2007.

corps, activités motrices, manuelles et artistiques, activités de socialisation et de vie quotidienne (aide au rangement, mise de table...),

- Prévoir une interaction et un cadre où les relations pourront se créer et/ou se maintenir avec les résidants du foyer « Alice GIROU » et le personnel, pour éviter les risques liés au changement de lieu de vie pour des personnes vieillissantes et au risque d'isolement des personnes en fonction de l'aggravation de leur pathologie et de leur dépendance.
- Enfin, soutenir la famille et les proches pour que les relations perdurent dans le temps.

3.4 Présentation du projet et estimation des ressources nécessaires à la création d'un F.A.M. pour adultes I.M.C. vieillissants.

Nous proposons donc la création d'un F.A.M. de 32 places au sein de la structure Alice GIROU, afin de permettre une qualité de vie et un rythme de vie adaptés aux résidants vieillissants en interaction avec le foyer occupationnel. Cette structure sera construite sur le terrain du foyer Alice GIROU et sera architecturalement et techniquement intégrée dans le paysage. L'établissement sera financé conjointement par la C.R.A.M.A.⁹² pour le forfait soin et le Conseil Général pour la partie hébergement. En se dotant d'un dispositif de soins adaptés, l'établissement répond aux besoins de prise en charge médicale et éducative du vieillissement et de la perte progressive d'indépendance des personnes accueillies. Il se fixe un cadre préventif en proposant une alternative à l'hospitalisation et évite les effets liés à la perte des points de repères. Ce projet sera présenté au C.R.O.S.M.S⁹³. en fonction du calendrier annuel proposé en 2008. Réalisée de plein pied, sous la forme de 4 pavillons (de 445 m²) de 8 chambres, reliés 2 à 2 afin de faciliter la communication entre elles mais aussi la sécurité, la nouvelle structure sera construite (sur le terrain du foyer), entre les studios du F.O. et les salles d'activités⁹⁴.

⁹² Caisse Régionale Assurance Maladie Aquitaine.

⁹³ Comités Régionaux d'Organisation Sociale et Médico-Sociale.

⁹⁴ CF annexe 17 « Evaluation des besoins en surfaces du F.A.M. »

RECAPITULATIF – ESTIMATION 2007 suite intervention Ergonome

Désignation	m ²	Q	m ²	€/m ² HT	€HT
Maisons (4 x 8 = 32 places)	445	4	1780		
Pavillon d'activités	110	1	110		
Pole médical	245	1	245		
Locaux communs administration	590	1	590		
Total surfaces			2725	1 500,00 €	4 087 500,00 €
VRD ~10%					408 750,00 €
Montant total travaux					4 496 250,00 €

L'architecture du F.A.M. intégrera les éléments de réflexion théorique sur la maladie d'Alzheimer en termes d'environnement, de possibilité de déambulation, de choix des matériaux et de sécurité.

Le budget global prévisionnel de la construction est évalué à 6 250 000 € pour une durée des travaux estimée à 18 mois, uniquement sur la partie construction de la nouvelle structure. Ce budget ne tient pas compte des intérêts de remboursement d'emprunts⁹⁵.

3.4.1 L'avant-projet institutionnel du F.A.M.:

Le F.A.M. assure de manière permanente aux personnes accueillies une assistance, des soins et un accompagnement individualisé, à travers : une équipe pluridisciplinaire coordonnée par un médecin généraliste, une surveillance des soins jour et nuit, des soins spécialisés prodigués par les infirmières et aides soignants, une recherche d'installation et d'équipement visant l'autonomie et le confort, un soutien psychologique (entretien d'aide et de psychothérapie), des séances de kinésithérapie, d'ergothérapie, de psychomotricité, de soins physiques réguliers, des consultations médicales.

Chaque adulte possèdera un projet de soin individuel et personnalisé.

La création d'un pôle de soins au F.A.M. permettra de centraliser les interventions des intervenants para médicaux du foyer « Alice GIROU » et du F.A.M. (salariés et libéraux) et favorisera ainsi les échanges professionnels et la mise en commun des moyens.

A) Le pôle « animation ».

L'animation fait partie intégrante des prestations offertes au même titre que le gîte et le couvert, l'aide à l'autonomie, les soins. Les activités individuelles ou collectives proposées ont pour objectifs généraux de contribuer à préserver le rôle social et à lutter contre la passivité de la personne âgée :

- En luttant contre l'isolement : se rencontrer avec les autres, favoriser la communication, les échanges affectifs,

⁹⁵ CF annexe 18 évaluations globales de l'investissement.

- En maintenant l'autonomie par des activités adaptées,
- En favorisant l'appartenance à un groupe social nécessaire à la sécurité.

Même si l'équipe travaillera dans le collectif, l'approche qui est faite rejoint l'individualisation dans la mesure où elle travaillera sur la recherche des intérêts de la personne, sur sa remobilisation. L'animation contribuera au bien-être de la personne et donc à sa santé dans ses dimensions physiques, psychologiques et sociales.

- un travail de stimulation et d'adaptation guidera toutes démarches de soins quotidiens, d'activités et d'accompagnement. La libre adhésion de la personne handicapée, allant de pair avec ses capacités, sera recherchée. Même très dépendant, un résidant handicapé (âgé de surcroît) reste une personne animée de désirs dont il faut maintenir l'identité.
- la particularité du projet est de créer une structure intégrée à la vie du foyer « Alice GIROU »⁹⁶. Il impose le choix de l'ouverture et de la transversalité avec le foyer tout proche et avec l'environnement direct. Ainsi, la cohabitation et l'interaction seront un objectif fondamental du projet d'animation et de vie sociale pour une qualité de vie des résidents et éviter ainsi le repli sur soi. En créant des espaces de convivialité et d'activités communes, l'organisation architecturale favorisera les rencontres et les temps d'animations au sein des 2 structures. Les temps forts qui rythment la vie quotidienne des résidents, le partage autour d'activités réalisées ensembles guideront le projet d'animation tant pour les résidents du F.O. que ceux du F.A.M.

Le rythme des activités sera agrémenté ponctuellement en fonction des saisons ou d'évènements liés à la vie des résidents, à l'environnement. L'animation sera ouverte sur l'extérieur et favorisera les allées et venues (familles, amis, intervenants extérieurs).

Enfin, la balnéothérapie (baignoire trèfle à remous installée dans les locaux du foyer « Alice GIROU ») sera mise à disposition du projet d'animation du F.A.M. Elle permettra au personnel de proposer des séances de massage, de relaxation, de bain de détente sans avoir à prévoir un nouvel investissement coûteux.

B) Une organisation modulable sur le déroulement d'une journée au F.A.M.

La différenciation des espaces de vie personnels et collectifs, la ponctuation des temps, la question des rythmes, la fonction de présence et d'accompagnement demeurent les paramètres de bases. Le temps des repas au F.A.M. devra permettre de développer la

⁹⁶ CF annexe 19 Schéma représentant l'organisation.

convivialité entre les résidents d'une même unité mais aussi être ouvert à ceux des autres maisons et ceux du foyer « Alice GIROU » (invités). Des résidents du F.A.M. pourront également être invités pour prendre leur repas dans la salle à manger collective du foyer « Alice GIROU ». Les repas de midi et du soir seront amenés, réchauffés et servis dans chacune des 4 maisons de 8 résidents. Les repas en petits groupes sur les maisons du F.A.M. sont préconisés pour les personnes les plus dépendantes.

La nature des activités internes et des sorties sera à redéfinir en fonction des pôles d'intérêts connus et à découvrir et de l'évolution des pathologies. Il est important que les possibilités de sorties accompagnées et de loisirs persistent les week-ends. Cet objectif nécessitera la présence de personnels en nombre suffisant et d'un ajustement des horaires pour permettre une présence sur place et une possibilité de sortie accompagnée (souvent un pour un en sortie pour pousser les fauteuils).

Enfin, l'achat d'un véhicule adapté (de type Master) permettra de compléter le parc de véhicules afin d'assurer les sorties extérieures.

C) Estimation des moyens humains nécessaires.

Le F.A.M. est une structure dont la mission première est de proposer une offre de service ayant pour objectif de répondre aux besoins de la population accueillie 24h/24h et ceci chaque jour de l'année. Ce type de fonctionnement implique un plateau technique et de pouvoir distinguer les différents services et personnels.

Une partie du personnel sera commun au foyer « Alice GIROU » et au F.A.M., une autre sera spécialisée dans l'intervention auprès des personnes vieillissantes et âgées⁹⁷. Le budget annuel prévisionnel pour couvrir les besoins en personnels est estimé à 3 327 000€.

L'équipe sera composée de 40,5 Equivalent Temps Plein de professionnels. Ce taux est calculé en fonction de la lourdeur des handicaps et du mode de fonctionnement⁹⁸. Le ratio d'encadrement demandé (hors remplacement) est de 1,27. Ce ratio, certes élevé, se comprend aisément, compte tenu des éléments suivants :

⁹⁷ CF Tableau d'évaluation qualitative et quantitative des besoins en personnels, en annexe 20.

⁹⁸ Le rapport de l'IGAS de 1994 précise que « *les associations considèrent que les ratios d'encadrement concernant les personnes multi-handicapées doivent se calculer sur la base des personnels se trouvant auprès d'elles, au sens éducation, rééducation, aide à la vie quotidienne, ce qui exclut les personnels administratifs et de service.* »

Les personnes accueillies se trouvent majoritairement dans une situation de dépendance totale vis-à-vis d'une tierce personne, pendant une durée de 6 heures par jour en moyenne. Le ratio d'encadrement doit permettre d'individualiser l'approche quotidienne de la personne. Si ce ratio n'est pas respecté, les interventions du personnel se résumeront à une succession d'actes sans que ceux-ci soient intégrés et pris en compte dans un véritable travail d'équipe médico-éducative. Le projet de prise en charge risque alors d'être perverti et l'usure peut se faire sentir rapidement. De plus, il est important de dégager du temps pour le soutien au personnel et les réunions.

Le F.A.M. sera ainsi doté d'une équipe pluridisciplinaire et qualifiée en nombre suffisant évaluée à 43 salariés. Elle sera composée de personnels éducatifs et de soins (aide soignant, aide médico-psychologique, éducateur, moniteur éducateur, animateur, infirmier, ergothérapeute, kinésithérapeute, médecin...). Sa composition pourra évoluer pour prendre en compte la dépendance des résidants au fil des années. En ce qui concerne l'encadrement des équipes, il sera confié à un cadre paramédical au vu des pathologies, la direction du complexe F.O./F.A.M. étant assurée par nos soins.

Le nouvel organigramme prendra en compte la transversalité de certaines compétences et certaines actions communes au foyer « Alice GIROU » et au F.A.M. Les chefs de service (du F.O et du F.A.M.) auront pour mission de faire vivre en équipe la complémentarité, la transversalité entre leurs services (mettre en œuvre la cohabitation).

Les services administratifs et généraux offriront aussi une prestation transversale au sein de l'établissement. L'organigramme sera centré à la fois sur les missions respectives des services et sur la coordination de la transversalité. Il s'agit de donner les moyens de diversifier l'offre de service, tout en préservant l'unité, la cohérence de l'établissement. Ainsi des réunions hebdomadaires de l'équipe de direction seront organisées.

Sous l'autorité du directeur du complexe F.O./F.A.M., le chef de service du F.A.M. aura la responsabilité de l'animation et de la coordination de l'équipe éducative et soignante. Il assurera la cohérence de la prise en charge pour chaque résidant. Par délégation, il sera garant de la sécurité, du confort et du bien-être des résidants. Remplaçant permanent du directeur, il sera garant du fonctionnement du foyer durant ses absences.

Il organisera la gestion quotidienne du travail, il élaborera les plannings, le suivi des entrées et des sorties et la préparation des admissions en collaboration avec la famille des futurs résidants. Il veillera et participera à l'élaboration du projet de vie de ces derniers. Il devra tenir un tableau de bord des activités. Il organisera des réunions de travail et limitera les difficultés de communication qui pourraient émerger de la différence entre culture sanitaire et éducative. Il veillera au maintien de l'articulation entre le foyer « Alice GIROU » et le F.A.M. En étroite collaboration avec le pôle médical du F.A.M., il

prendra en compte la complémentarité et l'interactivité avec tous les autres services. Enfin, il participera au développement du partenariat et pourra par délégation du directeur représenter l'établissement dans des groupes de travail avec différents acteurs du secteur du handicap.

Tous ces projets, toutes ces propositions managériales ont pour objet d'améliorer la qualité de prestation et le service à rendre à l'utilisateur. Nous devons, dans notre démarche de directeur prendre en compte un certain nombre d'indicateurs objectifs de réussite afin d'évaluer si nos propositions sont adaptées et, le cas échéant, pouvoir modifier nos orientations en cours de réalisation.

3.5 Les indicateurs de réussite du projet d'action.

Afin de mesurer la pertinence des mesures engagées et leurs effets, nous avons dégagé six indicateurs pour nous permettre d'évaluer le pilotage et les résultats de l'action à court et moyen terme.

1. Le niveau de participation et d'implication des salariés dans les comités de pilotage et les formations.
 - ✓ Le nombre ainsi que le taux de participation des salariés dans les formations proposées sera examiné. De plus, les entretiens annuels d'évaluation seront de bons indicateurs de la volonté des personnels à accompagner le changement.
 - ✓ La circulation de l'information et la transmission des savoirs faire et savoirs être entre les différents professionnels sera également apprécié.
 - ✓ Un autre moyen d'évaluer l'implication sera le nombre de remise à plat des écrits professionnels et des projets d'activités réalisés par les salariés. Si nous pouvons constater que la notion d'accompagnement dans le quotidien prend, dans les projets personnalisés, une place prépondérante, nous pourrions considérer que l'objectif du changement de culture est en passe d'être atteint.

2. L'évaluation de l'absentéisme et du nombre d'accidents du travail des salariés, mais aussi de l'évolution des demandes de soins des résidents.
 - ✓ Il nous faudra faire une étude comparative du taux d'absentéisme et du nombre d'accidents du travail en amont puis en aval des projets initiés dans notre troisième partie.
 - ✓ Il serait également intéressant d'évaluer l'évolution de la prise de traitement ainsi que des rencontres des médecins généralistes chez les résidents pour objectiver une meilleure prise en compte de leurs difficultés physiques, mais également psychique, grâce aux nouveaux projets.

3. La disparition des comportements infantilisants et des attitudes « maltraitantes. »

4. L'obtention des autorisations de création et de restructuration ainsi que le financement des différentes formations.
 - ✓ Ceci nous confortera dans l'évaluation que nous avons réalisée et dans le diagnostic posé. C'est le préalable et la confirmation du changement.

5. Le niveau de satisfaction exprimé par les usagers et leurs familles, dans les différentes instances (Conseil d'Administration, Conseil de la Vie Sociale., Projets Personnalisés, etc...) comme dans le cadre des réunions hebdomadaires de résidants.
 - ✓ Le taux de satisfaction pourra être évalué par le biais d'un questionnaire anonyme, mais aussi en fonction du nombre de résidants inscrits dans les différentes activités et la motivation à y participer. Il faudra également rencontrer les résidants annuellement, dans le cadre du projet personnalisé et évaluer avec eux, les améliorations et modifications nécessaires à apporter à leur prise en charge.

6. Le traitement quantitatif et qualitatif des situations repérées par la cellule de veille.

3.6 Conclusion de la troisième partie.

La lutte contre la maltraitance et la mise en adéquation de l'offre de service avec la réalité de la population que nous accueillons ont été le fil conducteur de l'action que nous nous proposons de mener aujourd'hui. En tant que directeur, nous devons accompagner le changement de culture professionnelle pour permettre un mieux être des salariés comme des usagers et pour ce faire, nous devons prendre en considération l'ensemble des contraintes réglementaires, politiques, financières et humaines. Ce travail de direction, de management, dans le respect de la personne et de la mission, ne peut exister sans une éthique personnelle et une conviction professionnelle sans faille. « *Diriger, c'est se mettre au service d'un projet, d'une organisation, d'un secteur. C'est occuper une place d'autant plus belle qu'on n'en est pas propriétaire.*⁹⁹ » Nous avons le devoir de mener à bien une restructuration et cela risque de susciter des tensions. Cependant, nous ne pouvons perdre de vue l'objectif final : la recherche de la « bienveillance » pour tous les résidants du foyer Alice GIROU et une réponse adaptée à la spécificité des personnes I.M.C. vieillissantes.

⁹⁹ MIRAMON J.M. COUET D. PATURET J.B., *Op.Cit.*, page 246.

CONCLUSION

Prendre la direction d'une structure telle que le Foyer Alice GIROU nécessite de prendre le temps d'écouter, d'observer et d'analyser les personnes et les pratiques qui la composent. Nous ne pouvions pas ne pas tenir compte de l'histoire et de la culture de cette institution. Toutefois, une fois le temps de l'observation achevé, il est de notre responsabilité de procéder à une évaluation du fonctionnement et de proposer les améliorations nécessaires.

Dans le cadre de la réflexion qui vous a été présentée, la problématique repérée était double : elle concernait tout d'abord le décalage qui existe aujourd'hui entre l'agrément, le projet d'établissement, l'architecture initiale du foyer Alice GIROU et la population accueillie. Elle mettait ensuite en exergue l'incidence qu'une conception erronée des pratiques professionnelles pouvait engendrer en termes de maltraitance et de « fatigue professionnelle ».

Nous avons contextualisé cette problématique dans notre première partie et cherché à vous présenter, de la manière la plus exhaustive possible, l'ensemble des éléments nécessaires à une vision la plus claire et objective. La deuxième partie, par les apports théoriques sur le vieillissement des infirmes moteurs cérébraux, la notion de bientraitance de maltraitance, et l'approche managériale du changement des cultures et pratiques professionnelles, nous a permis d'asseoir notre conviction et d'étayer les préconisations que nous avons faites dans notre troisième partie de travail.

Cette dernière a constitué en une proposition de réponses. Nous avons tout d'abord considéré qu'il était essentiel de refonder le projet du foyer occupationnel et nous avons expliqué en quoi ce travail ne pouvait se faire que dans le cadre d'un management participatif. Nous avons ensuite décidé qu'il était essentiel de travailler sur le risque de maltraitance et avons mis en avant quelques pistes d'interventions et orientations de formations pour endiguer ce fléau. Enfin, nous avons proposé la création d'une structure de type foyer d'accueil médicalisé pour répondre aux besoins particuliers de la population des infirmes moteurs cérébraux vieillissants, à leur différence en termes de rythme de vie, de besoins de médicalisation, de conception des projets personnalisés. Cette création répondra également aux désirs exprimés des résidents du foyer de continuer à vivre sur les lieux qu'ils ont choisis. Prendre en considération ces demandes entraînera évidemment une réflexion en terme d'accompagnement nouveau et de prestation adaptée.

S'occuper de personnes lourdement handicapées suppose pour les professionnels un engagement permanent, une « bonne distance éducative » entre le besoin exprimé et l'évaluation effectuée en équipe, entre le désir et la nécessité, entre le dit et le « non dit ».

La proximité physique mais aussi affective générée par une grande expérience de vie partagée peut engendrer des dysfonctionnements. Le professionnel peut être happé dans une relation fusionnelle ou, au contraire, tenté de s'en protéger par une mise à distance et un rejet du résident. L'absence d'évolution, l'aggravation du handicap, l'involution physique, psychiatrique et morale peut conduire les membres de l'équipe à des sentiments d'impuissance et de dévalorisation.

La fonction de direction que nous assumons consiste évidemment à maintenir le cadre et la loi, à être garant de la sécurité des personnes et des biens placés sous notre responsabilité, à gérer les infrastructures, les budgets et les hommes, à anticiper et parfois à sanctionner. Mais elle consiste aussi à mettre en exergue, en valeur, les qualités des personnes avec lesquelles nous travaillons au quotidien. Nous sommes attaché à accompagner les salariés dans une prise de conscience de leur compétence et de leurs « savoir faire et savoir être » et notre éthique nous pousse à faire partager cette notion d'une prestation de qualité, pour le bien-être des usagers que nous accueillons.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages.

- Afchain J** *Les associations d'action sociale, outils d'analyse et d'intervention*. Paris. Editions Dunod. 2001. 2^e édition. 267 pages.
- Ballé C.** *Sociologie des organisations*. Paris. PUF collection que sais-je. 1990. 127 pages.
- Beltran A. - Ruffat M.** *Culture d'entreprise et Histoire*, Paris. Les éditions d'organisation université, 2006, 158 pages
- Bernoux P.** *La sociologie des organisations*. Paris. Editions du Seuil. 1985. 382 pages.
- Chavaroche P.** *Equipes éducatives et soignantes en maison d'accueil spécialisée*. Vauchrétien : Matrice. 1996. 133 pages.
- Chavaroche P.** *Travailler en MAS. L'éducatif et le thérapeutique au quotidien*. Aubenas. Editions Trames, 2003. 199 pages.
- Crozier M et Friedberg E.** *L'acteur et le système*. St Amand Montrond. Editions du Seuil. 1992. 500 pages.
- Dalla Piazza S.** *Handicap congénital et vieillissement*. Bruxelles. Editions De Boeck et Larcier. 2005. 135 pages.
- Ducalet P. Laforcade M.** *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales*. Gap. Editions Seli Arslan. 2001. 272 pages.
- Dupuy F.** *L'alchimie du changement, Problématique, étapes et mise en œuvre*, Paris, Editions Dunod, 2001, 181 pages.
- Fustier P.** *Le travail d'équipe en institution*. Liège. Editions Dunod. 2004. 213 pages.
- Friedberg E.,** *Le pouvoir et la règle, dynamique de l'action organisée*. Paris. Edition du Seuil. 1993.
- Gabbaï P et Breitenbach N** *La personne handicapée, vieillissante ou âgée*. Editions CTNERHI. Collection dossiers professionnels, 3^e édition, 2003. 106 pages.
- Haeringer J., Traversaz F.** *Conduire le changement dans les associations*. Paris. Editions Dunod. 2002. 243 pages.
- Lefebvre P.,** *Guide de la fonction de directeur d'établissement social et médico-social*. Paris, Editions Dunod, 1999. 305 pages.
- Lewin K.** *Resolving Social Conflicts*. A.P.A. New-York, Editions Harper, 1968, 422 pages.
- Loubat J-R.** *Résoudre les conflits dans les établissements sanitaires et sociaux*. Liège. Editions Dunod. 2003. 282 pages.
- Loubat J-R.** *Elaborer son projet d'établissement social et médico-social*. Paris. Editions Dunod. 2002. 264 pages.

Miramón J-M. *Le métier de directeur, techniques et fictions.* Rennes. Edition ENSP. 3^e édition. 2005. 270 pages.

Thévenet M. *La culture d'entreprise*, Paris, Collection Que sais-je?, numéro 2756, Presses Universitaires de France, 5^e édition, 2006, 128 pages.

Thiéart R-A. *Le management*, Paris, Collection Que sais-je ?, numéro 1860, PUF, 10^e édition, 1999, 123 pages.

Tomkiewicz S. *Aimer mal, châtier bien. Enquête sur les violences dans les institutions pour enfants et adolescents*. Paris. Editions du Seuil, 1991

Zribbi G. *Dictionnaire du handicap.* Rennes. Editions ENSP. 2004. 351 pages.

Zucman E. *Accompagner les personnes polyhandicapées.* Paris. Editions CTNERHI. 2000. 261 pages.

Articles.

Gabbai P. « *Longévité est avancée en âge des personnes handicapées mentales et physiques* », Périodique gérontologie et société. Septembre 2004. N°110.

Gérard J. et Huybrechts C., « *vieillir ensemble : comment le vieillissement se traduit-il chez la personne IMC pour son entourage?* », ligue d'aide aux infirmes moteurs cérébraux de la communauté française de Belgique, document de travail, 2000.

Visser F. « *Utilisation de l'EEG pour détecter la maladie d'Alzheimer dans la trisomie 21* », Alzheimer Actualités, N°121, pages 8-11, 1997.

Actes de colloques.

« *Faire face aux besoins de la personne handicapée âgée. Quelles perspectives de rapprochement pour les secteurs des personnes handicapées et des personnes âgées ?* ». Actes des journées d'études et de formation du CREAHI d'Aquitaine dans le cadre des Etats Généraux de la Santé des 11 et 12 mars 1999 à Bordeaux. 124 pages.

Ouvrages collectifs.

Barreyre J-Y, Bascoul J-L, Doisneau O, Eynard C, Rothkegel P, Werlen F, CREAI Île-de France. « *Les accompagner jusqu'au bout du chemin, l'accueil des personnes handicapées mentales vieillissantes* », Rennes, Fondation de France, Éditions de l'E.N.S.P., 2000, 187 pages.

UNAPEI, Collectif, « *Livre blanc, maltraitance des personnes handicapées mentales dans la famille, les institutions, la société. Prévenir, repérer, agir.* », Éditeur UNAPEI, 2000, 72 pages.

Salbreux R, Gascon H, Ionescu S, Gabbai P, (sous la direction de). « *Déficience intellectuelle et épuisement professionnel.* » Paris, Editions AIRHM. 2003. 357 pages.

Tuffreau F. et Le Guével A. « *Dictionnaire de l'organisation sanitaire et médicosociale.* » Rennes. Editions ENSP. 2007. 492 pages.

Zribbi G. et Sarfaty J. (sous la direction de). « *Le vieillissement des personnes handicapées mentales.* Rennes. Editions ENSP. 2003. 198 pages.

Rapports et études.

APF. « *Enquête sur les attentes et les besoins des personnes atteintes par une infirmité motrice cérébrale.* » APF Ecoute Infos. Mars/Avril 2006. 33 pages.

Bas-Théron F. et Branchu C. « *Evaluation du dispositif de lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des personnes handicapées mis en œuvre par les services de l'Etat dans les établissements sociaux et médico-sociaux.* ». IGAS, N° 2005 179, Mars 2006. 97 pages.

Blanc P. « *Commission d'enquête sur la maltraitance des personnes handicapées.* Rapport Sénatorial N° 339. Tome 1. Session ordinaire de 2002-2003. Juin 2003. 244 pages.

Colson A. Chef du groupe de projet Ariane. « *La conduite du changement au sein du secteur public : une contribution pour l'action.* ». N°13, Septembre 2005. 66 pages.

Comité Consultatif National d'Ethique pour les sciences de la vie et de la santé. « *Rapport sur le vieillissement.* ». N° 59 du 25 mai 1998. 25 pages.

Conseil Général de la Gironde. « *Schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale des personnes adultes handicapées de la Gironde 2007/2011.* ». Bordeaux. 2007. 320 pages

Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques (DREES). « *Etudes et résultats. Les personnes polyhandicapées prises en charge par les établissements et services médico-sociaux.* » N° 391, Avril 2005. 8 pages.

Secrétariat d'Etat aux personnes âgées. « *Projet de programme de prévention et de lutte contre la maltraitance des personnes âgées.* » Novembre 2002. 20 pages.

Tchernonog V et Vercamer J-P. « *Trajectoires associatives, enquête sur les facteurs de fragilité des associations.* » CNRS et Deloitte, Mars 2006. 38 pages.

Mémoires.

Achain L. « *Restructurer un foyer d'hébergement éclaté en FAM pour favoriser l'accompagnement des personnes handicapées motrices vieillissantes.* » CAFDES, ENSP, Rennes. 2006. 86 pages.

Besanger P. « *Réorienter la fonction d'accompagnement : une stratégie de prévention de l'usure professionnelle en MAS .* » CAFDES, ENSP, Rennes. 2004. 160 pages.

D'Aillieres B. « *Handicap et Vieillesse* », Mémoire pour l'obtention du diplôme de Capacité de Gériatrie Faculté de Médecine d'Angers, 2001.

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 Récapitulatif des définitions des différents types de structures.	II
Annexe 2 Quelques dates.	III
Annexe 3 Tableau des logiques émergentes selon M. HAERINGER.	V
Annexe 4 Localisation et plan du foyer Alice GIROU.	VI
Annexe 5 Pyramide des âges.	IX
Annexe 6 Répartition des résidants du foyer par tranches de 10 ans en janvier 2007.	X
Annexe 7 Pourcentage par tranche d'âge des résidants en 2009.	XI
Annexe 8 Présentation synthétique des G.I.R.	XII
Annexe 9 Dépendance quotidienne des résidants et capacités occupationnelles En 2006 et projection à 2010.	XIII
Annexe 10 Tableau global des effectifs du foyer Alice GIROU en 2007.	XIV
Annexe 11 Tableau des effectifs et de l'ancienneté des contrats.	XV
Annexe 12 Tableau de la moyenne Nationale d'encadrement.	XVII
Annexe 13 Pyramide de MASLOW.	XVIII
Annexe 14 Représentation symbolique d'un système.	XIX
Annexe 15 Les 8 étapes nécessaires au changement de culture du modèle de KOTTER.	XX
Annexe 16 Le « Patatogramme ».	XXI
Annexe 17 Evaluation des besoins en surface du F.A.M.	XXIII
Annexe 18 Evaluation globale de l'investissement	XXV
Annexe 19 Schéma représentant l'organisation.	XXVI
Annexe 20 Evaluation qualitative et quantitative des besoins en personnels.	XXVII

Annexe 1

Récapitulatif des définitions des différents types de structures :

Maison d'accueil spécialisé (M.A.S.)

Elles sont fondées juridiquement par l'article 46 de la loi d'orientation du 30 juin 1975.

Elles sont destinées à des personnes qui n'ont pu acquérir un minimum d'autonomie et dont l'état requiert une surveillance médicale et des soins constants : Les objectifs et conditions de fonctionnement sont précisés par les décrets n° 78-1911 du 26 décembre 1978 et n° 83-262 du 31 mars 1983. Leur financement est assuré par l'assurance maladie.

Foyer occupationnel (F.O.)

Foyer de vie pour adultes handicapés : décrets nos 77 1547 et 1548 du 31 décembre 1977. Sans assise légale propre, les F.O. entrent dans le cadre de la Loi 1975 et leur financement est totalement à la charge des départements.

Ils accueillent des personnes sensiblement moins dépendantes que celles vivant en M.A.S. Ces personnes ne doivent pas nécessiter de soins médicaux constants car les F.O. ne sont pas dotés d'organisation propre de soins. Ils accueillent des personnes handicapées qui ne possèdent pas la capacité de travailler mais qui ont une autonomie suffisante dans la vie quotidienne.

« Ils accueillent, à la journée ou à temps complet, des personnes qui ne sont pas en mesure de travailler mais qui disposent d'une certaine autonomie physique ou intellectuelle. »

Foyer à double tarification (F.D.T.) qui deviendra (F.A.M.)

Foyer à double tarification : ce type d'établissement, créé à titre expérimental par une circulaire de février 1986, aura une reconnaissance juridique dans la loi du 2 janvier 2002 sous l'appellation « foyer d'accueil médicalisé ». Il relève de la Loi de 1975, mais n'a pas de fondement législatif propre. Associe deux financeurs : l'un relatif aux prestations de soins dispensés dans l'établissement (financé par l'État via l'assurance maladie), l'autre couvrant les frais d'hébergement (financés par l'Aide Sociale du Département par l'intermédiaire de la D.S.G.)

Les F.D.T. ont pour mission d'accueillir des personnes handicapées physiques, mentales (déficients intellectuels ou malades mentaux handicapés) ou atteintes de handicaps associés dont la dépendance totale ou partielle les rend inaptes à toute activité à caractère professionnel et rend nécessaire l'assistance d'une tierce personne pour la plupart des actes essentiels de l'existence, ainsi qu'une surveillance médicale et des soins constants.

ANNEXE 2

Quelques dates :

1964 : création du premier établissement de soins et d'éducation spécialisés à Cenon (33150).

- pour des enfants de 3 à 16 ans présentant une déficience motrice avec ou sans troubles associés.

1974 : les enfants vieillissent, un second établissement voit le jour,

- destiné à des adolescents et des jeunes adultes de 12 à 22 ans, présentant une déficience motrice avec troubles associés, pour une prise en charge globale thérapeutique : l'établissement de soins et d'éducation spécialisés « Domaine de Bire », à Tresses.

1975 : Agrément des deux établissements au titre des annexes 24 bis et 24 ter pour l'accueil d'autres pathologies motrices que les I.M.C.

1985 : Création d'un **service vacances**.

- organisation de séjours pendant les vacances d'été et de printemps, de sorties, de week-end, pour des enfants en dehors des temps scolaires et de prise en charge spécialisée, dans des conditions adaptées à leur handicap.

1985 : Création du **foyer de vie « Autrement » à Cenon**.

- foyer occupationnel avec hébergement pour adultes déficients moteurs dépendants.

1987 : Création d'un deuxième établissement, avec l'agrément F.O. pour adultes à **Lège Cap-Ferret** (Nord Bassin d'Arcachon), le foyer « ALICE GIROU ».

1992 : Agrément des deux établissements de soins et d'éducation spécialisés au titre des nouvelles annexes 24 bis et ter pour l'accueil :

- à Cenon, d'enfants déficients moteurs et polyhandicapés
- à Tresses, d'adolescents déficients moteurs et polyhandicapés.

1992 : Création du Service d'Éducation Spécialisée et de Soins à Domicile pour les enfants de 0 à 7 ans présentant une déficience motrice avec ou sans troubles associés.

- Le **SESSAD** intervient au domicile des enfants et sur les lieux d'intégration. (crèches, écoles, halte-garderie).

1992 : Création d'un internat de semaine (**accueil de nuit**) à Tresses.

- c'est alors la première fois, pour nombre de parent, qu'une séparation est rendue possible dans des conditions de prise en charge sécurisées.

1993 : Création du service « **Horizon Professionnel** ».

- Premières interventions orientées vers l'insertion professionnelle des personnes porteuses d'un handicap moteur (tentatives d'insertion en milieu ordinaire de travail et/ou en milieu protégé). Ce service fermera en 1995, faute de résultats et de résidents susceptibles d'y rentrer.

1993 : Création d'un logement indépendant, rattaché au foyer « Alice GIROU » : la villa « la Chèneraie » à Lège Cap-Ferret.

- Cette villa s'adresserait à des résidents désireux d'être hébergés dans des conditions de vie la plus autonome possible.

Décembre 2003 : Création d'un Foyer d'Accueil Médicalisé, à Lormont.

2005 : L'A.R.I.M.C. devient l'A.G.I.M.C. (Association Girondine des I.M.C.)

ANNEXE 3 :

Tableau des logiques émergentes selon M. HAERINGER.

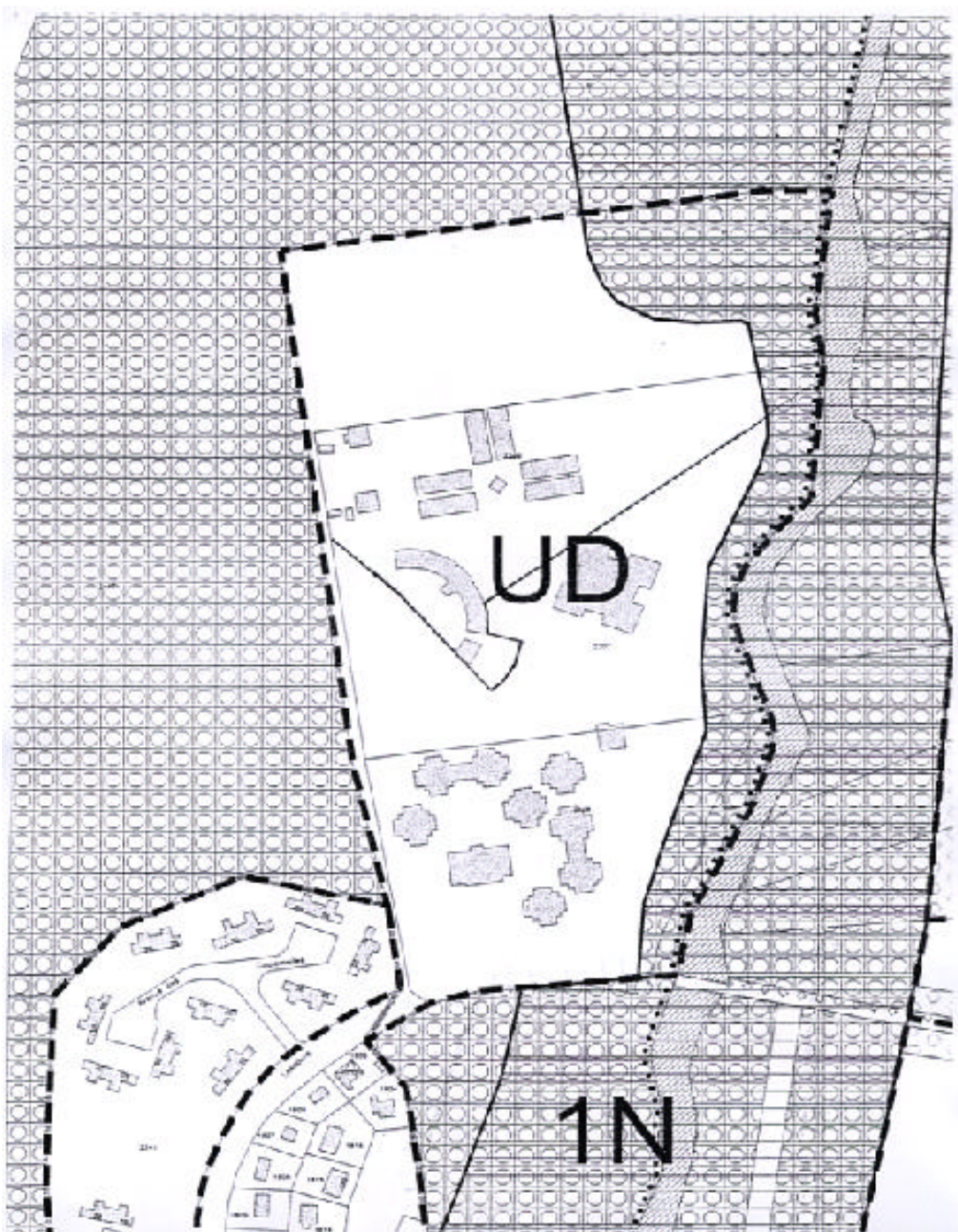
Les éléments du cadre institutionnel		La logique domestique	La logique d'aide	La logique d'entraide	La logique de mouvement
Les conceptions partagées : « le monde commun »	La solidarité	Dons, partage entre les membres de la « famille », de la « maison », l'échange est au service du lien	Philanthropie, sollicitude, sentiment de responsabilité à l'égard de plus démunis	le lien de proximité fondé sur un principe de liberté, de démocratie et de réciprocité	L'exercice démocratique pour infléchir l'action publique
	L'action collective	Action de proximité, interpersonnelle et inscrite dans les réseaux primaires	Engagement auprès de publics déterminés dans des catégories abstraites	Auto-organisation,	Action revendicative pour un changement institutionnel élargie
	Le rapport entre espace public et production	Rabattement sur l'espace privé, importance des « services rendus »	Priorité donnée à l'activité sur l'espace public	Valorisation socio-économique de la production de services	L'activité de services incluse dans l'espace public

ANNEXE 4

Localisation et plan du foyer « Alice GIROU » sur la commune de Lège Cap-Ferret.



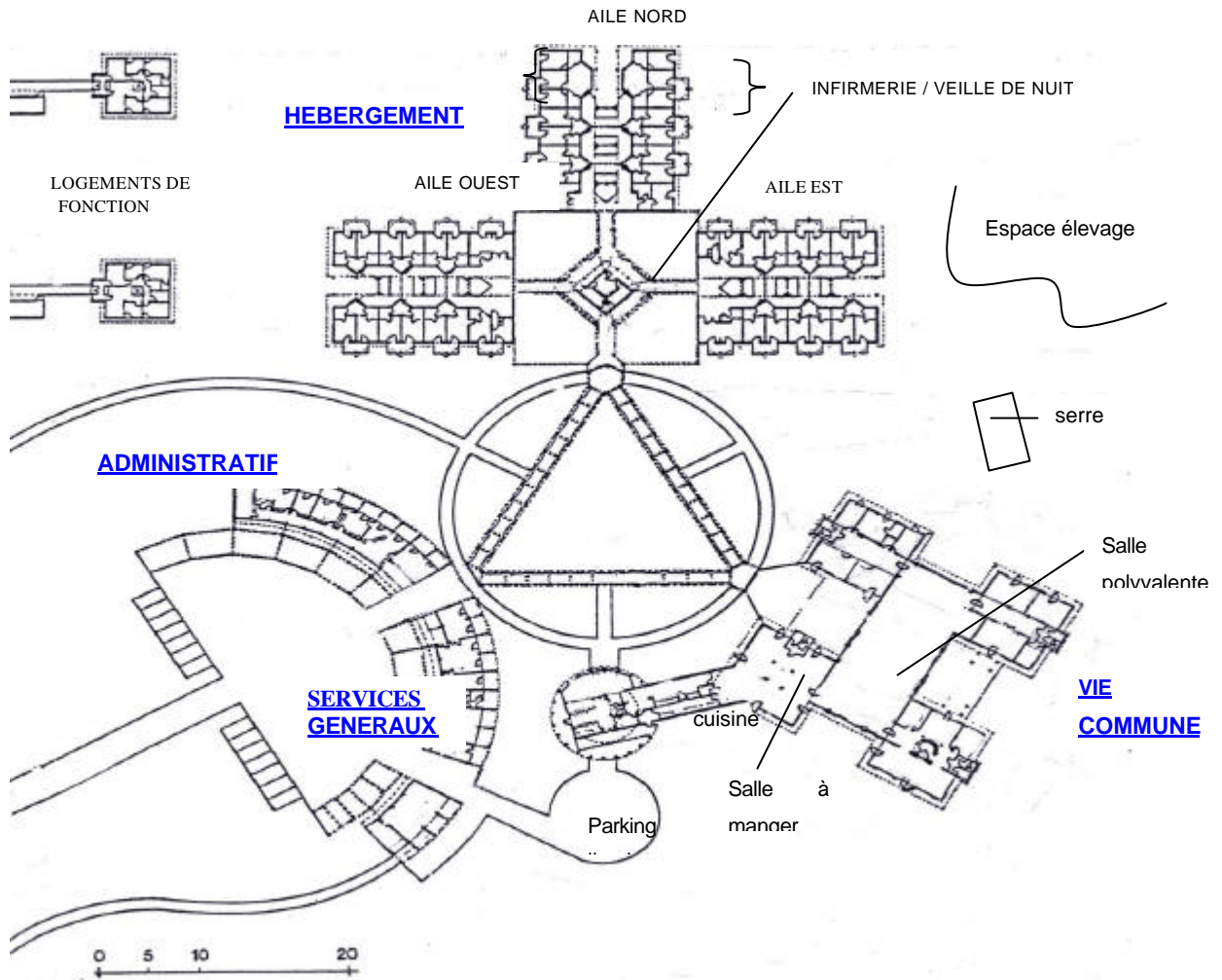
Situation juridique du terrain et des bâtiments existants



Le terrain appartient à l'association A.G.I.M.C. qui l'a acquis de la Commune de Lège-Cap Ferret. L'association a donné à bail emphytéotique pour une durée de 55 ans (expiration le 7 août 2040) à l'Office Public d' H.L.M., une parcelle pour construire des bâtiments.

L'A.G.I.M.C. reste propriétaire de la parcelle et les constructions O.P.H.L.M. deviendront propriété de l'association à la cessation du bail emphytéotique.

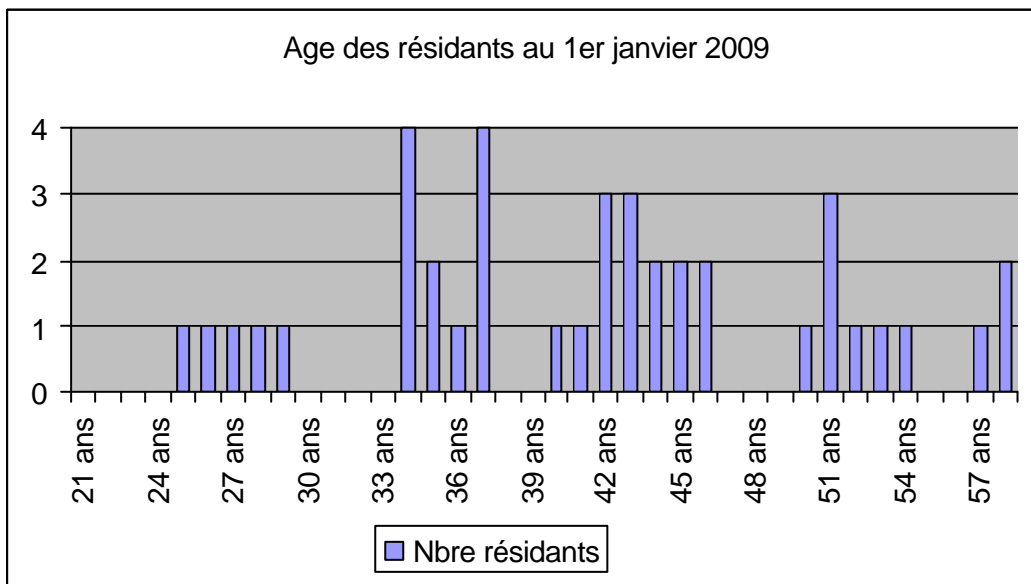
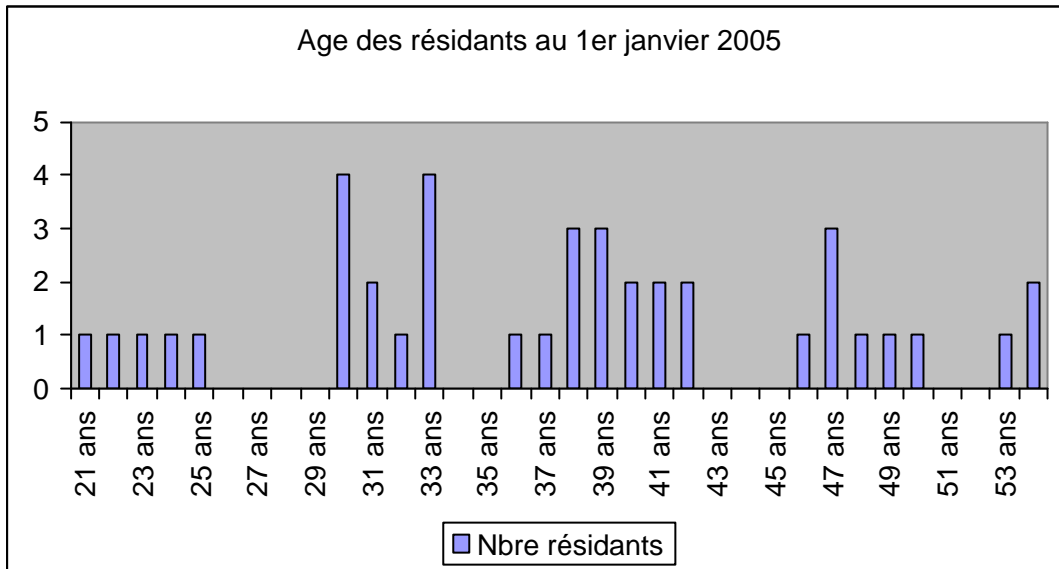
Plan du foyer « Alice GIROU »



ANNEXE 5

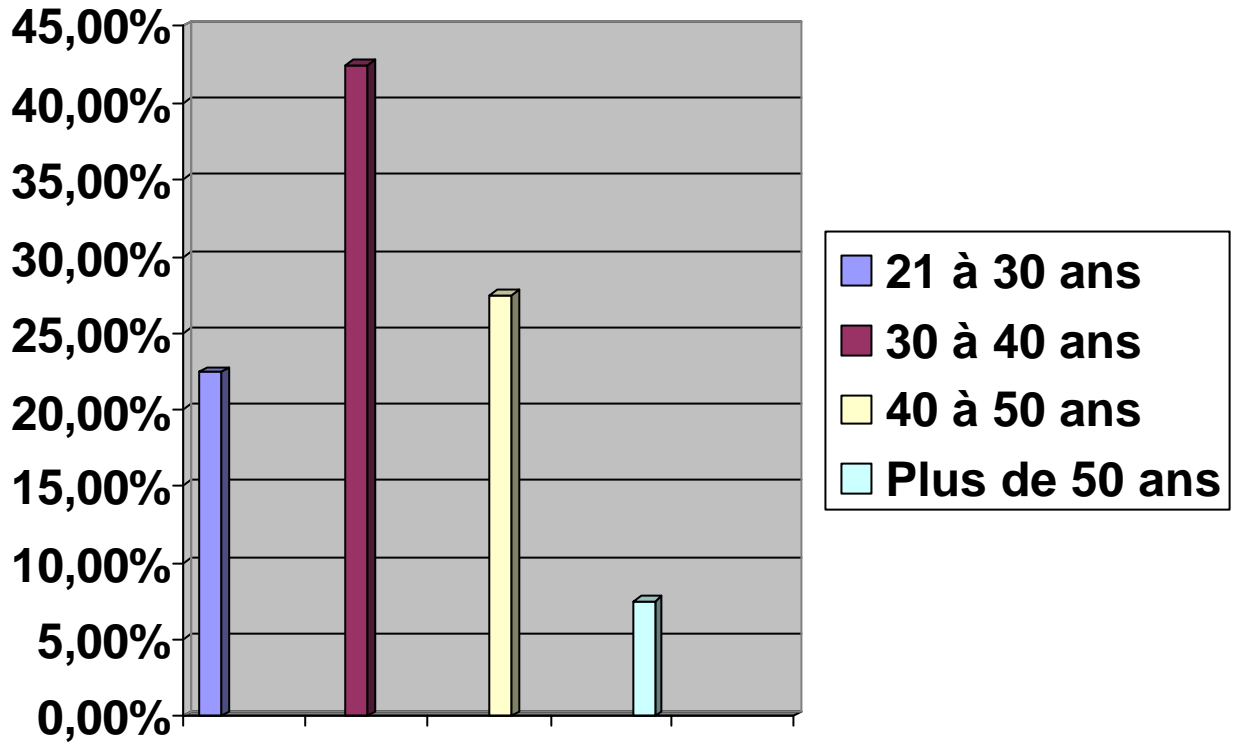
Pyramides des âges : au 1^{er} janvier 2005 et projection 2009

Le 1^{er} janvier 2005, la moyenne d'âge est de 38 ans, elle sera de 40 ans en 2009.



ANNEXE 6

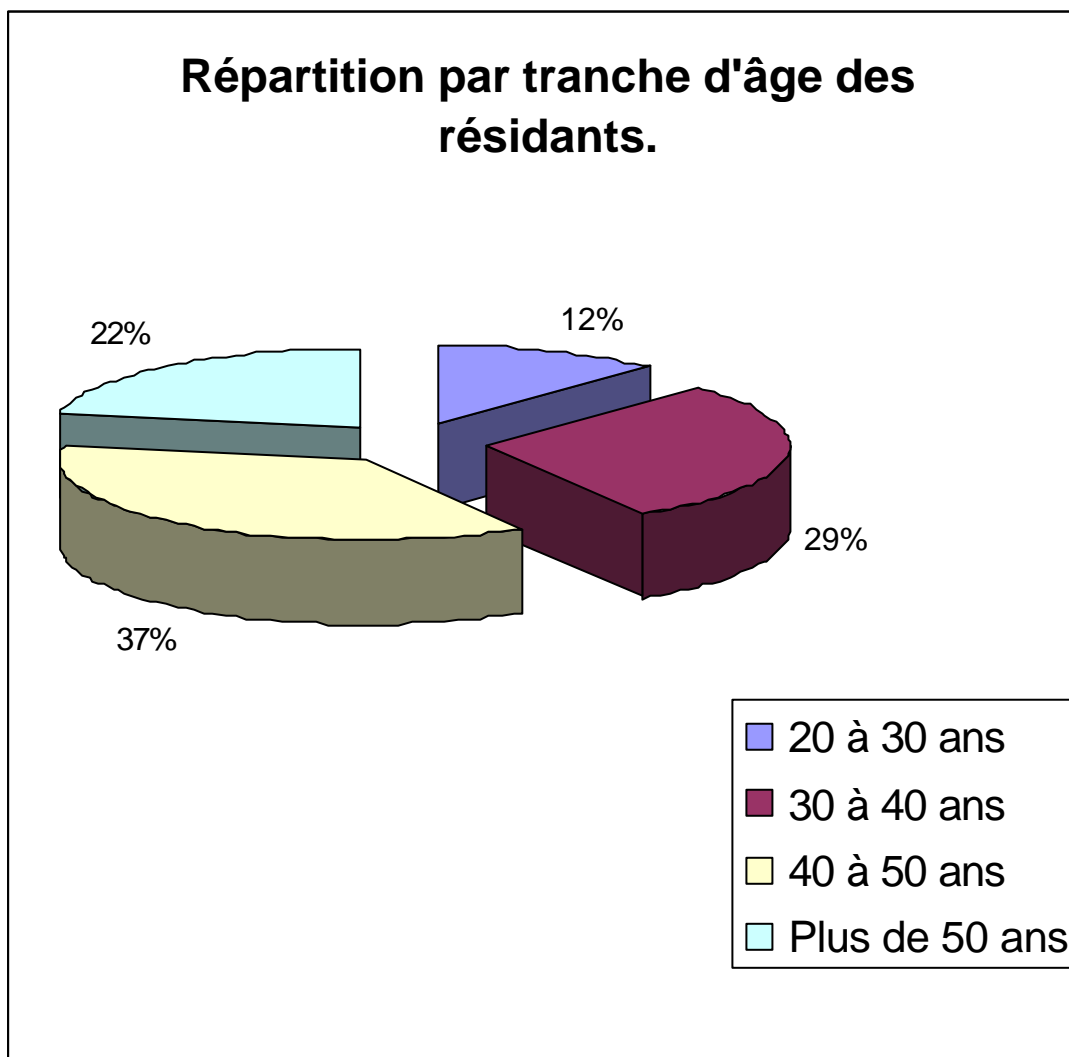
Répartition des résidents du foyer par tranches de 10 ans en Janvier 2007.



ANNEXE 7

Pourcentage/tranche d'âge des résidants en 2009.

au 01/01/ 2009	Nombre résidants	Pourcentage
de 20 à 30 ans	5	12,2%
+ de 30 à 40 ans	12	29,3%
+ de 40 ans à 50 ans inclus	15	36,6%
+ de 50 ans	9	21,9%



ANNEXE 8

Présentation synthétique des G.I.R.

G.I.R.	Groupe ISO Ressource
1	Personnes ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale
2	Personnes grabataires lucides et démentes déambulant ou détériorés mentaux graves
3	Personnes ayant conservé leur autonomie mentale et partiellement leur autonomie locomotrice
4	Personnes qui n'assument pas seules leurs transferts mais se déplacent seules à l'intérieur du logement, s'alimentent seules ou qui n'ont pas de problèmes locomoteurs mais qu'il faut aider
5	Personnes qui assurent seules leurs transferts et déplacement et qui s'alimentent et s'habillent seules
6	Personnes n'ayant pas perdu leur autonomie pour les actes de la vie courante

ANNEXE 9

Dépendance quotidienne des résidents et capacités occupationnelles en 2006 et projection à 2010.

Groupes ISO	Nombre de résidents en 2006	Nombre de résidents approximatif en 2010
GIR 1	1 (orientation MAS)	1 (orientation MAS)
GIR 2	7	21
GIR 3	25	10
GIR 4	8	9
GIR 5		
GIR 6		
TOTAL	41	41

ANNEXE 10

Tableau global des effectifs du foyer Alice GIROU en 2007 :

FONCTION	EQUIVALENT TEMPS PLEIN (E.T.P.)	NOMBRE DE PERSONNES PHYSIQUES
Personnel administratif	3,5	4
Personnel services généraux	12,45	13
Personnel médico-technique	9 ,16	12
Personnel éducatif et social	23	23
<i>TOTAL</i>	48,11	52

ANNEXE 11

Tableaux des effectifs du foyer et de l'ancienneté des contrats.

EQUIPE EDUCATIVE				
	<i>NOM - Prénom</i>	<i>Date Naissance</i>	<i>Age au 25/07/2007</i>	<i>Diplômes</i>
1	ABRAHAM Annie	30/04/1954	53	AMP
2	ADNET Catherine	19/01/1967	40	ME
3	ARNOUS Valérie	26/05/1967	40	AS
4	BANZET Christian	26/06/1963	44	AMP
5	BARES Chantal	03/09/1961	45	AMP
6	BELLY Pierre	19/07/1964	45	ME
7	BENMAMMAR Keira	25/11/1970	36	ME
8	BESLOU Annie	02/06/1953	52	AS
9	CAZENAVE Frédéric	05/08/1969	37	AMP
10	CHOPIN Patricia	20/02/1965	36	AS
11	DESION Laurence	03/01/1964	38	AS
12	DOS SANTOS Alberto	02/09/1960	46	AMP
13	EL MAJDOULI Drissia	01/02/1970	37	ES
14	GERIN Vincent	30/07/1958	49	AMP
15	JACOB Thierry	05/01/1967	40	AMP
16	LAFOND Sylvie	07/01/1969	38	ES
17	LABORDE Mireille	03/07/1950	57	AMP
18	LAGROYE Annie	12/10/1944	62	AS
19	LAVALLERY Véronique	04/08/1967	39	AS
20	LEGNES Jocelyne	23/06/1965	42	ME
21	LEVIS Gloria	18/10/1949	57	AMP
22	MENDES Vincent	02/01/1973	34	AMP
23	PEVROL Dominique	29/10/1962	44	ME
24	PEYREBRUNE Jany	30/06/1951	56	Animatrice
25	PICHENOT Jacqueline	28/01/1944	63	ES
26	TEDESCHI Martine	15/05/1957	50	AMP
27	VIGUIE Danielle	16/03/1965	42	ME
28	VIGUIE Joël	16/08/1965	41	AMP

MOYENNE D'AGE EDUCATIF 45,11

12
6
6
3

SERVICE GÉNÉRAUX Et PARAMED				
	NOM - Prénom	Date Naissance	Age au 25/07/2007	Diplômes
1	ABADIE Norbert	29/04/1967	40	Cuisinier
2	BEAUNE Thomas	19/10/1972	34	Chef de service
3	CHAVANSOT Ghislaine	27/06/1959	50	Lingère
4	COURREGE Agnès	21/07/1964	43	Secrétaire
5	CUEL Yvette	04/02/1955	52	AS
6	DUCANDAS Pascale	02/04/1961	46	Directrice
7	DURAND DASTES Paule	02/06/1958	49	Psychologue
8	FEDEE Juliana	16/02/1957	50	IDE
9	GORRY Brigitte	27/03/1956	51	Veilleur
10	GRILLON Stéphane	08/06/1974	33	Ergo
11	LAFARGUE Jacqueline	22/12/1945	61	Cuisinier
12	LAFOND Christine	10/07/1959	48	ASI
13	MANET Dominique	12/01/1964	43	ASI
14	NADAU Florence	10/02/1964	43	Secrétaire
15	PASTOR Violette	17/11/1969	37	ASI
16	PILET Sylvie	20/02/1967	40	ASI
17	SALANIER Jean-Claude	20/10/1950	56	Veilleur
18	SALESSE Myriam	14/11/1955	51	IDE
19	SEBILE Marie-Georges	24/09/1952	54	ASI
20	TILLIER Olivier	18/02/1967	40	Ouvrier entretien
21	TRIOLET Dominique	29/01/1956	51	Ouvrier entretien
22	VARGAS Elisabeth	23/10/1949	57	Psychologue
23	VIDOIRE Nadia	20/02/1958	49	ASI

MOYENNE D'AGE

46,87

ANNEXE 12

Tableau de moyenne Nationale d'encadrement.

en %

Fonction exercée	MAS		FAM		Foyer occupationnel	
	Établissements recevant des adultes polyhandicapés	Établissements ne recevant pas des adultes polyhandicapés	Établissements recevant des adultes polyhandicapés	Établissements ne recevant pas des adultes polyhandicapés	Établissements recevant des adultes polyhandicapés	Établissements ne recevant pas des adultes polyhandicapés
Personnel de direction, de gestion et d'administration et personnel des services généraux	26	26	25	26	35	33
Personnel d'encadrement sanitaire et social	2	3	3	3	3	4
Personnel éducatif, pédagogique et social	41	37	39	42	53	55
Éducation spécialisée	35	30	32	32	41	43
dont aide médico-psychologique	29	24	26	23	28	26
Autre	6	7	7	10	12	12
Personnel médical	1	1	1	1	0	0
Psychologues et personnel paramédical diplômé	30	34	33	28	9	8
dont aide-soignant	19	21	21	17	5	4
Taux d'encadrement global (1)						
1 ^{er} quartile	102,8	95,4	85,8	84,1	46,7	32,6
Médiane	112,9	113,3	103,8	104,8	69,9	60,0
3 ^e quartile	124,4	134,2	120,0	116,3	92,9	82,9

(1) Nombre d'emplois en équivalent temps plein (ETP) toutes les fonctions confondues pour 100 places.

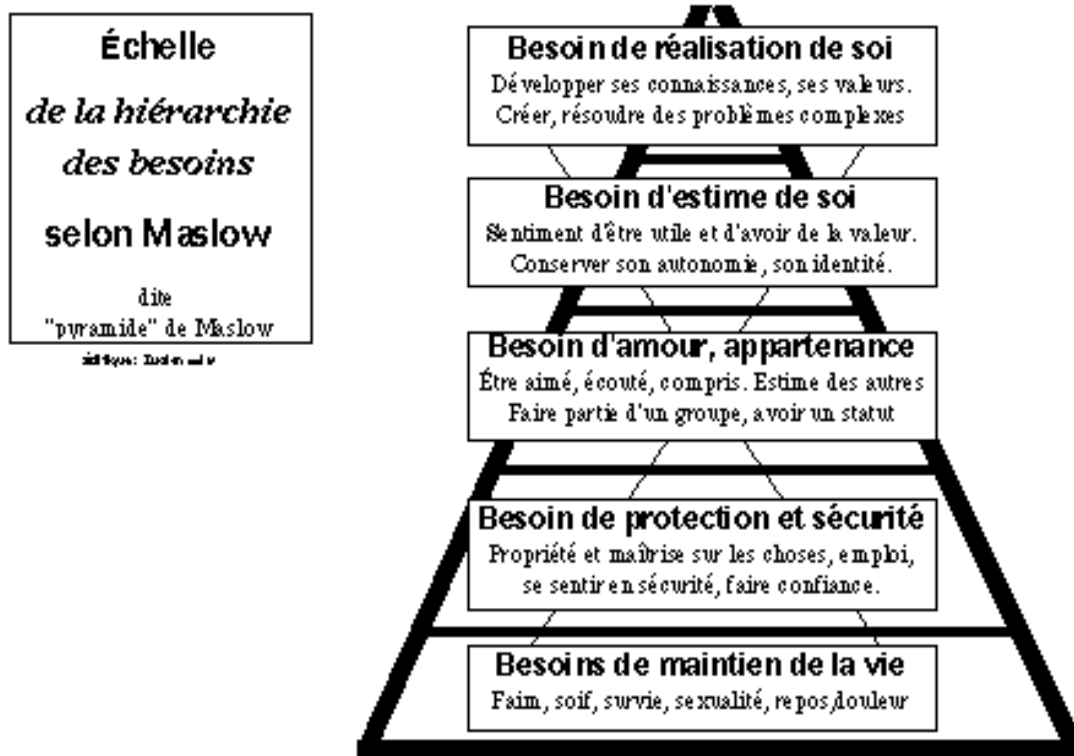
Source : enquête ES, Drees

Pyramide de MASLOW.

Théorie des besoins de l'homme selon Maslow

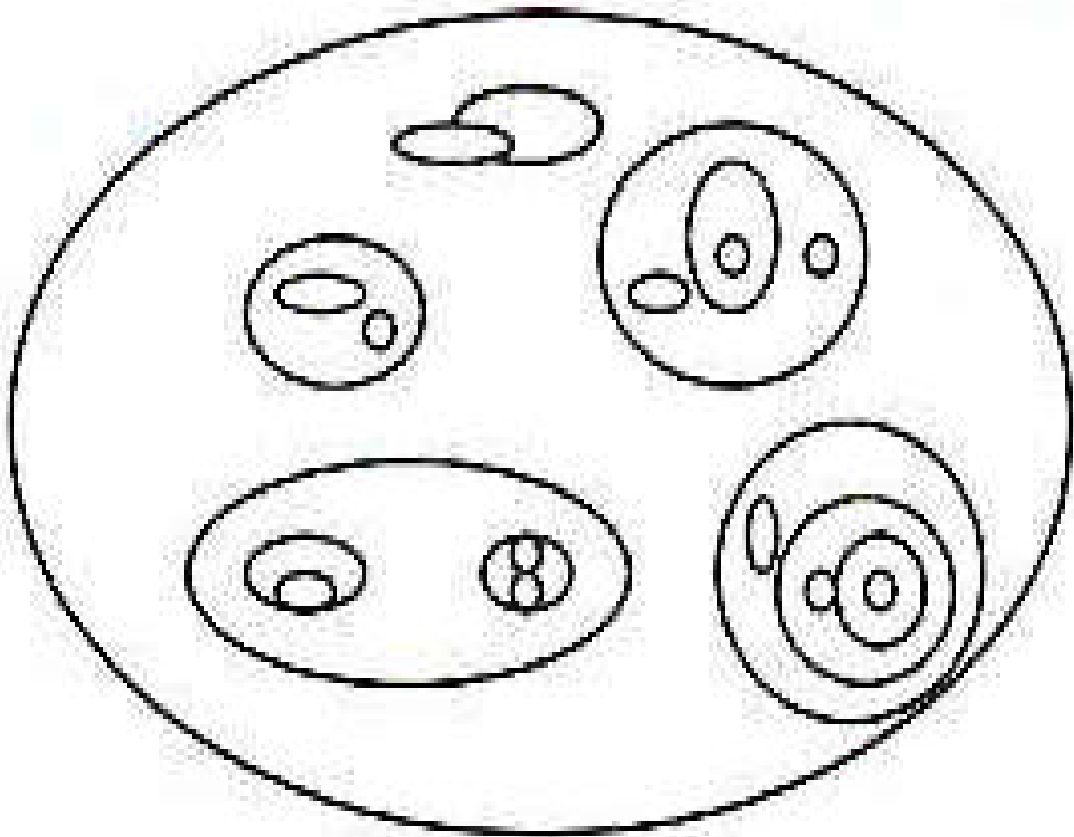
Abraham Maslow, psychologue américain, définit l'homme comme un tout présentant des aspects physiologiques (organisation du corps physiologique et biologique), psychologiques et sociologiques (sécurité, appartenance, reconnaissance) et spirituels (dépassement).

Maslow détermine aussi **une hiérarchie des besoins** : la satisfaction des besoins physiologiques doit précéder toute tentative de satisfaction des besoins de protection (sécurité) ; lesquels doivent être satisfaits avant les besoins d'amour (appartenance), qui précèdent les besoins d'estime de soi (reconnaissance) ; au sommet de la pyramide se trouvent les besoins spirituels (dépassement).



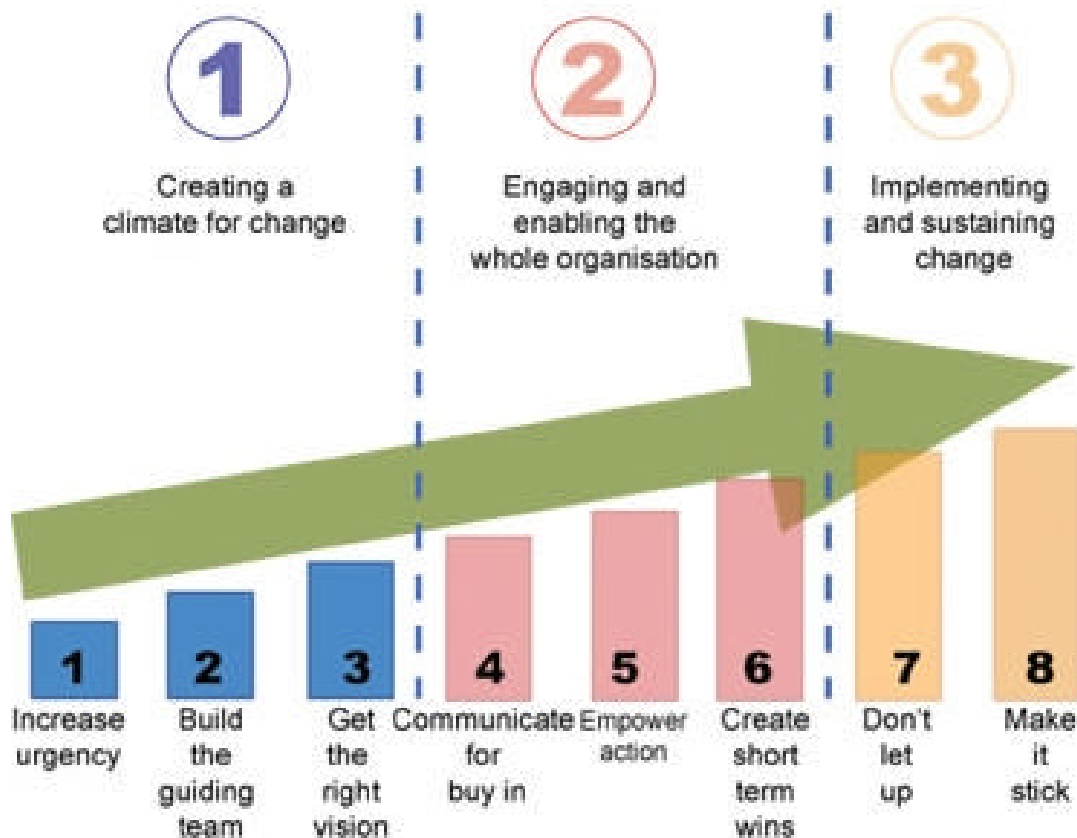
ANNEXE 14

Représentation symbolique d'un système et de ses sous-systèmes



ANNEXE 15

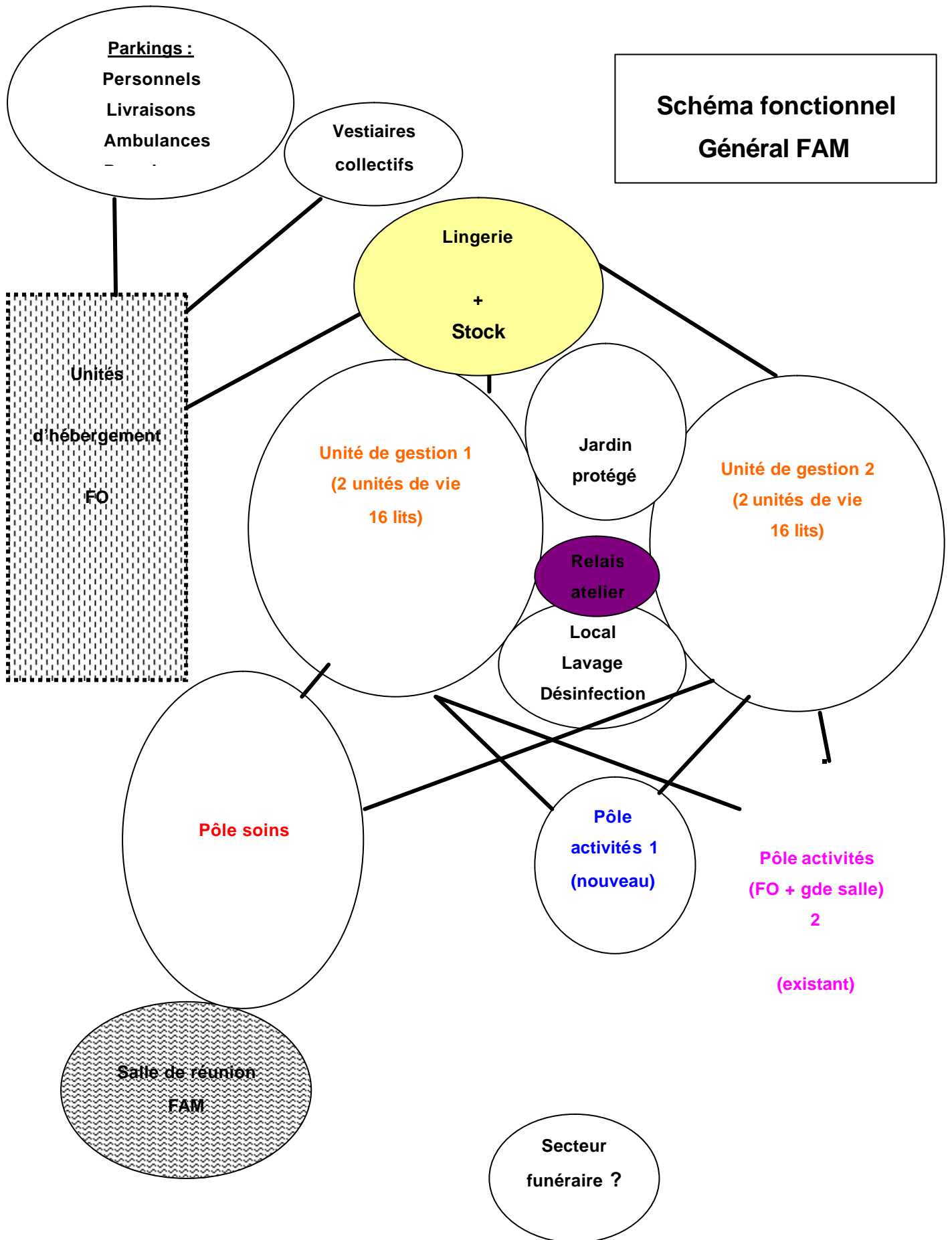
Les 8 étapes nécessaires au changement de culture du model de KOTTER.



ANNEXE 16

Extrait du travail de l'ergonome : le Patatogramme :

Schéma fonctionnel Général FAM



ANNEXE 17

Evaluation des besoins en surfaces du F.A.M..

(Surfaces utiles + dégagements)

MAISONS

Pièces	m ²
Chambre + salle d'eau Chambre = 20 m ² CT = 5,5 m ² 25,5x8	204
Salon-séjour	55
Entrée	17
Bureau éducateur	10
Local fauteuil	7
Kitchenette	7,5
Lingerie	4,5
Entretien	4
Sanitaires	4
Salle de bains commune	17
Dégagements	45
Rangement	6
Terrasses extérieures - entrée couverte	65
Surface totale	446

Surface arrondie à	445
---------------------------	------------

PAVILLON D'ACTIVITES

Pièces	m ²
Entrée	11
Dégagements	20
Activités physiques, musique, éveil sensoriel	25
Salon esthétique, coiffeur	15
Arts plastiques, travaux manuels	20
Réserves	12
Sanitaires	4
Surface totale	107

Surface arrondie à	110
---------------------------	------------

POLE MEDICAL

Pièces	m ²
Hall dégagement	45
Kinésithérapeutes	40
Ergothérapeutes (2)	40
Psychomotricien	12
Psychologue - Assistante sociale	12
Infirmierie + veille de nuit	16
Chambre infirmerie	15
Salle de Bains	5
Médecin	15
Salle d'occultation	12
Médicaments	4
Ménage	4
Archives	10
Local rangement	10
Sanitaires	4
Surface totale 244	

Surface arrondie à**245****LOCAUX COMMUNS - ADMINISTRATION**

Pièces	m ²
Hall	30
Accueil	16
Salon collectif	120
Salle à manger du personnel + réunions	20
Office	20
Salle de musique-télé	25
Jardin d'hiver	80
Atelier maintenance	30
Stockage matériel	20
Chef de service	20
Archives	20
Dégagements	35
Local ménage	6
Local poubelles	10
Local technique	6
Local B.T.	10
Terrasses extérieures	100
Sanitaires (2)	20
Surface totale 588	

Surface arrondie à**590**

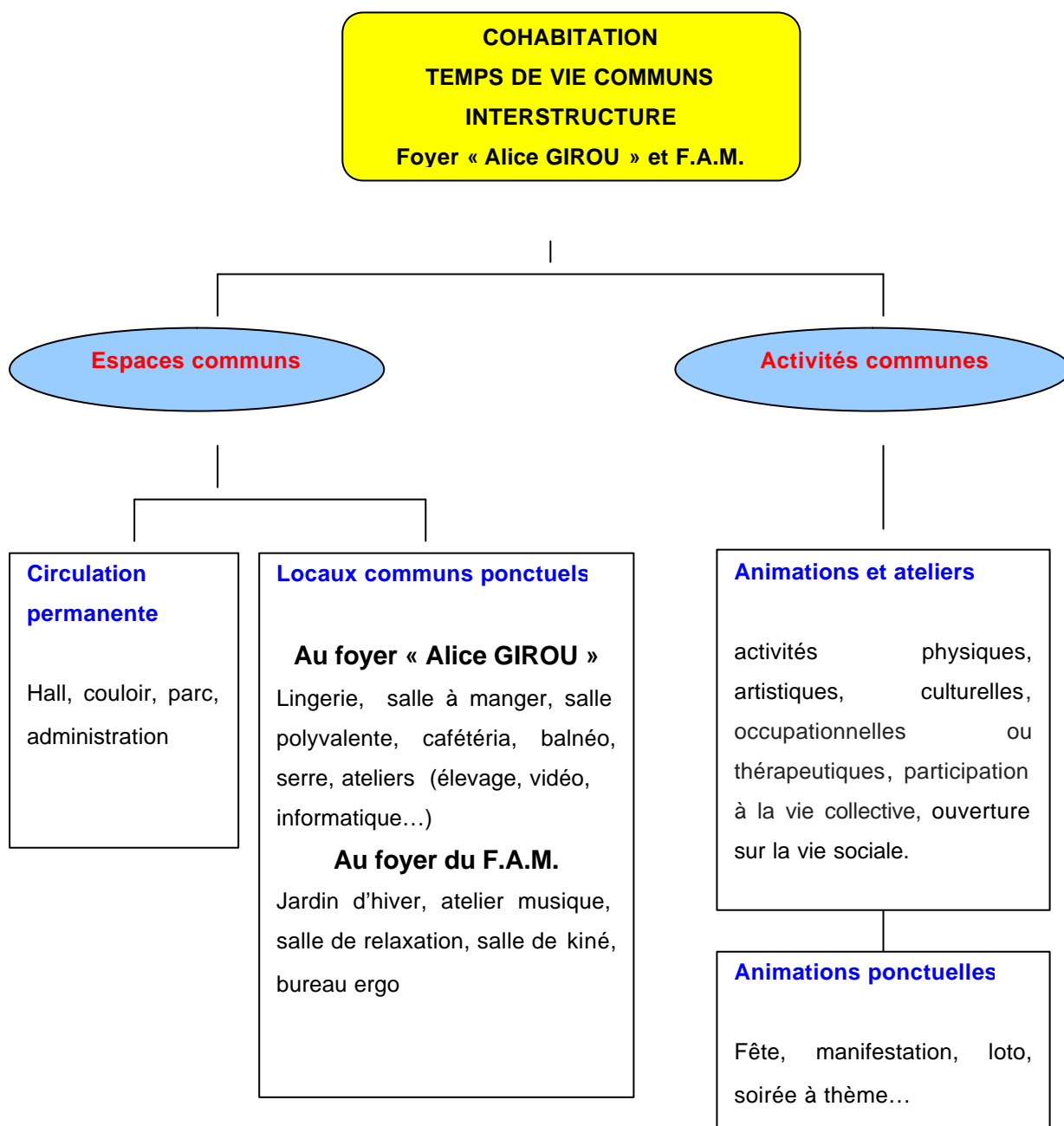
ANNEXE 18

Evaluation globale de l'investissement.

EVALUATION GLOBALE DE L'INVESTISSEMENT		
Valeur 07/2007		
Travaux		4 496 250,00 €
Sondages - essais du sol		7 500,00 €
Programme		6 000,00 €
Maitrise d'œuvre (mission de base) Architectes + B.E.T.		326 000,00 €
Ordonnancement-pilotage -coordination		33 000,00 €
Contrôleur technique		30 000,00 €
Coordonnateur SPS		12 000,00 €
Assurance MO		40 000,00 €
Divers 2,5 %		112 000,00 €
Aléas 2,5 %		112 000,00 €
Actualisation	non compris	
Frais de publicité - consultation des entreprises		
Equipement - mobilier - contrats concessionnaires services public	non compris	
Total évaluation H.T.		5 174 750,00 €
T.V.A. 19,6 %		1 014 251,00 €
Total T.T.C.		6 189 900,00 €
Arrondi à		6 250 000,00 €

ANNEXE 19

Schéma représentant l'organisation



ANNEXE 20

Evaluation qualitative et quantitative des besoins en personnels.

Valeur du point 3,68													
Service	Qualification	indice moyen	indemnité sujétion et astreinte pts	Total points	salaire de base	8,21% ou indemnité	Salaire Brut	Charges patronales 58%	Coût Total pour un ETP	Nbre ETP	Coût total pour les ETP	Salaire Brut	Charges patronales 58%
Cadres	Directeur Niv 1 classe1	988,32	335	1323,32	4869,82	0	4869,82	2824,49	7694,31	0,00	88 435,36 €	56 532	31 903
	chef de service éd (anim/qual)	874,72	295	1169,72	4304,57	0	4304,57	2496,65	6801,22	0,00	78 170,52 €	49 970	28 200
	Chef de serv para-médical	874,72	295	1169,72	4304,57	0	4304,57	2496,65	6801,22	1,00	78 170,52 €	49 970	28 200
SOUS-TOTAL DES CADRES										1	244 776,40 €	156 473	88 303
Administratif	Techn quali compta/paie	502,77	0	502,77	1850,19	151,90	2002,09	1161,21	3163,31	0,00	39 993,60 €	25 565,88	14 428
	Techn quali secrét	502,77	0	502,77	1850,19	151,90	2002,09	1161,21	3163,31	0,50	39 993,60 €	25 565,88	14 428
	secrétaire médic	502,77	0	502,77	1850,19	151,90	2002,09	1161,21	3163,31	0,00	19 996,80 €	12 782,94	7 214
SOUS-TOTAL SERVICE ADMINISTRATIF										0,50	99 984,00 €	63 915	36 069
Services généraux	cuisinier Ouv Qualif	442,27	0	442,27	1627,55	133,62	1761,18	1021,48	2782,66	0,00	56 024,25 €	35 813	20 211
	Commis de cuisine A S I	406	43	449	1652,32	135,66	1787,98	1037,03	2825,00	1,00	56 408,65 €	36 059	20 349
	Lingère -A S I	406	0	406	1494,08	122,66	1616,74	937,71	2554,46	0,80	44 039,84 €	28 152	15 887
	A S I	406	43	449	1652,32	135,66	1787,98	1037,03	2825,00	5,00	225 634,62 €	144 237	81 398
	Ouvrier qualif -internat	442,27	0	442,27	1627,55	133,62	1761,18	1021,48	2782,66	0,50	70 362,07 €	44 979	25 383
SOUS-TOTAL DES SERVICES GENERAUX										7,30	452 469,44 €	289 241	163 229
Service socio-éducatif	Moniteur éduc Internat	521,38	43	564,38	2076,92	170,52	2247,43	1303,51	3550,94	4,00	223 174,73 €	142 664,26	80 510
	Assistante sociale	580,67	43	623,67	2295,11	188,43	2483,53	1440,45	3923,98	0,00	22 433,87 €	14 340,83	8 093
	AMP - internat	472,36	43	515,36	1896,52	155,70	2052,23	1190,29	3242,52	10,00	814 711,51 €	520 803,65	293 908
	Animateur - Internat	596,75	43	639,75	2354,28	193,29	2547,57	1477,59	4025,15	0,00	101 260,73 €	64 730,84	36 530
SOUS-TOTAL SERVICE SOCIO-EDUCATIF										14,00	1 161 580,83 €	742 540	419 041
Soins Médicaux et infirmiers	Médecin chef - Généraliste	1687,4	0	1687,4	6209,63	509,81	6719,44	3897,28	10616,72	0,50	136 510,93 €	87 144	49 366
	Médecin Psychiatre	1687,4	0	1687,4	6209,63	509,81	6719,44	3897,28	10616,72	0,30	22 199,74 €	14 172	8 028
	Médecin rééducateur	1687,4	0	1687,4	6209,63	509,81	6719,44	3897,28	10616,72	0,30	31 025,21 €	19 806	11 220
	Psychologue Classe 3 niv 1	908,8	0	908,8	3344,38	274,57	3618,96	2099,00	5717,95	0,00	17 026,49 €	10 869	6 157
	IDE jour et nuit	596,75	0	596,75	2196,04	180,29	2376,33	1378,27	3754,61	2,00	195 177,27 €	124 595	70 582
	Aide-soignant jour et nuit	430,55	0	430,55	1584,42	130,08	1714,51	994,41	2708,92	12,00	809 013,74 €	516 450	292 564
	Kinésithéra	580,67	0	580,67	2136,87	175,44	2312,30	1341,14	3653,44	1,00	103 190,86 €	65 874	37 317
	Psychomotr	580,67	0	580,67	2136,87	175,44	2312,30	1341,14	3653,44	0,50	19 037,81 €	12 153	6 885
	Ergothérap	580,67	0	580,67	2136,87	175,44	2312,30	1341,14	3653,44	0,50	17 026,49 €	10 869	6 157
	Orthophoniste	580,67	0	580,67	2136,87	175,44	2312,30	1341,14	3653,44	0,00	17 763,31 €	11 340	6 424
Diététicien	580,67	0	580,67	2136,8656	175,44	2312,30	1341,14	3653,44	0,00	- €	-	-	
SOUS-TOTAL SOINS MEDICAUX INFIRMIERS										17,10	1 367 971,86 €	873 271,76 €	494 700,10 €
TOTAL GENERAL										39,90	3 326 782,53 €	2 125 439,85 €	1 201 342,69 €

Nombre de journées :

32 internes

10746 Soit 92% de taux d'occupation x 365 jours d'ouverture x 32 résidents.

10746

1 958 810,67 €

Prix de journée

182,29 €

182,29 €

Taux encadrement pers soin

0,53

Taux encadrement pers hébergé

0,44

Taux encadrement total (avec remplacement : 10%)

1,35

Taux encadrement total (hors remplacement)

1,25