



**CONDUIRE LE CHANGEMENT DES PRATIQUES  
ORGANISATIONNELLES AU SEIN D'UN FAM ACCUEILLANT  
DES ADULTES HANDICAPÉS PSYCHIQUES**

**Hervé PARRA**

**2012**

*cafdes*



---

# Remerciements

---

*Je tiens à remercier très chaleureusement l'ensemble des professionnels du FAM Triade, en particulier Monsieur Denis Mandouze sans l'appui duquel ce mémoire n'aurait pu advenir.*

*Je remercie également Madame Isabelle Delivré pour sa critique attentive et ses conseils éclairés.*

*Je remercie Monsieur Laurent Crassat pour sa relecture exigeante.*

*Je remercie, enfin, Monsieur le Docteur Arnaud Torrielli pour son appui technique et la disponibilité de son expertise.*

*Je dédie ce travail à ma famille. Catherine, Naomi, Youli et Victor, votre patience et votre compréhension ont été mes plus précieux soutiens.*

---

# Sommaire

---

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Introduction.....</b>   | <b>1</b>  |
| <b>1 Le FAM Triade : un établissement au cœur de multiples enjeux.....</b>   | <b>3</b>  |
| <b>1.1 Le FAM Triade : un établissement œuvrant à la réadaptation psychosociale des adultes en situation de handicap psychique .....</b> | <b>3</b>  |
| 1.1.1 Bref historique du FAM Triade.....   | 3         |
| 1.1.2 Le FAM Triade aujourd'hui .....  | 5         |
| A) Les usagers bénéficiaires sont des adultes en situation de handicap psychique   | 5         |
| B) L'organisation du FAM Triade .....  | 7         |
| <b>1.2 Les besoins et attentes des usagers d'après les professionnels du FAM Triade .....</b>  | <b>9</b>  |
| 1.2.1 La dimension sociale .....   | 9         |
| 1.2.2 La dimension cognitive .....   | 10        |
| 1.2.3 La dimension « autonomie ».....  | 10        |
| 1.2.4 La dimension « soin ».....   | 10        |
| 1.2.5 Comment les besoins et attentes sont-ils recueillis actuellement au sein du FAM ? .....  | 11        |
| A) Les pratiques.....  | 11        |
| B) Le projet d'établissement .....   | 13        |
| 1.2.6 Synthèse relative aux besoins et attentes .....  | 15        |
| <b>1.3 Le projet personnalisé : dispositions et pratiques organisationnelles.....</b>  | <b>16</b> |
| 1.3.1 Le projet d'établissement.....   | 16        |
| 1.3.2 Les pratiques organisationnelles et professionnelles .....   | 17        |
| 1.3.3 Analyse .....  | 18        |
| 1.3.4 Synthèse.....  | 19        |
| <b>1.4 Les missions et les différentes prestations servies .....</b>   | <b>20</b> |
| 1.4.1 Des missions.....  | 20        |
| 1.4.2 ...aux prestations.....  | 21        |
| A) La mission de protection et de sécurité : l'interpellation des autorités de contrôle .....  | 21        |
| B) La mission de soutien à la participation sociale : des services rendus où prédomine l'intra-institutionnel.....                       | 22        |

|   |           |
|---|-----------|
| C) L'effectivité partielle du respect des droits des usagers et des conditions minimales d'organisation de l'activité .....                   | 23        |
| 1.4.3 Synthèse relative aux missions et aux pratiques organisationnelles .....  | 25        |
| <b>1.5 L'enjeu managérial : pratiques professionnelles et dynamique des ressources humaines .....</b>   | <b>25</b> |
| 1.5.1 Les spécificités de chaque unité .....  | 25        |
| 1.5.2 L'organisation de l'activité : des différences de structuration .....   | 27        |
| 1.5.3 Le positionnement des professionnels par rapport à la structuration de l'activité .....   | 27        |
| 1.5.4 Synthèse relative à l'enjeu managérial.....   | 29        |
| <b>1.6 Conclusion de la première partie et élaboration de la question centrale .....</b>  | <b>29</b> |
| <b>2 La conduite du changement du FAM Triade : théories et applications .....</b>   | <b>33</b> |
| <b>2.1 L'analyse stratégique et systémique.....</b>   | <b>33</b> |
| 2.1.1 Le but du FAM Triade : un objet identifié et pluriel.....   | 33        |
| 2.1.2 Les stratégies des acteurs : les opportunités produites par le changement .....   | 35        |
| 2.1.3 De certaines zones d'incertitudes du FAM Triade.....  | 36        |
| 2.1.4 D'une contrainte externe à un levier directorial .....  | 40        |
| 2.1.5 Les leviers du directeur .....  | 41        |
| 2.1.6 Les conditions du changement : apprentissages collectifs et intérêts des professionnels .....   | 41        |
| <b>2.2 Les approches théoriques complémentaires .....</b>   | <b>42</b> |
| 2.2.1 L'héritage stratégique : identification des typologies d'acteurs et de la nature du séquençage du projet.....                           | 43        |
| 2.2.2 La perspective cognitiviste et constructiviste : le sens est pluriel et construit .....   | 44        |
| 2.2.3 La perspective pragmatique ou comment les discours peuvent converger .....  | 44        |
| 2.2.4 Le changement continu ou la nécessité d'intégrer les professionnels à l'élaboration et à l'évaluation du dispositif de changement.....  | 45        |
| <b>2.3 Synthèse des leviers.....</b>  | <b>46</b> |
| <b>2.4 La méthodologie de la « relation de service ».....</b>   | <b>47</b> |
| 2.4.1 Les fondements juridiques : du contexte français à l'international .....  | 47        |
| 2.4.2 La participation sociale.....   | 49        |
| 2.4.3 Le concept de relation de service, basée sur l'articulation « besoins - attentes - prestations » .....                                  | 50        |
| 2.4.4 Les outils .....  | 51        |
| A) L'identification des besoins des usagers et leur mise en correspondance avec les prestations de services rendues par l'établissement. .... | 51        |
| B) La contractualisation .....  | 52        |
| C) Le projet personnalisé .....   | 53        |

|            |  |            |
|------------|--|------------|
| 2.5        | Conclusion de la deuxième partie et introduction du plan d'action.....                                     | 57         |
| <b>3</b>   | <b>La mise en œuvre du changement des pratiques organisationnelles par une méthodologie de projet.....</b> | <b>59</b>  |
| <b>3.1</b> | <b>La phase de préparation .....</b>   | <b>59</b>  |
| 3.1.1      | L'objet du projet.....   | 60         |
| 3.1.2      | Les objectifs du projet.....   | 60         |
| A)         | Les objectifs qualité.....   | 60         |
| B)         | Les objectifs temps .....  | 63         |
| C)         | Les objectifs de charges et de coûts.....  | 63         |
| 3.1.3      | Les objectifs complémentaires .....  | 64         |
| 3.1.4      | L'identification du périmètre et des acteurs .....   | 64         |
| 3.1.5      | Les conditions d'identification des freins et des facilitateurs .....                                      | 65         |
| 3.1.6      | Le choix de la méthode et la réalisation des produits.....   | 66         |
| A)         | La thématique « prestations ».....   | 67         |
| B)         | La thématique « besoins et attentes » .....  | 70         |
| C)         | La thématique « projet personnalisé ».....   | 71         |
| 3.1.7      | Les axes, cibles et moyens de communication .....  | 72         |
| <b>3.2</b> | <b>La phase de pilotage .....</b>  | <b>74</b>  |
| 3.2.1      | Le rôle central du comité de pilotage.....   | 74         |
| 3.2.2      | L'expérimentation du recueil des besoins et attentes.....  | 75         |
| 3.2.3      | La méthodologie du projet personnalisé.....  | 76         |
| 3.2.4      | L'expérimentation globale de la méthodologie et son évaluation .....                                       | 77         |
| 3.2.5      | La rédaction et la transmission du premier support de communication .....                                  | 78         |
| <b>3.3</b> | <b>L'évaluation finale : questionnaires et indicateurs de performance .....</b>                            | <b>78</b>  |
|            | <b>Conclusion.....</b>   | <b>81</b>  |
|            | <b>Bibliographie.....</b>  | <b>83</b>  |
|            | <b>Liste des annexes.....</b>  | <b>I</b>   |
| <b>1</b>   | <b>ANNEXE I : Guide Accueil Infirmier .....</b>  | <b>I</b>   |
| <b>2</b>   | <b>ANNEXE II : Guide Accueil Social .....</b>  | <b>III</b> |
| <b>3</b>   | <b>ANNEXE III : Tableau synoptique de la conduite du changement des pratiques organisationnelles .....</b> | <b>V</b>   |
| <b>4</b>   | <b>ANNEXE IV : Planning des activités unités A et B.....</b>   | <b>IX</b>  |
| <b>5</b>   | <b>ANNEXE V : Tableau détaillant le coût du projet de direction opérationnel .....</b>                     | <b>XI</b>  |

|          |  |             |
|----------|--|-------------|
| <b>6</b> | <b>ANNEXE VI : Extrait fiche de fonction de la directrice-adjointe .....</b>                                       | <b>XIII</b> |
| <b>7</b> | <b>ANNEXE VII : Questionnaire en direction des professionnels .....</b>  | <b>XIV</b>  |
| <b>8</b> | <b>ANNEXE VIII : Questionnaire en direction des destinataires de la<br/>plaquette relative au changement .....</b> | <b>XIX</b>  |

---

## Liste des sigles utilisés

---

ARS : Agence Régionale de Santé  
CAFDES : Certificat d'Aptitude aux Fonctions de Directeur d'Établissement Social  
CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles  
CDAPH : Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées  
CDES : Commission départementale de l'Education Spéciale  
CDI : Contrat à Durée Indéterminée  
CESF : Conseillère en Économie Sociale et Familiale  
CG : Conseil Général  
CIF : Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé  
CIH : Classification Internationale des Handicaps  
CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie  
COTOREP : Commission Technique d'Orientation et de REclassement Professionnel  
CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens  
CVS : Conseil de la Vie Sociale  
DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales  
DIPC : Document Individuel de Prise en Charge  
DTARS : Délégation Territoriale de l'Agence Régionale de Santé  
EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes  
ETP : Équivalent Temps Plein  
FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé  
FASM-CM : Fédération d'Aide à la Santé Mentale – Croix Marine  
FDT : Foyer à Double Tarification  
HLM : Habitation à Loyer Modéré  
OMS : Organisation Mondiale de la Santé  
ONU : Organisation des Nations Unies  
SAMSAH : Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés  
SAVS : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale  
TPE : Très Petite Entreprise  
UNA : Union Nationale de l'Aide  
UNAFAM : Union Nationale des Amis et des Familles des Malades Mentaux  
UNCCAS : Union Nationale des Centres Communaux d'Action Sociale  
VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

*« Se construire un projet, c'est d'abord construire toute une méthodologie de la curiosité à convertir ensuite en méthodologie d'appréhension des opportunités. »*

Jean-Pierre Boutinet  
(Anthropologie du projet, p. 257.)

*« Tantôt je pense, tantôt je suis »*  
Paul Valéry

## Introduction

Lorsque Monsieur De Haan<sup>1</sup> a exprimé son désir de travailler à l'un des professionnels du Foyer d'Accueil Médicalisé « Triade », celui-ci a relayé ses propos lors de la réunion d'équipe hebdomadaire. Pendant une quinzaine de minutes, chacun des professionnels présents a commenté cette envie. L'un considérait que c'était illusoire compte tenu de l'inversion de son cycle de sommeil, l'autre que cela n'était pas envisageable du fait de son caractère trop rigide et autoritaire... À la toute fin du débat, un éducateur prit la parole, légèrement agacé. Il proposa alors d'en reparler avec Monsieur De Haan. Il ajouta, qu'après tout, il fallait peut-être entendre cette demande.

Cette vignette institutionnelle est issue de mes premières heures en tant que stagiaire CAFDES au sein du FAM Triade. C'est un établissement de Rénovation, association qui a été fondée en 1955, et qui a créé et développé 15 services et établissements sur 3 départements (Gironde, Landes, Charente Maritime) afin de répondre aux besoins d'enfants et d'adolescents rencontrant des troubles du comportement et d'adultes souffrant de troubles psychiques. Issu du « Foyer Protégé » ouvert en 1969, Triade accueille aujourd'hui 36 adultes, en situation de handicap psychique, au sein d'un foyer et d'appartements associatifs, situés dans la communauté urbaine de Bordeaux.

L'intérêt de l'exemple cité est de montrer le paradoxe des pratiques de l'établissement. Triade est à la fois à l'écoute des résidents et capable de répondre à leur attentes et leurs besoins, mais il est également aux prises avec des processus organisationnels peu clairs, où la mise en place des accompagnements est laissée à la plus ou moins bonne volonté des professionnels, tributaires de leurs orientations techniques, idéologiques et de la qualité de leurs relations avec les résidents. Ceci m'a permis de constater un certain désarroi chez lesdits professionnels dont l'expression la plus synthétique consiste à déplorer le manque de structuration de leurs interventions.

Par ailleurs, si le FAM Triade a mis en place en grande partie les outils de la loi 2002-2, il reste en défaut quant à la personnalisation des accompagnements. Il est tributaire d'une logique d'accompagnement héritée de l'internat collectif et d'une gestion au quotidien de la vie des résidents. Il a donc été interpellé par les autorités de contrôle et de tarification relativement à la lisibilité de ses interventions, ainsi que sur la prise de risque inhérente au projet d'établissement.

---

<sup>1</sup> Ce nom, comme les suivants, est fictif.

Aujourd'hui, le FAM Triade est au cœur de ces multiples enjeux. Il doit répondre aux exigences de la loi, aux interpellations de son environnement, à un certain malaise des professionnels, tout en conservant comme première priorité l'amélioration du service rendu aux usagers.

De la place du directeur, je suis garant de l'intérêt de chaque usager et du projet d'établissement, et ce dans le respect des valeurs associatives. Je dois mettre en place des dispositifs qui traduisent les politiques sociales et les missions confiées à l'établissement en pratiques organisationnelles efficaces et novatrices.

C'est pourquoi, je développerai un projet de direction conçu comme mobilisant l'ensemble de l'établissement dans le changement de nos pratiques organisationnelles et professionnelles. En partant de notre savoir-faire clinique, il s'agira de faire évoluer Triade afin qu'il permette à chaque résident d'être entendu dans sa singularité et de se voir proposer un accompagnement personnalisé et structuré. Mon action portera donc sur le cœur de notre métier, tout en concourant à l'amélioration de notre ancrage territorial et de nos relations avec nos mandants et partenaires extérieurs.

Dans une première partie, j'analyserai les représentations des professionnels, les pratiques professionnelles et organisationnelles quant aux besoins et attentes des usagers, ainsi que celles relatives au projet personnalisé. Ce diagnostic sera complété par l'analyse des réponses fournies par l'établissement aux missions qui lui sont dévolues et par l'examen du positionnement des professionnels par rapport à la structuration de l'activité.

Dans une seconde partie, j'étudierai la dynamique de l'établissement à travers les concepts issus des théories sociologiques de l'organisation afin de déterminer les conditions et les leviers nécessaires à la conduite du changement. Ensuite, je développerai les outils issus de la « relation de service » afin de permettre à Triade d'améliorer ses réponses aux besoins et attentes des usagers.

Dans une troisième partie, je déclinerai mon projet de direction opérationnel à travers les actions nécessaires à la mise en œuvre du changement de pratiques organisationnelles et professionnelles.

# **1 Le FAM Triade : un établissement au cœur de multiples enjeux**

Le FAM Triade accompagne des adultes en situation de handicap psychique, dont la grande majorité (85%) souffre de troubles de type schizophréniques. Les missions principales du FAM sont le soin des résidents, leur hébergement et leur réadaptation psychosociale en vue d'une autonomisation progressive et d'une réinsertion dans la cité. Il s'inscrit en cela dans les orientations du Schéma Départemental d'Organisation Sociale et Médico-Sociale des personnes adultes handicapées 2007-2011 (à ce jour, le nouveau schéma n'a pas été encore publié), notamment les axes 1 et 2.

L'établissement dispose de 36 places et reçoit, après notification de la CDAPH, des personnes âgées de 20 ans au moins au moment de leur admission. Il est financé par le Conseil Général de la Gironde (Hébergement) et par la DTARS de la Gironde (forfait soin).

## **1.1 Le FAM Triade : un établissement œuvrant à la réadaptation psychosociale des adultes en situation de handicap psychique**

Afin de comprendre l'organisation du FAM Triade, il est nécessaire de revenir sur son histoire qui, par bien des aspects, structure encore les pratiques actuelles.

### **1.1.1 Bref historique du FAM Triade**

À partir de 1961, l'association Rénovation s'engage dans l'accueil et l'accompagnement de malades mentaux en créant sous l'impulsion du Professeur Marc Blanc et du Docteur Demangeat les foyers de post cure (aujourd'hui réunis au sein du Centre de Réadaptation). Il s'agissait de proposer une alternative à l'hospitalisation de jeunes malades en les accueillant dans un milieu plus ouvert avec un encadrement éducatif, dans une perspective d'insertion sociale. C'était les prémises de la psychiatrie sociale et du mouvement qualifié plus tard de désinstitutionalisation. Il s'est caractérisé par la conceptualisation et la mise en œuvre du secteur de psychiatrie publique (1960-1972) et la création de structures dites « intermédiaires » : foyers de postcure, hôpitaux de jour, clubs, appartements thérapeutiques, etc., désireuses de rompre avec les pratiques hospitalières d'alors qualifiées de concentrationnaires et de ségrégationnistes.

Assez rapidement (1967), la nécessité d'une prise en charge au long cours est apparue pour certaines malades du Centre de Réadaptation, et le Foyer Protégé (futur Triade), financé par la sécurité sociale, a été ouvert à Pessac en 1969. Cette structure de type asilaire, en raison justement de la prise en charge au long cours, a évolué en devenant d'abord le « Foyer MADRAN » en 1978 qui accueillait, sans limite de durée, des malades

adultes stabilisés mais assez lourdement handicapés par les symptômes négatifs de la maladie. Cet internat mixte de 35 places, installé dans des locaux neufs, bénéficiait d'un statut expérimental et d'une double tarification : assurance maladie et aide sociale. Il perd son statut expérimental après l'avènement des lois de décentralisation et la création des structures pour personnes lourdement handicapées (1986) qui lui permirent de devenir un Foyer à Double Tarification (FDT) en 1992 sous la compétence conjointe du Conseil Général (aide sociale) et de l'État (DDASS pour le financement des soins).

Parallèlement, l'équipe ayant fait le constat des limites de ce type de prise en charge (internat sans limite de durée) entraînant une certaine forme de chronicisation, il a été décidé de faire évoluer le projet en éclatant la structure, redéployant les places sur 4 appartements associatifs et deux foyers de 15 et 8 places (1993). L'établissement, en déménageant pour venir s'installer dans ses locaux actuels au Bouscat devint alors « structure de réinsertion sociale et de soins » et prit le nom de Triade, nom choisi pour signifier que le projet reposait sur le triptyque suivant : un grand foyer, un petit foyer, des appartements. L'option de travail est axée sur l'accompagnement vers la réinsertion sociale à partir d'un dispositif déjà inscrit dans le milieu ordinaire, bien que la dimension soignante demeure fortement inscrite dans le projet d'établissement et la continuité des soins un préalable incontournable. Son statut administratif resté celui d'un FDT, est devenu Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM) en application de la loi du 2 janvier 2002 réformant l'action sociale et médico-sociale.

En 1997, un des foyers (foyer Danglade) a été fermé au profit du développement d'appartements associatifs et de studios constituant l'unité B, coordonnée par une unité d'accueil de jour située à Bordeaux. Cette fermeture et la réorganisation qui en a découlé sont la conséquence du décès d'une infirmière, suite à son agression à l'arme blanche par un résident du foyer. Elle était seule de service le soir de son meurtre, et après un conflit avec un résident, ce dernier lui a asséné plusieurs coups de couteau. Cet événement a eu un impact important sur le projet, la structuration de l'offre de service et les pratiques soignantes. Encore aujourd'hui, rares sont les professionnels qui acceptent ne serait-ce que ponctuellement de travailler seuls. Paradoxalement, le projet a été modifié après cet événement dans le sens d'une plus grande ouverture, et donc en augmentant symboliquement la prise de risque liée à l'accompagnement.

Dans le même temps, l'unité A composée d'un foyer de 17 places diversifiait ses modes d'hébergement en proposant des chambres externalisées sous forme d'appartements de proximité (deux appartements de 2 personnes), portant la capacité d'accueil en appartement à 22.

En 2007, l'établissement obtient l'autorisation d'ouvrir une place d'accueil temporaire, augmentant la capacité totale à 36 places (35 d'accueil permanent et 1 d'accueil

temporaire). En 2011, l'évaluation du dispositif, effectuée par le FAM, a conclu à l'inadaptation de ce dispositif d'accueil temporaire aux besoins des usagers. La place a été convertie en place d'accueil permanent. C'est la configuration actuelle de l'établissement, qui met en évidence l'évolution du projet d'établissement orienté depuis 1992 vers la cité et visant à l'autonomisation progressive des personnes souffrant de troubles psychiques parfois très invalidants. Au terme de l'accompagnement, les résidents doivent avoir acquis une capacité d'autonomie suffisante pour vivre dans un logement personnel, en dépit de leurs troubles. Néanmoins, cet objectif général peut s'avérer inadapté à certains résidents, pour lesquels l'accès à un logement autonome ne correspond pas à leurs attentes et à leurs capacités. Des orientations vers des foyers de vie ou occupationnels, des SAMSAH, des EHPAD ou des établissements sanitaires (cliniques, hôpitaux) peuvent alors être travaillées.

Les points importants issus de cette histoire sont :

- L'internat et le foyer comme fondements pratique et théorique de la structuration de l'activité.
- En 1997, les conditions de fermeture du foyer Danglade et du redéploiement de ses places en appartements associatifs.
- Une prise de risque inhérente au projet d'établissement.

### 1.1.2 Le FAM Triade aujourd'hui

A) Les usagers bénéficiaires sont des adultes en situation de handicap psychique

Le FAM Triade accueille, depuis la légitimation du concept par la loi 2005-102 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, des adultes en situation de handicap psychique. En effet, selon la loi 2005-102, « *constitue un handicap [...] 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 définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.* »<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> Je souligne. Article 2 de la loi 2005-102 du 11 février 2005, inséré dans le CASF et en constituant l'article L114, [consulté le 10 avril 2012], disponible sur internet : [http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?sessionId=7E570F4924D83F9E79116BB3713634AC.tpdjo03v\\_1?idSectionTA=LEGISCTA000006157554&cidTexte=LEGITEXT000006074069&dateTexte=20120613](http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?sessionId=7E570F4924D83F9E79116BB3713634AC.tpdjo03v_1?idSectionTA=LEGISCTA000006157554&cidTexte=LEGITEXT000006074069&dateTexte=20120613)

L'avènement de la notion de handicap psychique procède d'un « *télescopage ou d'un compactage de termes qui renvoient à deux mondes différents : l'un, au secteur médico-social à travers le mot handicap, l'autre au processus psychiques qui intéressent la psychiatrie* »<sup>3</sup>. Selon Marcel Jaeger, c'est à l'orée des années 2000 que cette évolution du vocabulaire resurgit dans l'espace politique. Elle tient à trois facteurs : la prise de conscience de la grande précarité et du mal-être qui en découle ont obligé à sortir des délimitations nosographiques habituelles ; la question du VIH a reposé le problème de l'articulation entre soin et accompagnement social ; et le plus important des trois, la revendication du concept de handicap psychique par les usagers et les familles, dont l'UNAFAM a été l'un des porte-parole les plus actifs.

En l'espèce, il s'agissait de mettre l'accent sur les conséquences des maladies, et en particulier sur leurs conséquences en termes d'isolement social. La notion de handicap psychique se stabilise alors autour d'une définition qui fait consensus pour les différents acteurs. Elle est déclinée en trois points dans le *Livre blanc des partenaires de santé mentale France*<sup>4</sup>, paru en 2001. Premièrement, la personne en situation de handicap psychique ne présente pas de déficience intellectuelle. Deuxièmement, le handicap psychique nécessite des soins, dont les risques iatrogènes demeurent conséquents. Troisièmement, le handicap psychique est essentiellement variable, tant dans la forme des troubles que dans leur évolution. En 2002, le rapport Charzat<sup>5</sup> *pour mieux identifier les difficultés des personnes en situation de handicap du fait de troubles psychiques* reprend et définit, à son tour, le terme de « handicap psychique » dans la droite ligne des classifications internationales (CIH, puis CIF).

Exprimée en termes de handicap psychique, la maladie psychiatrique se transforme, ainsi que la perspective de son traitement. Elle n'est plus seulement rattachée à la personne et à ses dysfonctionnements intrapsychiques ou neurologiques. Maintenant, sont prises en compte les conséquences du trouble psychique sur la vie quotidienne et le rapport de la personne à la société en général. Ce n'est pas la même chose de considérer que Monsieur Majorque est schizophrène, qu'il souffre d'hallucinations auditives extrêmement angoissantes, de troubles de la mémoire et d'une asthénie très importante, et de constater qu'il ne peut pas faire ses courses ou ses repas de façon autonome, ni aller au cinéma bien qu'il en exprime, par ailleurs, le vif désir. Ici, il ne s'agit évidemment pas de

---

<sup>3</sup> JAEGER M., *L'articulation du sanitaire et du social*, Paris : Dunod, Action sociale, 2012, p. 41.

<sup>4</sup> *Le Livre Blanc des partenaires de Santé Mentale France, association d'usagers de la psychiatrie, de soignants et de responsables du social dans la cité*, [consulté le 13 mai 2012], disponible sur internet : <http://www.unafam.org/IMG/pdf/LivreBlancSanteMentale-2.pdf>

<sup>5</sup> CHARZAT M., *Pour mieux identifier les difficultés des personnes en situation de handicap du fait de troubles psychiques et les moyens d'améliorer leur vie et celle de leurs proches*. Rapport au Ministre délégué à la Famille, à l'Enfance et aux personnes Handicapées. Paris : Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 2002, 238 p. [consulté le 13 mai 2012], disponible sur internet : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/024000350/0000.pdf>

contester la véracité de l'une ou l'autre perspective. Elles sont complémentaires puisqu'elles rendent compte de la vie d'une seule et même personne. Simplement, elles ne portent pas le regard sur les mêmes aspects de la vie de Monsieur Majorque. Elles illustrent, de façon caricaturale, le basculement d'une conception psychiatrique qui serait préoccupée principalement par le traitement des symptômes du malade à une conception médico-sociale que la notion de handicap psychique permet et qui envisage, en priorité, le retentissement du trouble psychique (déficience des fonctions psychiques) sur les actes de la vie quotidienne (capacités/incapacités) et la participation sociale (handicap/désavantage).

## B) L'organisation du FAM Triade

Le FAM est organisé en 2 unités, chacune disposant d'une équipe pluriprofessionnelle dédiée (un psychiatre, des éducateurs et des infirmiers pour l'unité A et un autre psychiatre, d'autres éducateurs et d'autres infirmiers pour l'unité B).

L'unité A s'occupe spécifiquement du foyer (14 places dont une de secours réservée aux résidents des appartements) et des deux appartements dits « de proximité » (2 appartements de 2 places chacun) où les résidents ont la possibilité de tester une première prise de distance d'avec la prise en charge globale du foyer.

L'unité B s'occupe spécifiquement de 5 appartements de 3 places chacun (Type 4) et de 3 studios. Enfin, un studio dit « expérimental », cogéré par les 2 unités, qui permet d'accueillir un résident pendant une ou plusieurs brèves périodes (pour expérimenter la vie sans colocataire dans la perspective d'un départ du FAM, en cas de besoin d'isolement lorsque la vie collective devient trop pesante, etc.).

Au total, la capacité du FAM est de 36 places et il est le seul FAM girondin à accueillir exclusivement<sup>6</sup> une population d'adultes atteints de troubles psychiques s'exprimant de la sorte.

Il est situé dans la commune du Bouscat (attenante à Bordeaux) pour l'unité A et le bâtiment administratif ; l'unité d'accueil de jour de l'unité B est située à Bordeaux, à proximité des centres hospitaliers et d'une ligne de tramway ; enfin, les appartements sont répartis dans différentes communes de la communauté urbaine mais restent à proximité à la fois de l'unité d'accueil de jour et des bâtiments du Bouscat.

Les objectifs de réadaptation psychosociale et de réinsertion sociale se traduisent, notamment, dans cette configuration architecturale et la localisation des différents

---

<sup>6</sup> Depuis le début 2012, la fondation John Bost a également ouvert un FAM en Gironde qui accueille exclusivement des adultes en situation de handicap psychique, avec une capacité de 52 places.

bâtiments du FAM. S'adressant à une population dont les troubles et le parcours ont bien souvent généré des processus de stigmatisation sociale et de perte des habiletés psychosociales, l'inscription dans la cité même de Triade marque clairement l'orientation de notre projet.

Globalement, le projet d'établissement s'articule autour de 2 axes :

- Assurer la continuité des soins par un encadrement et des actions appropriées.
- Favoriser l'autonomisation progressive des résidents afin de leur permettre de réaliser une réinsertion sociale durable.

Les moyens utilisés passent par un accompagnement thérapeutique et social. Il articule le soutien individualisé dans la vie quotidienne qui vise la réadaptation psychosociale, et de multiples activités/ateliers qui concourent à la réinsertion sociale. L'objectif principal est donc d'amener les résidents à mener à terme la réalisation d'un projet de réinsertion sociale durable, si possible à partir d'un logement personnel, qui leur permette de participer de façon effective à la vie de la cité. Cette intégration sociale ne passe pas nécessairement par le travail, mais cette éventualité n'est pas exclue, dès lors que la personne en éprouve le besoin et présente des capacités suffisantes pour mener une activité professionnelle en milieu ordinaire ou protégé.

La mise en œuvre de cet objectif principal se décline dans les objectifs opérationnels suivants :

- Assurer la continuité des soins et responsabiliser les usagers dans une démarche thérapeutique appropriée et pérenne.
- Offrir un cadre de vie sécurisant, adapté à la situation de chacun et permettant des évolutions.
- Solliciter les capacités mobilisables des personnes accueillies afin de leur permettre d'acquérir les compétences sociales nécessaires à leur autonomie.
- Encourager et soutenir l'élaboration d'un projet de vie réaliste et personnalisé.
- Accueillir et accompagner les accidents de parcours.
- Favoriser les interactions entre le cadre institutionnel et le monde extérieur.
- Permettre à chacun d'accéder à toute forme de citoyenneté.

Les objectifs opérationnels n'ont de sens que s'ils se traduisent dans des pratiques organisationnelles et professionnelles. Afin de saisir comment cette traduction est conçue par les professionnels, j'ai effectué avec eux un travail d'identification se déclinant en cinq thématiques et qui visait à saisir leurs conceptions : 1. des besoins et attentes des résidents, 2. des soins, 3. de l'accompagnement de la vie quotidienne, 4. des activités et ateliers, 5. des notions de référent et de projet personnalisé. Ce travail s'est déroulé dans

le cadre des réunions bimensuelles dites « de fonctionnement »<sup>7</sup>, selon une méthodologie inductive. À partir du thème choisi, les professionnels (infirmiers, éducateurs, psychiatre) en ont explicité leur conception sous la forme d'un brainstorming. Mon rôle s'est concentré sur la reformulation des propos des uns et des autres afin d'obtenir une bonne compréhension collective, sur la régulation des prises de parole afin que chacun puisse exprimer son point de vue, sur l'animation de la réunion par diverses relances ou demandes d'explicitation, et enfin sur la prise en notes des échanges afin de fixer les éléments identifiés. Sans détailler l'ensemble de ces séances de travail, je reprendrai celle relative à la question des besoins et attentes des résidents, en tant qu'elle révèle de façon particulièrement nette la conception de l'accompagnement des professionnels du FAM Triade.

## **1.2 Les besoins et attentes des usagers d'après les professionnels du FAM Triade<sup>8</sup>**

Selon la conception des professionnels, les besoins et attentes des usagers se déclinent en quatre dimensions. Je les exposerai dans leur ordre d'importance, ordre établi à partir de la propension des professionnels à les développer. En clair, j'ai considéré que plus une dimension avait été explicitée et avait fait l'objet d'échanges et de débats, plus cette dimension apparaissait comme importante pour les professionnels.

### **1.2.1 La dimension sociale**

Contre toute attente, la dimension sociale du besoin des résidents a été la moins évoquée. Celle-ci n'a été abordée directement qu'en tant que besoin de « *connaissance des autres résidents* »<sup>9</sup>. Elle est donc principalement située dans les premiers temps qui suivent l'admission au FAM Triade. Ici, la dimension sociale est conçue comme relevant de la vie au sein de l'établissement.

---

<sup>7</sup> Pour avoir une vue d'ensemble de l'organisation de l'activité, se reporter à l'annexe IV.

<sup>8</sup> Les autres définitions des besoins et attentes des adultes en situation de handicap psychique, telles que celles des associations (UNAFAM) ou celle du décret 2009-322 du 20 mars 2009 (décret d'application de l'article 39 de la loi 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées) ne seront pas reprises. Elles n'apporteraient rien de plus à ma démonstration.

<sup>9</sup> Dans ce paragraphe, les expressions en italiques correspondent aux propos tenus par les professionnels lors de la séance de travail consacrée à la thématique des besoins.

### 1.2.2 La dimension cognitive

La dimension cognitive est articulée à la dimension sociale des besoins des résidents. En effet, pour les professionnels, les résidents ont besoin d'« *apprendre ou de réapprendre certaines choses pour s'intégrer au niveau social* ». Les « choses » en question relèvent à la fois des techniques nécessaires à la vie quotidienne (faire les courses, se laver, s'habiller, entretenir son logement, etc.) et des savoir-faire relationnels (se présenter, formuler une demande, entretenir une conversation, etc.). La définition de ce qu'ils entendent par « intégration sociale » est restée floue, oscillant entre des formulations ordinaires (« *pouvoir se promener en ville sans être submergé par l'angoisse* ») ou strictement arrimées au projet d'établissement (« *bénéficier d'un hébergement ou d'un appartement* »).

### 1.2.3 La dimension « autonomie »

La dimension de l'autonomie comme besoin des résidents est exprimée par les professionnels en termes psychologiques : les résidents ont besoin de « *se sentir plus responsable d'eux-mêmes* », « *d'être acteur de leur vie* », « *d'être moins dépendants des autres* ». Ils constatent qu'il est difficile pour eux « *d'exprimer leur volonté ou leur désir* », « *qu'ils s'aliènent à un discours normatif (être autonome, avoir un travail, une famille)* ».

### 1.2.4 La dimension « soin »

Enfin, la dimension du soin comme besoin des résidents est très importante pour les professionnels. Pour bien l'appréhender, il est nécessaire de dissocier ce qui est de l'ordre d'un besoin de soin « instrumental », derrière lequel sont rangés la détermination des traitements médicamenteux et leurs dispensations, l'aspect somatique de la santé du résident, ses besoins de consultations spécialisées, et ce qui est de l'ordre des besoins de soin psychologique et d'accompagnement existentiel.

Le besoin de soin « instrumental » est assez rapidement évoqué par les professionnels. Il apparaît comme une nécessité dont l'intérêt est minimisé par son caractère technique et procédural.

En revanche, le besoin de soin psychologique, entendu comme un besoin d'« *apaisement* », de « *réassurance* », de prise en compte de la « *singularité et du cas par cas* » apparaît comme très important pour les professionnels. C'est ici que leur professionnalité s'exprime et est la plus mobilisée. Par leur présence et leur soutien, les professionnels aident le résident à « *accepter la pathologie et à gérer la maladie pour*

*vivre au quotidien* ». Les résidents ont besoin d'« *apprendre à appeler au secours* », ils ont besoin de « *stimulation* » et de « *valorisation* ». Ici, je retrouve l'un des marqueurs de la professionnalité des travailleurs du social<sup>10</sup>, à savoir l'importance de l'aspect relationnel de leur fonction. Pour eux, les résidents ont besoin de sentir que les professionnels « *croient plus en leur capacité qu'eux-mêmes* », que leur regard est nécessaire aux résidents pour qu'ils « *prennent conscience de la pathologie et de leurs besoins de soins* ».

En résumé, la hiérarchisation qu'établissent les professionnels des besoins des résidents est la suivante : un faible besoin de soutien à l'intégration sociale et aux mécanismes cognitifs, un besoin plus conséquent d'autonomie psychologique, un besoin impératif de soins techniques mais qui reste peu valorisé, un important besoin de soutien psychologique, passant par la relation d'aide.

La question des attentes est, quant à elle, très peu présente dans les propos des professionnels, si ce n'est en étant considérée comme prise dans le désir de l'autre.

Je constate donc la prééminence du besoin de soutien psychologique et l'importance de la relation d'aide pour les professionnels. Si cette perception des besoins est importante car elle est un des déterminants des pratiques professionnelles, il convient néanmoins d'examiner les processus organisationnels à l'œuvre dont l'objectif spécifique est la saisie des besoins et attentes des résidents. À cet égard, il y a lieu d'examiner nos pratiques et notre cadre de référence, à savoir notre projet d'établissement.

### **1.2.5 Comment les besoins et attentes sont-ils recueillis actuellement au sein du FAM ?**

#### A) Les pratiques

Actuellement, trois étapes formalisées de la prise en charge permettent l'appréhension des besoins et attentes.

1. Lorsqu'une demande d'admission nous est adressée, le candidat est reçu par la direction et l'un des psychiatres de l'établissement. Au cours de ce premier entretien, de nombreux aspects sont abordés : présentation de l'association, du projet de l'établissement, du plateau technique, des prestations offertes, des droits et devoirs des

---

<sup>10</sup> CHAUVIERE M., 2004, *Le travail social dans l'action publique*, Paris : Dunod, Action Sociale, 240 p.

usagers, etc.. L'un des principaux concerne la raison qui amène le candidat à postuler au FAM Triade, ses motivations ou son éventuel projet. Celui-ci peut s'exprimer soit en termes instrumental (besoin d'un hébergement suite à une impossibilité de solution au sein de son milieu d'origine), soit en termes précis et référés à un aspect de la problématique du postulant (ne pas supporter la solitude, besoin d'aide pour apprendre à gérer ses angoisses), soit en termes d'un faible investissement personnel et pris dans la demande d'un tiers (la famille, le psychiatre, etc.), soit en termes éloignés de ses capacités actuelles (avoir un emploi d'informaticien/programmeur), soit en termes d'une impossibilité à être formulé. Le besoin d'être accompagné pour les soins est, quant à lui, rarement exprimé comme tel. Dans le cadre de ce premier contact, l'important est évidemment de créer une atmosphère cordiale et propice à l'échange, et de valider, du point de vue du FAM, la recevabilité de la candidature (qui ne sera définitivement entérinée qu'après la décision de la commission d'admission semestrielle).

2. Une fois le principe de l'admission acquis, il est proposé au futur résident de participer à des journées « contact ». Il est associé à la vie collective et aux animations ou sorties programmées ce jour-là, tout en se faisant présenter les lieux et les fonctionnements principaux de l'établissement. C'est un temps important même s'il n'est pas encadré par un protocole strict. Il permet à la fois aux postulants, aux résidents accueillis et à l'équipe de se rencontrer d'une façon qui se veut la plus simple possible. Lors de ces journées, les postulants peuvent reprendre les éléments qu'ils ont évoqués, les préciser ou les modifier de façon plus ou moins importante. En effet, l'une des caractéristiques du handicap psychique est sa grande variabilité, c'est-à-dire qu'un résident au cours d'une même journée, voire d'une même conversation, peut dire vouloir participer à l'ensemble des ateliers ou activités du FAM, assurer apprécier la solitude, tout en ayant besoin de beaucoup de calme, et en même temps de sollicitation. Cette caractéristique du handicap psychique nécessite donc un certain temps pour que la personnalité du résident, ses besoins, ses aspirations et ses capacités mobilisables puissent être correctement évalués par les professionnels.

3. Lors de l'entrée dans l'établissement, un entretien avec un représentant de l'équipe infirmière et un entretien avec un représentant de l'équipe socio-éducative ont lieu. Les professionnels sont attentifs à la disponibilité psychique du résident et récoltent différents éléments ayant trait à la santé physique et psychique du résident ; son vécu subjectif par rapport à ses troubles et, plus largement, sa vie sociale, familiale, affective. Les éléments recueillis sont consignés sur des formulaires *ad hoc* et constituent les premiers éléments du dossier. La conception même et la lecture du contenu de ces documents font

apparaître que la question des besoins et attentes des usagers, au-delà des éléments strictement médicaux, ne sont pas présents, ni même prévus<sup>11</sup>.

Au-delà de ces trois temps où l'on voit que le recueil des besoins et attentes des résidents est effectué discrètement (entretien d'admission), incidemment (journée « contact ») voire pas du tout (entretiens social et infirmier), les pratiques organisationnelles ne suivent pas d'autre procédure de recueil spécifique. En effet, l'accompagnement est centré sur la gestion du quotidien et de ses aléas, principalement constitués par l'alternance de phases de stabilisation des troubles et de phases de résurgence de l'angoisse ou du délire, pouvant conduire jusqu'à une hospitalisation du résident. Ainsi, en écho à cette logique d'intervention essentiellement axée sur la gestion du quotidien, l'année 2011 a vu la grande majorité des réunions d'équipe hebdomadaires être consacrée à la reprise des événements marquants de la semaine précédente et à la programmation d'actions visant à y répondre la semaine suivante. Les réunions de réelles synthèses où un travail sur les besoins et attentes des résidents, les bilans et le réexamen des projets individualisés auraient dû être effectués ont été très peu nombreuses durant l'année 2011. En dehors de la situation de Madame Malo dont un problème de hernie discale nous a obligés à réexaminer l'ensemble de son parcours au sein du FAM, les autres résidents n'ont pas vu le bilan de leur situation être effectué, ni l'ajustement de leur accompagnement dans une perspective de moyen terme.

L'ensemble de ces constats montre que le recueil des besoins et attentes des résidents ne correspond ni à une pratique organisationnelle, ni à une pratique professionnelle instituée au sein du FAM. Ce recueil est-il, pour autant, prévu dans le projet d'établissement ? La réponse à cette question déterminera s'il y a un écart entre les pratiques professionnelles et organisationnelles et le document qui doit les structurer ou s'il n'y a pas d'écart, c'est-à-dire que le projet ne prévoit pas le recueil des besoins et attentes des usagers, qu'il y a nécessité de le réformer sur ce point.

## B) Le projet d'établissement

En tant que document spécifique, le projet d'établissement s'inscrit dans un contexte territorial et temporel et constitue la pièce d'identité de l'établissement, lui servant de support promotionnel et de communication. Qui plus est, il permet le contrôle et l'évaluation des prestations servies, soit par l'établissement lui-même, soit par les autorités dont c'est la responsabilité. Par ailleurs, il permet de fédérer l'ensemble des

---

<sup>11</sup> Voir Annexes I et II

professionnels et facilite le management de l'établissement. Ce qui m'intéresse ici, c'est sa fonction de « *repère pour la pratique, en tant qu'énoncé du cadre de référence pour l'ensemble des professionnels. Cette logique revient à rechercher des réponses aux questions suivantes : quel est le sens de la prise en charge, quel est son contenu, quelles sont les pratiques à mettre en œuvre, avec quels outils, quels supports, comment s'organise la prise en charge, qui fait quoi ? [...]* »<sup>12</sup>.

Si je m'en tiens aux besoins des résidents, la lecture du projet d'établissement montre qu'il n'y a pas de rubrique qui y soit consacrée *stricto sensu*. Ceux-ci apparaissent en filigrane dans le chapitre 2, intitulé « Public accueilli et objectifs ». Ainsi, le paragraphe 2. 1. « Caractéristiques et attentes du public » montre relativement explicitement trois besoins que la forme littéraire du texte oblige néanmoins à rechercher. Il s'agit, premièrement, du besoin de soin. « *Les personnes accueillies nécessitent une surveillance et une prise en charge médicale qui garantissent la continuité des soins engagés antérieurement à leur admission et un accompagnement personnalisé qui prenne en compte leurs difficultés spécifiques et leurs environnement (famille, réseau social, etc.)*. »<sup>13</sup>. Deuxièmement, il s'agit du besoin d'aide dans la gestion de la vie quotidienne, et, troisièmement, du besoin d'aide à l'élaboration d'un projet personnel. « *Les femmes et les hommes accueillis à TRIADE souffrent de troubles psychiques importants, souvent depuis de nombreuses années. Ces troubles (schizophrénies, troubles bipolaires, névroses graves), en principe stabilisés à leur entrée dans l'établissement, les rendent inaptes à une activité professionnelle et ont invalidé leurs capacités à gérer leur vie quotidienne. Leur autonomie s'en trouve altérée à des degrés divers et ils ont besoin d'un étayage important pour cheminer dans l'élaboration d'un projet personnel ouvert à la construction d'un avenir et ce d'autant plus que leur passé institutionnel est généralement conséquent. [...]* »<sup>14</sup>.

Relativement au besoin d'hébergement, celui-ci est sous-entendu dans le paragraphe 2. 1. 1. « Origine des candidatures ». Il semble qu'il soit si consubstantiel aux besoins des adultes en situation de handicap psychique et, surtout, à la mission du FAM qu'il est laissé dans l'implicite. Ainsi, « *[I]e règlement départemental de l'aide sociale prévoit que les personnes admises à TRIADE doivent avoir un domicile dit « de secours » en Gironde. Cette disposition limite les provenances hors département, bien que celles-ci existent au regard du fait que certains départements limitrophes sont peu ou pas équipés*

---

<sup>12</sup> LAPRIE, B., MIÑANA B., et al., *Projet d'établissement : comment le concevoir et le formaliser*. Issy-les-Moulineaux : ESF éditeur, Actions sociales/Société, 2008, p. 33.

<sup>13</sup> Je souligne. FAM Triade, *Projet d'établissement 2010 – 2014*, p. 8.

<sup>14</sup> Je souligne. FAM Triade, *loc. cit.*

*de structures équivalentes. D'autre part, certaines personnes sont « sans domicile fixe » du fait d'un long parcours institutionnel et du délitement des relations familiales, mais sont adressées par une structure de soins ou de postcure située en Gironde. [...] »<sup>15</sup>. C'est dans le chapitre 3 décrivant les moyens et, en particulier, le paragraphe 3. 2 relatif à l'organisation et aux prestations proposées qu'est repris brièvement la description du besoin d'hébergement. « Cette unité [le foyer] s'adresse à des personnes ayant besoin d'un cadre contenant et structurant et dont le niveau d'autonomie ne permet pas l'accession directe à un logement indépendant ou à un appartement associatif. [...] »<sup>16</sup>.*

Dernier exemple, les besoins de protection, de sécurité et de soutien à l'autonomisation sont sous-entendus dans le paragraphe 2. 1. 3. « Un passé institutionnel marqué, un lien social fragilisé ». Ce paragraphe établit une typologie rapide du parcours des usagers. Le quatrième de ses cinq items indique que « [l']état [des résidents] ne nécessite plus de soins comme prodigués à l'hôpital mais les personnes ont établi un lien de dépendance à l'égard des institutions dans lesquelles elles trouvent une protection par rapport à une société vécue comme menaçante et stigmatisante. [...] »<sup>17</sup>.

Pour résumer, les besoins qui apparaissent dans le projet d'établissement sont : 1. un besoin de soin, 2. un besoin d'aide dans la gestion de la vie quotidienne, 3. un besoin d'aide à l'élaboration d'un projet personnel, 4. un besoin d'hébergement, 5. un besoin de protection et de sécurité, 6. un besoin de soutien à l'autonomisation.

### **1.2.6 Synthèse relative aux besoins et attentes**

Je constate que l'identification des besoins des résidents est effectuée au quotidien mais n'est pas formalisée, ni utilisée comme base de l'accompagnement à moyen terme. Par ailleurs, elle ne constitue pas un chapitre identifié comme tel dans le projet d'établissement. Enfin, le recueil des attentes et des besoins est effectué lors de la première rencontre du postulant avec la direction et le psychiatre, sans pour autant être réellement prévu, ni complètement réalisable du fait de la connaissance encore parcellaire du résident par l'institution et réciproquement.

Par ailleurs, il apparaît un écart assez net entre les besoins définis par les professionnels et ceux que définit le projet d'établissement. Cet écart n'est pas en soi étonnant. Les professionnels définissent les besoins des résidents en fonction des tâches et activités

---

<sup>15</sup> FAM Triade, *loc. cit.*

<sup>16</sup> FAM Triade, *ibid.*, p. 13.

<sup>17</sup> FAM Triade, *op. cit.*, p. 10.

qu'ils doivent accomplir dans leur accompagnement quotidien. Le projet d'établissement a une vocation beaucoup plus générale. Il rend compte de l'ensemble des besoins des usagers et présente les modalités de réponse qu'il organise. Ainsi, il n'est pas choquant que les professionnels n'identifient pas explicitement le besoin d'hébergement des usagers puisque sa réponse est apportée par un moyen matériel, en l'espèce les bâtiments et, de ce fait, est indépendante de leurs actions. En revanche, la non évocation du besoin d'aide à l'élaboration d'un projet personnel est plus problématique. Si la centration sur les aspects quotidiens de l'accompagnement l'explique (en partie), il n'en demeure pas moins qu'il y a là un hiatus entre les conceptions de leur intervention par les professionnels et le besoin des résidents. C'est à cet endroit que le cadre institutionnel se justifie. En effet, il doit décliner le projet d'établissement en procédure fonctionnelle, à savoir une procédure d'élaboration des projets personnalisés. Cette responsabilité procédurale incombe au directeur d'établissement qui est le garant, entre autres, de l'intérêt et de la réponse aux besoins et attentes de chaque résident.

Il convient donc d'examiner, d'une part, les dispositions prévues à cet égard par le projet d'établissement et, d'autre part, les pratiques organisationnelles.

### **1.3 Le projet personnalisé : dispositions et pratiques organisationnelles.**

#### **1.3.1 Le projet d'établissement**

Le projet d'établissement prévoit que « [l]e *parcours de chaque résident dans l'établissement repose sur un **contrat de séjour** qui est établi et signé dans les 15 jours qui suivent son entrée. Ce contrat définit les obligations de chacun et pose les bases d'un **projet personnalisé** co-construit avec le résident et l'équipe pluridisciplinaire en fonction de ses attentes et des observations des différents intervenants et des éléments qu'ils ont recueillis au cours des temps « d'accueil » (accueil social, accueil infirmier). Ce projet personnalisé fait l'objet de bilans intermédiaires, réalisés à fréquence régulière avec le résident, et cette évaluation permet une mesure des écarts constatés entre objectifs et réalisations. Il sert essentiellement à un balisage du parcours et permet le réajustement des modalités d'accompagnement en fonction de l'évolution des besoins de chacun. Chaque bilan donne lieu à un avenant au contrat de séjour. Ces bilans n'empêchent pas la réalisation d'une **synthèse** qui rassemble les éléments biographiques et retrace le parcours de chaque résident avant et après son entrée dans l'établissement. Cette synthèse, préparée par les référents du groupe dans lequel est inscrit le résident, permet d'établir des temps d'échange plus exhaustifs entre les professionnels et de dégager des*

*perspectives à partir de la contribution de chaque intervenant. Elle intervient au bout de six mois de prise en charge puis à la fréquence d'une par an. »<sup>18</sup>.*

La lecture de cet extrait fait apparaître de façon claire la procédure générale qui encadre l'élaboration des projets personnalisés, cette procédure étant essentiellement décrite en termes chronologiques. En revanche, le mode opératoire détaillant la construction des projets personnalisés est absent. Tout se passe comme si cette construction et ses étapes allaient de soi et étaient maîtrisées par tous les usagers et les professionnels, mais également l'association, les partenaires, les autorités de contrôle et de tarification puisqu'eux-aussi sont, à des degrés divers, destinataires de notre projet d'établissement.

Afin de déterminer si la construction des projets personnalisés est effective, malgré l'absence de définition explicite de son mode opératoire, il convient d'examiner les pratiques organisationnelles et professionnelles.

### **1.3.2 Les pratiques organisationnelles et professionnelles**

En dehors de la signature du contrat de séjour, l'ensemble de cette procédure n'est que rarement suivi. L'accompagnement effectif des résidents ne correspond pas à celui formalisé par le projet. A titre d'exemple, durant l'année 2011 à l'Unité B, uniquement deux synthèses pour les 18 résidents ont été effectuées. Il est en de même pour l'élaboration et la rédaction des projets personnalisés. Ceci ne signifie pas que le travail mené auprès de chaque résident ne soit pas pertinent, ni effectif. Là encore, l'accompagnement est largement tributaire de la prédominance des contingences quotidiennes : disponibilité des soignants, variation de la symptomatologie du résident. Cette variabilité de l'humeur pour la personne en situation de handicap psychique se double d'une difficulté à anticiper ses actions. Comme le rappelle l'UNAFAM, l'UNCCAS et l'UNA<sup>19</sup>, l'adulte en situation de handicap psychique n'a pas un déficit de volonté ou de motivation à proprement parler. Les difficultés qu'il rencontre à anticiper ses actions au quotidien et, *a fortiori*, à moyen terme sont l'une des conséquences négatives du trouble psychique. La vie intrapsychique du sujet avec ses angoisses, un état d'agitation intérieur intense, des idées récurrentes et contraphobiques, un sentiment de culpabilité sont à la source de cette difficulté de projection tant dans l'avenir proche que dans un projet de vie plus ambitieux. En même temps, il est très fréquent que l'idée d'un ou plusieurs projets

---

<sup>18</sup> Souligné dans le texte. FAM Triade, *op. cit.*, p. 16.

<sup>19</sup> UNAFAM, UNCCAS, UNA et la CNSA, *Le livret du handicap psychique : l'accueil et l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique*, pp. 17-18. [consulté le 9 mars 2012], disponible sur internet : <http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/livret-UNCCAS-handicap-psychique.pdf>

soit présente.

*Monsieur Riccione évoque depuis plusieurs semaines, dans le cadre du groupe de parole, son souhait de monter un atelier informatique pour initier et faire profiter les autres résidents de ses savoirs, de son goût pour les nouvelles technologies. Constatant que cette idée est revenue au cours des 3 dernières séances, un éducateur lui propose de le rencontrer dans le cadre d'un rendez-vous individuel, plus propice à ce travail d'élaboration, pour réfléchir à la forme que pourrait prendre cet atelier. Monsieur Riccione accepte volontiers et remercie l'éducateur pour son aide. Une date est arrêtée pour quelques jours plus tard. À la surprise de l'éducateur, Monsieur Riccione oublie le premier rendez-vous. Ensuite, il déprogramme le second pour cause d'un autre rendez-vous, médical cette fois-ci. Puis, il annule le troisième car, dit-il par téléphone, il est persuadé que cela n'intéressera pas les autres résidents, que le matériel disponible à l'unité d'accueil de jour est trop vieux, n'a pas de connexion internet, etc. Au cours de l'entretien suivant, il exprime ses regrets vis-à-vis de l'éducateur qu'il a mobilisé inutilement, puis confesse qu'au fond, il est persuadé que cela aurait dû se faire, sous-entendant un certain remords et une réelle culpabilité, sentiments qu'il se reprochera vivement durant plusieurs semaines.*

L'intérêt de ce court exemple est de montrer la complexité à soutenir et à accompagner les résidents dans leurs projets, fussent-ils comme celui-ci d'apparence relativement anodine, si l'on ignore l'histoire de Monsieur Riccione et la place que prend dans son économie psychique la machine-ordinateur.

### **1.3.3 Analyse**

Relativement au projet personnalisé, il y a donc un écart entre les pratiques organisationnelles et professionnelles et le projet d'établissement, ainsi qu'avec les textes législatifs et réglementaires.

La conformité des pratiques organisationnelles avec le projet d'établissement et les textes réglementaires<sup>20</sup> est une condition nécessaire mais non suffisante pour garantir la qualité de l'accompagnement. Si cette conformité ne constitue pas une fin en soi, elle est certainement une base à partir de laquelle peut se déployer une prise en charge visant la qualité. Bien sûr, il ne s'agit pas de faire preuve d'un pointillisme zélé et d'assécher la vie institutionnelle par un excès de procédures. L'enjeu est plutôt d'identifier les dispositifs nécessaires pour que l'accompagnement mené puisse s'améliorer dans un double sens :

---

<sup>20</sup> Pour un recensement exhaustif des textes juridiques, voir ANESM, *Document de travail*, Bibliographie des textes juridiques relatifs au projet personnalisé, 2008, [consulté le 11 juillet 2010], disponible sur internet : [http://www.ansm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/bibliographie\\_attentes\\_personne\\_projet\\_personnalise\\_a\\_nesm.pdf](http://www.ansm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/bibliographie_attentes_personne_projet_personnalise_a_nesm.pdf) ; Recommandations de bonnes pratiques professionnelles : *Les attentes de la personne et le projet personnalisé*, 2008, [consulté le 11 juillet 2010], disponible sur internet : [http://www.ansm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco\\_projet.pdf](http://www.ansm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_projet.pdf)

d'abord que ses effets sur les usagers soient meilleurs, plus importants, plus mobilisateurs que les pratiques antérieures ; ensuite, et c'en est une conséquence, qu'ils prennent sens pour les professionnels chargés de les mettre en œuvre. La difficulté en la matière étant que la rétroaction positive du système (intérêt et performance pour l'utilisateur => intérêt et sens pour les professionnels) doit d'abord être supposée par lesdits professionnels. Autrement dit, avant qu'il soit possible de confronter la robustesse de l'hypothèse à la contingence, d'obtenir des résultats et d'en tirer une évaluation, encore faut-il prêter un crédit initial et une validité supposée à l'hypothèse de travail. Or, la notion de projet personnalisé avec ce qu'elle implique de confiance et de stabilité dans le temps se confronte à la réalité des troubles et incapacités des résidents qui est précisément labile et fluctuante. La projection dans le temps est particulièrement difficile pour les adultes en situation de handicap psychique et la fragilité de leur volonté est un fait, justifiant par ailleurs leur besoin d'être soutenu par un établissement médico-social. Il n'est donc pas anormal que cette caractéristique du trouble psychique mette à mal les dispositions organisationnelles prévues par l'établissement et obligatoires juridiquement. C'est ce que soutient le psychanalyste José Bleger lorsqu'il indique que toute institution est effectivement affectée par la clientèle accueillie. « *Toute organisation a tendance à maintenir la même structure que le problème qu'elle essaie d'affronter et pour lequel elle a été créée. Ainsi un hôpital finit par avoir, en tant qu'organisation, les mêmes caractéristiques que les malades eux-mêmes (isolement, déprivation sensorielle, déficit des communications, etc.).* »<sup>21</sup>.

#### **1.3.4 Synthèse**

J'ai mesuré jusqu'à présent deux écarts : le premier est relatif aux différentes définitions des besoins et attentes des usagers entre les professionnels et le projet d'établissement, le second est relatif à l'écart entre les pratiques organisationnelles et professionnelles, et le projet d'établissement et les textes réglementaires quant au projet personnalisé. Le projet personnalisé est le niveau le plus fin du projet, « *il est à la fois l'origine de tout le dispositif institutionnel et sa fin. C'est à ce niveau que vont se vérifier les cohérences en amont : comment les intentions éthiques développées dans le projet associatif et concrétisées dans le projet d'établissement se traduisent-elles techniquement en actions*

---

<sup>21</sup> BLEGER J., « Le groupe comme institution et le groupe dans les institutions », in KAËS R. (éd.), *L'institution et les Institutions. Études psychanalytiques*. Paris : Dunod, 1987, p. 57. Cité par BATIFOULIER F., « Le directeur et la question clinique », in BATIFOULIER F. (éd.), *Manuel de direction en action sociale et médico-sociale*, Paris : Dunod, Guides d'action sociale, 2011, p. 388.

*auprès de l'usager ? »<sup>22</sup>. Faisant mienne cette conception, il me serait donc nécessaire d'analyser le projet d'établissement dans son ensemble. Néanmoins, l'espace qui m'est imparti dans le cadre de ce mémoire, m'empêche d'exposer le détail d'une telle analyse. J'en reprendrai donc les principaux composants afin de continuer à déterminer les éléments à partir desquels je vais construire ma problématique et mon projet de direction opérationnel.*

## **1.4 Les missions et les différentes prestations servies**

### **1.4.1 Des missions...**

Les prestations servies par le FAM Triade découlent naturellement des missions qui lui sont assignées. Celles-ci sont décrites d'un point de vue général par la loi 2002-2 (l'article L. 311-1 du CASF, notamment la mission de protection, et l'article L. 311-3 relatif aux droits de l'usager, notamment le droit au respect de sa sécurité et à un projet d'accueil et d'accompagnement), et sont précisées par le décret d'application 2009-322 de la loi 2005-102. À l'endroit des résidents, les FAM : « [...] 3. Favorisent leur participation à une vie sociale, culturelle et sportive par des activités adaptées ; [...] 5. Veillent au développement de leur vie affective et au maintien du lien avec leur famille ou leurs proches ; [...] 7. Assurent un accompagnement médical coordonné garantissant la qualité des soins. [...] »<sup>23</sup>.

Par ailleurs, ce décret précise que l'organisation de l'établissement doit prévoir un référent chargé de la coordination de l'accompagnement, la constitution d'un dossier médical pour chaque résident afin qu'il puisse disposer d'un document indiquant ses traitements et antécédents médicaux en cas de consultations externes ou d'hospitalisation et, sous la responsabilité d'un médecin, la coordination des soins au sein de l'établissement ou du service et avec les praticiens extérieurs doit être organisée<sup>24</sup>.

Ces données de cadrage étant fixées, il convient maintenant d'examiner comment elles

---

<sup>22</sup> JANVIER R., MATHO Y., 2011, *Comprendre la participation des usagers dans les organisations sociales et médico-sociales*, Paris : Dunod, Action Sociale. p. 113.

<sup>23</sup> Article D. 344-5-3 du décret 2009-322. MINISTERE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES, DE LA FAMILLE, DE LA SOLIDARITE ET DE LA VILLE. Décret 2009-322 du 20 mars 2009 relatif aux obligations des établissements et services accueillant ou accompagnant des personnes handicapées adultes n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie [en ligne]. Journal Officiel, n° 0072 du 26 mars 2009 [consulté le 29 août 2011], disponible sur internet : <http://www.journal-officiel.gouv.fr/frameset.html>

<sup>24</sup> Article D. 344-5-8 (pour le dossier médical) et article D. 344-5-5 (pour le référent et la coordination des soins). MINISTERE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES, DE LA FAMILLE, DE LA SOLIDARITE ET DE LA VILLE. Décret 2009-322 du 20 mars 2009, *id.*

se traduisent au sein du FAM Triade.

#### 1.4.2 ...aux prestations

A) La mission de protection et de sécurité : l'interpellation des autorités de contrôle

En 2009, à la faveur de l'élaboration d'un CPOM au niveau de certains établissements médico-sociaux de l'association, le FAM a été amené à clarifier son projet d'établissement pour les besoins du CPOM et ses axes de développement. Ce contexte a généré de la part des autorités de contrôle et de tarification, et en particulier du conseil général qui avait été associé à la démarche, un regard plus approfondi sur la structure. Au terme de la démarche, la DDASS (à l'époque) a refusé la finalisation du CPOM car ses financements ne lui permettaient pas de répondre aux demandes de rebasage formulées par certains des établissements concernés.

À partir de cette occasion manquée de CPOM, le conseil général nous a interpellés sur la sécurité des résidents de l'unité B. Après divers échanges de courriers (de fin 2009 à fin 2010), une évaluation sur site a été réalisée (31 août 2011), menée conjointement par les représentants de la DTARS et du CG. Le bilan de cette journée de travail pourrait tenir dans ces deux phrases, prononcées par l'une des évaluateurs de la DTARS : « *Le problème de Triade, c'est un problème de papier. Vous ne savez pas valoriser votre travail, alors qu'indéniablement, la qualité est là.* ». Par ce « problème de papier », il faut entendre rigueur, traçabilité, comptes-rendus, programmation, etc., tout un champ lexical que nous avons adopté mais dont la traduction dans les pratiques organisationnelles est encore peu présente. En définitive, l'évaluation a débouché sur un avis qui critiquait :

- Le manque de formalisation et de lisibilité des accompagnements, notamment concernant l'unité B.
- La prise de risque inhérente au projet d'établissement (allées et venues libres des résidents, hébergement en appartement sans surveillance effective).

Il y a donc un écart entre les attendus des autorités de contrôle et nos pratiques organisationnelles. Face à cela, j'ai opté pour le positionnement suivant.

La prise de risque issue de la liberté de circulation des résidents est liée à la spécificité du public et du projet d'établissement. Les dispositions actuelles pour assurer la sécurité des résidents (téléphone dans chaque appartement, permanence, puis basculement de la ligne vers le veilleur de nuit) sont le filet de protection optimal que l'on puisse mettre en œuvre. Il s'avère ici utile de rappeler que l'impératif de sécurité ne peut en aucun cas garantir le risque zéro. À moins de remettre en cause la pertinence globale du moyen « appartement » ou d'organiser une veille dans chacun d'eux (ce qui en dehors du coût,

reviendrait à désavouer le projet d'établissement), il est difficile de modifier cette pratique organisationnelle. Les autorités de contrôle ont d'ailleurs réaffirmé leur confiance dans l'intérêt et la qualité de nos interventions et si nous partageons leur inquiétude pour l'assumer au quotidien, nous ne pouvons que faire avec.

En revanche, la critique relative au manque de lisibilité de nos pratiques apparaît non seulement fondée, mais féconde. Il est nécessaire de laisser à la vie institutionnelle ses marges de latitude et d'imprévu, tant il serait illusoire et contre productif de verrouiller l'accompagnement du fait de la versatilité structurelle des résidents. Néanmoins, faire évoluer l'établissement est une opportunité, si cette évolution valorise notre savoir-faire clinique, tout en permettant la mise en œuvre d'outils structurant nos accompagnements.

B) La mission de soutien à la participation sociale : des services rendus<sup>25</sup> où prédomine l'intra-institutionnel

Notre conception de la participation sociale s'organise autour des concepts de réadaptation psychosociale<sup>26</sup> et de réinsertion sociale. Comme je l'ai montré dans l'analyse des besoins, l'appréhension de la dimension sociale du besoin des résidents est peu présente pour les professionnels. En matière de prestation et de services rendus, deux présupposés sont mis au jour par l'analyse. Premièrement, l'ensemble de nos pratiques d'accompagnement visant la réinsertion sociale et la réadaptation psychosociale se déroulent à l'intérieur de l'établissement. En effet, les douze ateliers et activités en cours à Triade sont tous, sauf deux (atelier Argile et projet « Persona ! »), organisés en interne. Cela tient à la mission, à l'histoire et à l'organisation actuelle de l'établissement. Triade est par bien des aspects encore sous-tendu par la culture de l'internat et de l'institution, et ses difficultés à s'ouvrir sur l'extérieur<sup>27</sup>. Or, l'établissement doit servir d'interface et de médiateur entre le résident et le social. Interface dans le sens où il permet la mise en relation du résident avec son environnement. Médiateur car il aide

---

<sup>25</sup> Le service rendu est compris comme la déclinaison de la prestation. Ainsi, une prestation globale se précise en plusieurs services rendus. Ils en sont les « *composantes plus élémentaires* » qui permettent d'identifier ce que recouvrent les notions et les termes de la prestation, ainsi que ses différents champs d'application. LAPRIE, B., MIÑANA B., *et al.*, *id.*, 2008, pp. 147-149.

<sup>26</sup> La réadaptation psychosociale « *mise sur les incapacités fonctionnelles, les forces de la personne et le développement maximal de ses capacités par des procédures d'apprentissage et de soutien environnementaux [...]. Les interventions visent à soutenir la personne dans le développement de son autonomie et de sa qualité de vie, en l'accompagnant dans son quotidien et dans la poursuite de ses objectifs personnels* ». BISSON, J., ALEXANDRE, H., *et al.*, *Pour une vision de la réadaptation psychosociale et du rétablissement : Cadre de référence de la Direction des services de réadaptation et d'hébergement dans la communauté*, Hôpital Louis-H. Lafontaine. Montréal, QC : Hôpital Louis-H. Lafontaine. 2006, p. 6. [consulté le 14 juillet 2012], disponible sur internet : [http://www.hlhl.qc.ca/Documents/pdf/Hopital/Publications/docu\\_pour\\_vision\\_cadre.pdf](http://www.hlhl.qc.ca/Documents/pdf/Hopital/Publications/docu_pour_vision_cadre.pdf)

<sup>27</sup> LEFÈVRE P., 2003, *Guide de la fonction directeur d'établissement dans les organisations sociales et médico-sociales*, 2<sup>ème</sup> édition, Paris : Dunod, Guides, pp.18-24, pp. 133-134.

le résident et les autres acteurs sociaux à établir une relation positive, passant par une acceptation et une compréhension mutuelles. Force est de constater qu'en organisant l'essentiel des activités et ateliers dans l'établissement et qu'en travaillant sur les interactions sociales des résidents entre eux et avec les professionnels, nous restons au milieu au gué en termes de soutien à la participation sociale.

Deuxièmement, et par voie de conséquence, la responsabilité de leur participation sociale est finalement dévolue aux résidents, même si, naturellement, leurs expériences à ce niveau font l'objet d'échanges avec les professionnels et, dans certains cas, d'accompagnements effectifs. Il en va ainsi des relations que les résidents entretiennent avec leurs familles et leurs proches. Dans la mesure où les résidents sont des adultes, ces relations ne constituent pas un axe prioritaire de notre accompagnement. Il est vrai que la pathologie à l'origine de la situation de handicap psychique a souvent mis à mal les relations familiales. De fait, rares sont les résidents qui ont des liens familiaux de bonne qualité. Mis à part les situations où les familles sont présentes parce que l'un de ses membres est également le curateur du résident ou que la relation familiale fait partie intégrante des difficultés du résident, la majorité gère cet aspect de sa vie relationnelle de façon plus ou moins indépendante. Les questions des résidents sont alors traitées au cas par cas, mais ne font pas l'objet d'une proposition concrète d'accompagnement.

De même, les groupes paroles et les « forums » voient régulièrement le thème des relations affectives émergé. La sexualité et la conjugalité y sont souvent abordés car, comme tout un chacun, ces questions préoccupent les résidents. Si la totalité des résidents est officiellement célibataire, nombre d'entre eux souhaiteraient nouer des relations amicales, voire amoureuses.

Ces éléments me permettent de constater un écart entre les besoins et attentes des usagers (participation sociale à développer, relations familiales et sociales à soutenir), les attendus du décret 2009-322 et les pratiques organisationnelles.

C) L'effectivité partielle du respect des droits des usagers et des conditions minimales d'organisation de l'activité

Dans le registre de l'exercice du droit des usagers que l'on peut considérer comme une propédeutique à l'exercice de la citoyenneté<sup>28</sup>, bien qu'il ne constitue pas à proprement

---

<sup>28</sup> « Les établissements [...] médico-sociaux, par leur capacité à associer les usagers à leur fonctionnement [à travers la co-construction des outils de la loi 2002-2 tels que le livret d'accueil, le règlement de fonctionnement, le conseil de la vie sociale, le projet d'établissement, etc.] sont des passerelles pour réintroduire chacun dans le débat politique sur les orientations de la vie de la cité » in JANVIER R., MATHO Y., *id.*, p. 253, 2011.

parler un service rendu du type accès au droit commun, les outils de la loi 2002-2<sup>29</sup> sont naturellement en place. Je ne reviens pas sur ce que j'ai développé concernant le projet personnalisé, si ce n'est pour préciser qu'en l'absence de son effectivité, il est naturellement difficile d'y associer les résidents.

Concernant le référent qui doit coordonner l'accompagnement<sup>30</sup>, là encore les pratiques organisationnelles sont en décalage avec les attendus réglementaires. L'histoire de Triade reste marquée par le meurtre d'une infirmière en 1997. Comme je l'ai indiqué, cela conduit une majorité des professionnels encore aujourd'hui à refuser de travailler seul, d'une façon généralement justifiée. La difficulté de la mise en place d'une référence individuelle ou d'un coordinateur d'accompagnement a pu être expliquée par ce dramatique événement. En effet, en ce qu'elle implique de vis-à-vis avec l'utilisateur et de responsabilité pouvant paraître comme uniquement portée par un seul professionnel, la référence individuelle a toujours été refusée par les équipes au profit de références groupales (la moitié de l'équipe d'une unité est référente de la moitié de l'effectif de celle-ci) ou fonctionnelle (un binôme est référent de l'aspect matériel des appartements associatifs mais pas des résidents). Par ailleurs, cette référence groupale est un dispositif thérapeutique issu de la psychothérapie institutionnelle, une des sources théoriques inspirant les psychiatres de l'établissement. Les professionnels évoquent également l'argument donné par un psychanalyste qui assurait les régulations il y a plusieurs années, lorsque la précédente direction avait déjà voulu passer de la référence collective à une référence plus individualisée. À l'époque, le psychanalyste aurait moqué le caractère purement administratif et bureaucratique du changement voulu par la direction, arguant du fait que « *ce qui faisait référence, c'était l'institution* ». Nul besoin donc de modifier les pratiques. Il est clair pourtant qu'une référence individualisée n'a pas vocation à supprimer une référence institutionnelle. Au contraire, la première n'est possible que grâce à la seconde. Qu'il y ait des ajustements à opérer entre les différents niveaux de responsabilité est une évidence. En effet, il faut pouvoir répondre à certaines interrogations : À quels besoins cette fonction devrait-elle répondre ? Quels seraient son intérêt, ses limites, ses contraintes ? Quelles seraient les fonctions, les tâches et le périmètre d'intervention d'un référent individuel ou d'un coordinateur d'accompagnement ? En quoi cela se différencierait-il des tâches d'accompagnement ou de soins habituelles ? Comment cela s'articulerait-il avec les anciennes pratiques de référence ? Y aura-t-il un choix fait par le résident vis-à-vis du référent ? Si oui, pourquoi ?

---

<sup>29</sup> Livret d'accueil, contrat de séjour, conseil de la vie sociale, règlement de fonctionnement, charte des droits et libertés de la personne accueillie, projet d'établissement, dossier de l'utilisateur, liste des personnes qualifiées.

<sup>30</sup> MINISTERE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES, DE LA FAMILLE, DE LA SOLIDARITE ET DE LA VILLE. Décret 2009-322 du 20 mars 2009, *ibid.*

Si non, pourquoi ? etc..

Enfin, les deux services relatifs à la coordination des soins et à la constitution d'un dossier médical, prévus par le décret 2009-322, ne sont actuellement pas rendus.

Je constate donc ici un écart entre les attendus des textes législatifs et réglementaires, et les pratiques organisationnelles.

### **1.4.3 Synthèse relative aux missions et aux pratiques organisationnelles**

Comme je l'indiquais dans le paragraphe de synthèse précédent (1.3.4.), je n'ai balayé dans cette partie que les missions vis-à-vis desquelles l'établissement était en décalage. Je considère que, par rapport aux autres, Triade est en adéquation avec les attendus.

De l'interpellation des autorités de contrôle, il apparaît nécessaire de répondre à l'enjeu de rigueur et à la demande de lisibilité de nos accompagnements. Si la prise de risque est inhérente à notre projet d'établissement, nos pratiques doivent prouver qu'elles bordent ce risque par des méthodologies d'accompagnement claires, en phase avec les besoins et attentes exprimées par les résidents, et dont les effets sont objectivables et communicables. Relativement au soutien à la participation sociale des résidents, je considère que notre savoir-faire doit servir de base à une plus grande ouverture sur l'extérieur. D'une part, cela correspond à un besoin des résidents et à une de nos missions. D'autre part, cela semble porteur d'une vitalité profitable à l'ensemble des acteurs du FAM Triade. Enfin, un certain nombre de dispositifs techniques doit être mis en place. La question du référent ou coordinateur de projet, en ce qu'elle implique une modification des pratiques et fonctions professionnelles, nécessite d'examiner de façon plus fine la dynamique des ressources humaines de l'établissement. Entendre les préoccupations et les appréciations des professionnels quant à l'organisation de notre activité me semble nécessaire, l'intérêt managérial rejoignant ici mes convictions démocratiques et un certain bon sens.

## **1.5 L'enjeu managérial : pratiques professionnelles et dynamique des ressources humaines**

### **1.5.1 Les spécificités de chaque unité**

Comme je l'ai évoqué, le FAM Triade est organisé en deux unités. La localisation de chacune des deux unités est différente. L'équipe de l'unité A travaille à partir du foyer et l'équipe de l'unité B à partir de l'unité d'accueil de jour. Les deux lieux sont séparés géographiquement de 6 kilomètres. À cette distinction géographique, s'ajoute une

différence dans les pratiques professionnelles. Cette différence est liée à deux facteurs, l'un organisationnel, l'autre lié à la typologie des résidents.

Premièrement, la présence en continue de l'équipe de l'unité A auprès du groupe et de chaque résident du foyer implique un partage de la vie quotidienne. Il y a donc une certaine permanence des interventions, stabilisante pour les résidents, bien qu'il soit nécessaire d'éviter les phénomènes de routinisation excessive. La structure éclatée des appartements implique, quant à elle, une organisation différente. Les interventions de l'équipe sont de deux types. Soit les entretiens (collectifs et/ou individuels) se déroulent dans les appartements des résidents, soit ils ont lieu à l'unité d'accueil de jour, notamment pour les actes de soins (consultations psychiatriques, préparation et délivrance des traitements) et les départs vers les activités/ateliers. Quoiqu'il en soit, il est toujours nécessaire pour l'équipe de les programmer, en dehors des passages imprévus des résidents à l'unité d'accueil de jour. Ceci diffère donc d'une cohabitation continue telle qu'elle existe à l'unité A. Cette différence implique un travail de négociation et d'ajustement plus important avec les résidents, une nécessité plus grande en termes de souplesse et de réactivité pour l'équipe. Par ailleurs, l'unité d'accueil de jour est ouverte de 9 heures à 17 heures. Entre ces horaires, il y a une permanence téléphonique de 8 heures à 9 heures et de 17 heures à 22 heures en semaine. Les week-ends, l'unité d'accueil de jour est fermée, la continuité de l'intervention étant assurée par une permanence téléphonique de 8 heures à 22 heures. En cas de nécessité, les professionnels de permanence se déplacent et interviennent auprès des résidents dans leurs appartements. Cette configuration implique donc une prise de risque beaucoup plus importante pour les résidents et pour les professionnels qu'à l'unité A. Elle implique également de renoncer à un fantasme de maîtrise, d'accepter l'inconfort inhérent à la confiance dans les potentialités des résidents à se gérer eux-mêmes pendant les temps de nuit. En définitive, elle est la contrepartie inévitable du projet d'établissement qui œuvre à l'autonomisation des résidents.

Deuxièmement, il faut revenir aux caractéristiques des résidents. L'effectif des résidents de l'unité B peut se diviser schématiquement en trois sous-groupes : ceux qui sont en demande et sollicitent fréquemment l'équipe, ceux qui sont plus « apathiques » et qu'il faut stimuler, ceux qui sont plutôt dans l'évitement des professionnels. Ce dernier groupe est constitué des résidents les plus anciens et dont le trouble psychique et ses manifestations sont difficiles (incurie, extravagance, tendance interprétative forte, délire envahissant bien qu'à bas bruit). Cette typologie implique donc de la part de l'équipe une grande polyvalence et une réelle vigilance quant aux phénomènes transférentiels et contre-transférentiels en jeu. L'écueil à éviter est de privilégier les résidents gratifiants parce que plus sympathiques, compliants et demandeurs que les autres, dont l'accompagnement provoque des affects négatifs chez les professionnels. À cet égard, la

fonction du psychiatre est importante. Si le directeur est le garant que l'intérêt de tous les usagers soit toujours préservé, la compétence technique du psychiatre apporte des éléments permettant de dissocier leur personne des effets du trouble psychique sur leur conduite. En somme, ce n'est pas parce que Monsieur Riccione est structurellement impoli qu'il est parfois très virulent, mais parce qu'il se sent injustement incompris et persécuté. Les professionnels connaissent parfaitement ces mécanismes, mais la réception de ce type de manifestations agressives nécessite continuellement d'être interrogée afin de comprendre ce qui les a éventuellement provoquées et les effets qu'elles entraînent dans la dynamique de l'accompagnement.

### **1.5.2 L'organisation de l'activité<sup>31</sup> : des différences de structuration**

L'organisation de l'activité est pensée sur une semaine. Ainsi, certains temps sont clairement identifiés. Il s'agit principalement des temps de préparation des traitements et de distribution des traitements ; des temps de réunion (équipe, fonctionnement, analyse des pratiques) ; des « comptes » où les résidents apportent les justificatifs de leurs dépenses alimentaires hebdomadaires ; des groupes « paroles » où les résidents s'expriment sur leur vécu et leurs préoccupations existentielles ; des régulations d'appartements où sont évoqués les difficultés inhérentes à la vie en colocation. Les différents ateliers et activités sont répartis sur l'ensemble de la semaine. Ces temps d'intervention sont bien construits et la mécanique d'ensemble est rôdée. C'est donc un point fort.

Au demeurant, les tâches accomplies quotidiennement sont peu structurées. Si l'autonomie des équipes est importante, ce qui est nécessaire et positif, la cohérence de la multiplicité des interventions est supposée, sans qu'aucun outil permettant de la garantir n'existe.

### **1.5.3 Le positionnement des professionnels par rapport à la structuration de l'activité**

La psychiatre de l'unité B exprime une volonté de formalisation des pratiques et des interventions. Elle les juge trop tributaires du quotidien et de la volonté des professionnels, pas assez technicisées, ni structurées par l'objectif de l'accompagnement, c'est-à-dire, l'accès à l'autonomie et la sortie du FAM : « *Aussitôt qu'ils arrivent* [les

---

<sup>31</sup> Voir Annexe IV.

résidents], *il faut les voir, les penser comme déjà dehors.* »<sup>32</sup>.

De leur côté, certains professionnels de terrain déplorent également le manque de structuration de leurs interventions, que ce soit à l'unité A comme à l'unité B. Ainsi, cette infirmière : « *Je suis désolée, ça fait plus de 2 mois que je suis là, et j'ai toujours pas compris qui fait quoi, comment et, surtout, surtout, pourquoi ?* », ou cet éducateur spécialisé : « *normalement, il devrait y avoir des projets, des synthèses, mais, bon... on le fait pas et après, on s'étonne qu'il y ait des ratés !* ». L'ancienne conseillère en économie sociale et familiale, qui travaillait à mi-temps au FAM, a justifié son départ pour la même raison : « *moi, je m'en vais, parce que... euh... [silence] euh... c'est dur d'être sur deux sites, quoi, pour le suivi des résidents, je dois toujours jongler, rattraper les absences, le retard [long silence]... en plus, au SAVS, c'est plus carré, ça me correspond mieux comme fonctionnement.* ».

D'autres, en revanche, ne trouvent rien à redire à la configuration actuelle : « *L'essentiel c'est que les résidents, on est là, on s'en occupe, quoi !* ». Un éducateur spécialisé voit dans toute réforme un désaveu de sa professionnalité, sacrifiée sur l'autel d'une modernité factice : « *Aujourd'hui, faudrait tout normaliser, évaluer, compartimenter, classer... Y'en a marre ! Ça fait quand même 15 ans que je suis là, et les résultats, les progrès, et ben, on les a vus ! On en a quand même resocialisé un paquet pendant toutes ces années...* ». Enfin, pour d'autres, influencés par la psychanalyse, le risque d'une formalisation des pratiques professionnelles réside dans la négation de la liberté humaine : « *Ce qui est important, c'est laisser le sujet trouver ses solutions, même si elles paraissent bancales, mal fichues. C'est ça, l'accompagnement des psychotiques. Sinon, ça s'appelle de la norme...* ». Au demeurant, les difficultés liées à une mauvaise anticipation sont vécues et provoquent à la fois des difficultés au sein des équipes et, surtout, altèrent la qualité de l'accompagnement auxquels les résidents ont droit : « *Bon, ben... c'est pas compliqué, y'a qu'à dire que Marjorie, elle fait l'accompagnement de Sylvain chez le médecin, pendant que je fais les traitements. Ah, mais non, tu commences à 10 heures. Et toi, Paul ? Ah oui, tu récupères... Bon... c'est pas grave, on recommence... Mais, il peut pas y aller tout seul ? Y prend le tram... Oui, mais si on l'accompagne pas, il ira pas... ça fait des mois que ça traîne, ses lentilles... ça peut plus durer ! il voit plus rien...* ». Sans compter, les conséquences imprévues ou effets pervers<sup>33</sup> de dispositifs néanmoins pertinents : « *y'a 3 soignants mobilisés de 8 heures à 13 heures 30, 14h [pour l'atelier du Goût]... et pour combien de résidents ? 5, 7 au mieux... et les autres, qui est-ce qui s'en occupe ? toujours les mêmes... moi, je suis seule avec parfois*

<sup>32</sup> Les propos cités des professionnels sont issus de mes notes personnelles.

<sup>33</sup> Un effet pervers est « *un résultat indésirable, pour les individus ou pour la collectivité, de l'agrégation des comportements individuels rationnels* » in ALPE Y., BEITONE A., et al., 2007, *Lexique de sociologie*, 2<sup>ème</sup> édition, Paris : Dalloz, p. 99.

9 résidents... ».

#### **1.5.4 Synthèse relative à l'enjeu managérial**

L'une des forces du projet d'établissement tient aux différents services rendus en termes de réadaptation psychosociale et d'insertion dans la cité grâce à nos différents moyens d'hébergement. Cette richesse implique de dissocier les pratiques professionnelles en fonction des deux unités du FAM. En effet, les besoins des résidents de chacune des unités diffèrent, principalement par rapport à leurs capacités d'autonomie. De fait, il est pertinent que le dispositif d'accompagnement s'allège de l'unité A à l'unité B. Les temps de présence sont moindres tout comme l'étayage psychosocial. En même temps, l'unité de l'établissement est justifiée du fait des possibles et réguliers, si ce n'est fréquents, allers-retours entre les deux unités. Certains professionnels demandent une aide méthodologique car leurs pratiques, centrée sur le quotidien, les frustrent et ne leur apparaissent pas répondre à l'ensemble des besoins des résidents. Il reste que pour d'autres l'introduction d'une réflexion sur les pratiques organisationnelles est source d'angoisse ou de disqualification.

### **1.6 Conclusion de la première partie et élaboration de la question centrale**

Le FAM Triade est l'héritier d'une histoire novatrice. Fondé dans le sillage de la psychiatrie sociale à la fin des années 1960, il a fait évoluer son organisation en fonction de l'évaluation des limites du projet d'internat au long cours, mais aussi en réaction au dramatique accident qui coûta la vie à une infirmière. Depuis, il offre aux usagers un dispositif qui allie foyer et appartements et qui travaille à leur réadaptation psychosociale en vue du recouvrement de leurs capacités d'autonomie, gage d'une réinsertion sociale réussie. Aujourd'hui, les conséquences de cette histoire se manifestent également dans une organisation centrée sur le quotidien, la prédominance de l'intra-institutionnel et une personnalisation de l'accompagnement à demi achevée.

La notion de handicap psychique a permis la prise en compte des besoins des résidents à travers l'interrogation du retentissement du trouble psychique sur les actes de la vie quotidienne et la participation sociale. Au niveau du FAM Triade, j'ai explicité comment cette opération n'allait pas de soi. D'une part, il y a un décalage entre les

représentations<sup>34</sup> des professionnels et les besoins tels que le projet d'établissement les envisagent, bien qu'il ne les définisse pas *stricto sensu*. D'autre part, il n'y a pas dans les dispositions organisationnelles de procédure spécifique de recueil des besoins et des attentes qui permettrait d'obtenir une convergence entre ces deux niveaux.

Ceci est problématique pour les résidents puisque nous n'avons guère les moyens de saisir, si ce n'est intuitivement, que nous ne répondons pas ou mal à certains de leurs besoins (participation sociale, inscription dans le temps).

Notre conformité avec les textes législatifs et réglementaires n'est pas totale, comme en témoigne la non effectivité des projets personnalisés, de la coordination des soins avec les praticiens extérieurs, et du référent/coordonateur de projet.

De surcroît, nous devons répondre à l'interpellation des autorités de contrôle et de tarification quant aux fondements du projet d'établissement et à la lisibilité de nos interventions.

Enfin, je suis face à un enjeu managérial puisqu'une partie des professionnels demande une meilleure structuration de l'activité, tandis qu'une autre manifeste une certaine méfiance.

L'ensemble de ces constats m'amène à considérer que le FAM Triade a une culture<sup>35</sup> professionnelle paradoxale. Il y a un grand savoir-faire et, en même temps, ce savoir-faire n'est pas toujours vécu comme tel. Il est difficilement explicitable par les professionnels eux-mêmes car cela impliquerait qu'ils aient une position d'extériorité que l'engagement dans leurs pratiques empêche<sup>36</sup>. Il y a une bonne connaissance des besoins, et en même temps, celle-ci reste prisonnière du suivi quotidien, ce qui entrave la perception de son incomplétude. Il y a un cadrage de l'activité, et en même temps, celui-ci est incomplet et ne permet pas que les pratiques professionnelles et organisationnelles répondent à l'ensemble des missions dévolues à l'établissement. Même l'environnement du FAM est

---

<sup>34</sup> « *Ce sont les représentations construites dans le cadre de pratiques quotidiennes et partagées par l'ensemble d'un groupe social au-delà des particularités individuelles* » in ALPE Y., BEITONE A., *et al.*, *id.*, 2007, p. 251.

<sup>35</sup> La culture d'entreprise repose, selon Sainsaulieu, sur trois conditions. Premièrement, il faut qu'il y ait production d'un système de valeurs et de normes. Deuxièmement, il faut qu'il y ait une transmission de conseils et de codes de conduites validés par l'expérience. Enfin, il faut considérer la confrontation entre la culture vécue au travail et la culture antérieure et extérieure du citoyen, de l'homme de métier, voire de l'enfant qu'il a été. SAINSAULIEU R., 1997, *Sociologie de l'entreprise : organisation, culture et développement*, Paris : Presses de la fondation nationale des sciences politiques, 1997, p. 239.

<sup>36</sup> BOURDIEU P., *Le sens pratique*, Paris : Éditions de Minuit, Le sens commun, 1980, p. 64.

paradoxal puisque malgré leur interpellation, les autorités de contrôle et de tarification affirment par ailleurs leur confiance dans la qualité de nos accompagnements.

Il y a donc nécessité je me positionne, en tant que directeur, dans un registre managérial conçu comme capable de réduire ces paradoxes et de « *fonder des repères pour penser l'action collective, la motivation et la compétence des acteurs* »<sup>37</sup>. Les constats que j'ai effectués doivent déboucher sur la mobilisation<sup>38</sup> de tous dans le sens de l'amélioration des réponses apportées aux besoins et attentes des résidents.

La question qui se pose consiste donc à savoir comment mobiliser l'ensemble des professionnels pour améliorer notre saisie et nos réponses aux besoins et attentes des usagers ; comment répondre aux missions de l'établissement qu'elles soient portées par les textes ou les autorités de contrôle.

La réponse à cette question prend la forme de l'hypothèse théorique suivante : en analysant les éléments de structure sur lesquels repose le FAM Triade, la répartition du pouvoir et de ses jeux, les stratégies de ses acteurs, il sera possible de déterminer les conditions et les leviers nécessaires pour mettre en œuvre le changement de nos pratiques organisationnelles et professionnelles.

Je fais l'hypothèse opérationnelle que ce changement se modélisera sur la « relation de service », ce qui permettra de réarticuler nos processus aux besoins et attentes des usagers et de répondre à nos différents enjeux.

Dans la seconde partie, j'étudierai et appliquerai, en premier lieu, les concepts principalement issus des théories sociologiques des organisations. À l'aide de la notion de « but de l'organisation », je montrerai son équivocité pour les professionnels de Triade ; le concept de « stratégie » me permettra d'identifier les opportunités supposées du projet de changement ; l'étude des « zones d'incertitudes » fera apparaître la marge d'autonomie conséquente d'une des équipes ; enfin, j'examinerai les conditions à travers lesquelles le changement peut s'organiser grâce à l'intérêt des acteurs, et à une méthodologie co-construite et réflexive.

En second lieu, je présenterai la méthodologie de « la relation de service ». Elle me fournira les éléments nécessaires à la mise en œuvre opérationnelle de mon projet de

---

<sup>37</sup> LEFÈVRE P., *id.*, p. 257, 2003.

<sup>38</sup> LEMOINE C., « La motivation, chaînon psychologique manquant à l'économie du travail », in *Pyramides* [Revue en ligne], 4 | 2001, consulté le 12 avril 2012, disponible sur internet : <http://pyramides.revues.org/508>

direction. L'articulation des besoins et des attentes aux prestations servies par l'établissement sera non seulement démontrée, mais rendue réalisable dans le cadre d'un projet personnalisé.

## 2 La conduite du changement du FAM Triade : théories et applications

Le directeur a besoin de repères face à la complexité dont il assume la gestion, l'organisation et la programmation. Je fais le pari que le changement que j'entends mettre en œuvre est nécessaire et qu'il sera compris par l'ensemble des acteurs institutionnels. J'entends mettre en œuvre le changement au sein d'une organisation. Je vais donc, en premier lieu, m'appuyer sur la sociologie des organisations pour questionner, justifier et construire ce dessein.

### 2.1 L'analyse stratégique et systémique

Que nous apprennent Crozier et Friedberg à ce propos ? Dans leur ouvrage fondamental, *L'acteur et le système*, ces auteurs construisent une théorie et une grille de lecture décrivant les phénomènes à l'œuvre dans un collectif de travail.

La toute première étape méthodologique consiste à définir ce que recouvre la notion d'organisation. Pour les auteurs, c'est un « *ensemble constitué en vue d'atteindre un but clairement défini, et ayant à sa disposition toute une série de procédés et de contrôle contraignants, permettant d'assurer la subordination de tous ces moyens, y compris des ressources humaines, à l'accomplissement de ce but et impliquant la nécessité d'unir les efforts d'un individu à celui des autres* »<sup>39</sup>.

#### 2.1.1 Le but du FAM Triade : un objet identifié et pluriel

Un élément est fondamental dans cette définition : le but de l'organisation doit être clairement défini. Or, si ce but est constitutif de la mission confiée au FAM, c'est-à-dire d'offrir un accompagnement médico-social à des adultes en situations de handicap psychique en vue de leur réadaptation psychosociale et de leur réinsertion sociale, est-il forcément toujours à l'esprit des membres de l'établissement ? La notion de but possède plusieurs acceptions sur lesquelles il est intéressant de revenir parce qu'elles éclairent justement comment dans le terme même, la stabilité sémantique doit être travaillée.

Issu de la technique militaire, le but est un point, un objet que l'on vise afin de le toucher

---

<sup>39</sup> CROZIER M., FRIEDBERG E., *L'acteur et le système*, Paris : Seuil, Points Essais, 1977, cité par GACOIN D., *Conduire des projets en action sociale*, Paris : Dunod, Action sociale, 2010, p. 111.

avec un projectile. Dans l'artillerie, il est le point de mire utilisé au cours des exercices pratiqués avec des armes à feu, l'endroit où est placé le canon au moment où il tire. Par extension, c'est le point de l'espace que l'on s'efforce d'atteindre (*le but d'une expédition*). C'est aussi, par métonymie, le point marqué lorsqu'un point de l'espace est atteint. Au sens figuré, le but est une fin que l'on se propose, une intention animant un acte ou motivant une démarche. Dans un second sens, il s'agit d'un projet général dont l'échéance n'est pas arrêtée dans le temps. Le but est alors une orientation fondamentale que l'homme donne à sa vie. Enfin, d'un point de vue grammatical, le but indique dans quelle intention, au profit, au détriment de qui, de quoi, s'accomplit une action, (*conjonction de but*)<sup>40</sup>.

Ces différentes acceptions sont intéressantes car, au-delà de l'origine militaire du terme, elles font apparaître que le but peut soit être défini précisément et relever d'un état fini, soit être beaucoup plus indéterminé dans son échéance et relever d'une orientation, soit enfin concerner autrui, en tant qu'il devient l'objet de ce but. En tout état de cause, ce triptyque « fini – indéterminé mais orienté – autrui » vient faire problème pour l'organisation et pose la question de la définition pratique du but de l'organisation que chacun de ses membres a intériorisée.

Une des deux psychiatres de l'établissement indique que son objectif principal est « *le soin des patients* ». Elle s'est donné un but précis, tout en étant un moyen en vue de leur autonomisation future. Cela s'oppose en partie avec celui de cette éducatrice pour laquelle l'important est de « *leur apprendre à demander de l'aide* », c'est-à-dire, que les résidents entrent dans une relation de confiance avec les professionnels du FAM en dehors de toute idée d'un terme à l'accompagnement. Pour Madame Binz et Madame Soussé, en revanche, le but de leur présence au FAM est de pouvoir rompre avec la solitude et le repli sur soi. Même s'il est compréhensible que le but des résidents soit décalé par rapport à celui de l'organisation, celui-ci ne doit pas trop s'en écarter sans quoi le hiatus existant risquerait de provoquer une incompréhension préjudiciable entre le résident et les professionnels de l'établissement.

Si la définition du but de l'organisation est un présupposé nécessaire à son fonctionnement, Crozier et Friedberg permettent de comprendre que la logique des acteurs n'est que partiellement orientée par ce but, et par les règles formelles de l'organisation. En effet, leur premier présupposé est que l'acteur, dans toute organisation, « *dispose d'une marge de liberté irréductible dans la poursuite de ses activités [et] il*

---

<sup>40</sup> Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, Article « But », CNRS, [consulté le 20 janvier 2012], disponible sur internet : <http://www.cnrtl.fr/definition/but>

*devient illusoire de vouloir chercher l'explication des comportements empiriquement observables dans la rationalité de l'organisation, dans ses objectifs, ses fonctions et ses structures, comme s'il s'agissait là d'un ensemble de données auxquelles les individus ne pourraient que s'adapter et qu'ils finiraient pas intérioriser pour y conformer leur conduite* »<sup>41</sup>. C'est donc un enjeu de taille pour mettre en œuvre mon projet de changement. Cela m'indique que les acteurs pourront certainement adhérer aux dispositifs de travail que je mettrai en place et aux objectifs que je leur assignerai, mais que pour un certain nombre de professionnels, leur mobilisation pourra poursuivre d'autres objectifs. Il reste à déterminer ce qui pourrait guider leurs choix.

### **2.1.2 Les stratégies des acteurs : les opportunités produites par le changement**

Le concept de *stratégie* permet d'identifier les voies possibles qu'empruntent les acteurs d'une organisation dans l'exercice de leur liberté d'action. Bien que l'acteur n'ait que rarement des objectifs clairs et explicites, il exerce toujours sa liberté dans un sens rationnel. Cette rationalité limitée, c'est-à-dire, qu'elle n'a pas conscience de l'exhaustivité des choix à sa disposition, s'oriente à partir des opportunités que perçoit l'acteur dans le contexte organisationnel, ainsi que par rapport aux comportements des autres acteurs. Qui plus est, le comportement de l'acteur a toujours deux aspects : l'un offensif lui permettant d'améliorer sa situation par la saisie d'opportunités, l'autre défensif consistant au maintien et à l'élargissement de sa marge de liberté. L'ensemble de cette séquence est ce qui définit la notion de *stratégie* de l'acteur.

Il est donc nécessaire de bien identifier les opportunités que représentera et produira le changement pour les acteurs de l'établissement. À ce stade de ma réflexion, je considère qu'elles seront de quatre ordres : 1. Repositionner les fonctions soignante et éducative dans une dimension d'expertise. Le nouveau centrage sur la saisie des besoins et attentes des résidents devrait mettre en valeur leur savoir-faire clinique. 2. Cette nouvelle méthodologie d'intervention, ainsi que celle découlant du travail sur le projet personnalisé de promotion, enrichira leur panel de compétences individuelles. 3. La constitution de groupes de travail dont l'objectif sera l'élaboration des outils (identification des prestations, guide d'entretien de saisie des besoins et attentes des résidents, coordinateur de projet) permettra un apprentissage collectif, ce qui devrait créer de la cohésion et rendre l'ensemble de l'établissement plus compétent. 4. Cela créera, enfin, un moyen de gratifier et de reconnaître la valeur des professionnels.

---

<sup>41</sup> CROZIER M., FRIEDBERG E., *id.*, 1977, p. 46.

Concernant le maintien de la marge de liberté, il est certain que l'effort de rigueur découlant de la démarche obligera à rompre avec les routines et les habitudes. Mais comme le montrent les auteurs, « *les membres d'une organisation ne sont pas, en effet, attachés de façon passive et bornée à leurs routines. Ils sont tout à fait prêts à changer très rapidement s'ils sont capables de trouver leur intérêt dans les jeux qu'on leur propose.* »<sup>42</sup>. Ce sera donc l'un de mes enjeux majeurs que de montrer l'intérêt que représente ce changement pour les acteurs.

De prime abord, le premier voire le seul intérêt de l'acteur est de garantir sa liberté, soit ses marges de manœuvre au sein de la structure organisationnelle. Cette liberté s'exprime en termes de *pouvoir*. Le pouvoir est une relation et non pas un attribut des acteurs. Il est « *un rapport de force, dont l'un [des acteurs] peut retirer davantage que l'autre, mais où, également, l'un n'est jamais totalement démuné face à l'autre. [...] Le pouvoir réside donc dans la marge de liberté dont dispose chacun des partenaires engagés dans une relation de pouvoir.* »<sup>43</sup>. Enfin, le pouvoir de l'acteur est fonction de la *zone d'incertitude* que l'imprévisibilité de son propre comportement lui permet de contrôler face à ses partenaires, qui doit être « *pertinente par rapport au problème à traiter et par rapport aux intérêts des partis en présence, que ce soit en somme une zone d'incertitude dont l'existence et la maîtrise conditionnent la capacité d'action des uns et des autres.* »<sup>44</sup>.

### **2.1.3 De certaines zones d'incertitudes du FAM Triade**

À partir de là, il s'agit d'identifier les zones d'incertitudes que maîtrisent les acteurs en tant qu'elles conditionnent les capacités d'actions des autres acteurs. Il faut, d'une part, identifier leurs ressources mobilisables dans la négociation des limites et le contrôle de ces zones. Les acteurs dont il est question ne sont pas libres comme dans la société ordinaire où le client est libre de choisir entre les trois boulangers d'un quartier. Ici, ils sont forcés de collaborer au sein d'une organisation qui détermine le cadre de leurs échanges. C'est ce qui implique, d'autre part, d'identifier le faisceau de contraintes qu'exerce sur eux l'organisation, et ce n'est qu'à l'intérieur de ces contraintes que vont se dérouler les stratégies des acteurs à travers des relations de collaboration, d'émulation, d'ignorance feinte, d'antagonisme, bref, de pouvoir. Les auteurs identifient quatre grandes sources de pouvoir : l'expertise, la maîtrise des relations avec l'environnement, la maîtrise de la communication et des informations, l'utilisation des règles organisationnelles.

---

<sup>42</sup> Je souligne. CROZIER M., FRIEDBERG E., *ibid.*, p. 386.

<sup>43</sup> Souligné par les auteurs. CROZIER M., FRIEDBERG E., *op. cit.*, p. 69.

<sup>44</sup> Souligné par les auteurs. CROZIER M., FRIEDBERG E., *op. cit.*, p. 72.

Du fait de la position de directeur, il n'est pas possible de recenser de façon exhaustive les zones d'incertitudes que maîtrisent les acteurs ou groupes d'acteurs du FAM. Ceci étant, il convient d'essayer de circonscrire les plus exemplaires. Trois sont synthétisées dans le tableau suivant. Pour une meilleure compréhension, je développe la zone d'incertitude numéro 2 « l'organisation des interventions de l'unité B ». De quoi s'agit-il ?

Le lundi, de 13 heures à 13 heures 30, se déroule une réunion où les professionnels de l'unité (éducateurs spécialisés, infirmiers, CESF) planifient leurs interventions pour la semaine à venir. Durant cette réunion dite « de planning », ils s'organisent en fonction de leur emploi du temps prédéfini (puisque'il y a un planning prévisionnel sur 12 semaines qui est établi), et surtout en fonction des besoins qu'ils ont repérés la semaine précédente soit par eux-mêmes, soit en fonction des transmissions laissées par leurs collègues dans le cahier prévu à cet effet. Le directeur ou la directrice-adjointe sont absents de cette réunion.

Cette autonomie de l'équipe est donc une forte ressource. Elle se justifie par leur maîtrise de l'information clinique. Pendant cette réunion, l'essentiel du planning hebdomadaire est arrêté. Elle est animée par la plus ancienne éducatrice de l'équipe qui fait preuve d'une grande dextérité pour être à la fois efficace, cadrante et relativement souple avec ses collègues. En effet, certains entretiens ou accompagnements, certaines visites aux appartements sont plus nécessaires que d'autres, mais également plus délicats à mener en fonction de la personnalité et de l'état du résident, de l'objet de l'entrevue et de la disponibilité des professionnels. Les contraintes de l'organisation s'exercent donc sur les professionnels. Elles s'expriment en termes de respect des règles institutionnelles qui veulent que l'ensemble des résidents soit rencontré au moins une fois chaque semaine, et d'éthique<sup>45</sup> professionnelle qui renvoie chacun à sa responsabilité individuelle dans la mise en œuvre des « bonnes » actions dont il connaît la nécessité.

La stratégie ici poursuivie consiste à concilier les convenances personnelles des uns et des autres (issues de leur vie privée) et les impératifs liés aux services devant être rendus aux résidents. Il y a donc des micro-conflits d'intérêts qui s'expriment plus ou moins ouvertement. Il convient de préciser que cette planification est effectuée à un rythme très soutenu, la plupart des professionnels se coupent la parole, il y a des allers-retours fréquents entre les jours de la semaine, des coups de gomme et des ratures nombreux sur l'agenda de l'équipe rempli par l'éducatrice-animatrice.

---

<sup>45</sup> L'éthique professionnelle peut se concevoir comme une connaissance théorique du bien et/ou du bon qui permet d'orienter les actions de l'individu vers la réalisation et l'avènement de ce bien. Pour une discussion approfondie des implications de ce concept, voir BARREYRE, J.-Y., BOUQUET B., *id.*, 2006, pp. 242-245.

Suite à cela, la réunion d'équipe dite « pluridisciplinaire » rassemblant l'ensemble des professionnels (directeur, directrice-adjointe, psychiatre, éducateurs spécialisés, infirmiers, CESF) a lieu de 13 heures 30 à 15 heures 30. Elle se déroule généralement en trois temps. Un premier de 5 à 10 minutes maximum où l'ordre du jour est bâti par les participants. Chacun est invité à mentionner la ou les résidents dont il semble important d'évoquer la situation. Le nombre de situations est généralement compris entre 6 et 9. Un deuxième temps où les deux professionnels qui ont assuré la permanence téléphonique du week-end précédent relatent son contenu : qui a appelé et pourquoi, quelles réponses ont été apportées et pourquoi, y a-t-il eu nécessité d'intervenir physiquement, quelles préconisations en tirer pour la semaine à venir. Ce temps dure entre 15 et 30-40 minutes car certains propos, prises de position ou hypothèses suscitent des réflexions complémentaires, des interrogations ou des contradictions de la part des autres participants. Enfin, le suivi des situations est abordé dans le temps restant disponible, soit 1 heure et quart.

Pendant ce temps de travail, certaines interventions se décident, se programment. Bien souvent, celles qui avaient été prévues lors de la réunion « de planning » sont évoquées, ce qui permet à l'équipe de montrer aux cadres son autonomie et la pertinence de sa programmation. L'évocation des situations amène également à réaménager les prévisions ou à en élaborer de nouvelles. C'est pourquoi, après la réunion d'équipe, un deuxième temps de réunion « de planning » des interventions est prévu de 15 heures 30 à 16 heures.

Durant cette deuxième réunion, les ajustements nécessaires sont reportés sur l'agenda et leurs conséquences sur les prévisions précédentes sont évidemment prises en compte. Cette fois-ci, la directrice-adjointe est présente, ce qui lui permet de prendre connaissance de l'organisation de la semaine, d'en assurer une relative supervision et de valider dans un dernier mouvement l'ensemble de la programmation.

C'est dans ce moment que les contraintes institutionnelles et les différentes stratégies apparaissent le plus nettement. La directrice-adjointe est tributaire des aménagements antérieurement prévus par l'équipe. Lorsqu'il y a consensus, ce qui est la majorité des cas, la réunion se déroule sans encombre et se termine rapidement. En revanche, si la directrice-adjointe veut apporter des modifications contredisant de façon trop importante les dispositions arrêtées précédemment, celles-ci sont logiquement l'occasion d'après discussions puisqu'elles empiètent sur les limites de la zone d'incertitude contrôlée par l'équipe, en l'espèce sa marge d'autonomie.

Néanmoins, son statut de cadre hiérarchique, garant des règles institutionnelles, sa maîtrise de l'outil informatique relatif à la gestion des horaires de travail sont des ressources fortes, sur lesquelles elle n'hésite pas à s'appuyer pour mener à bien sa stratégie de priorisation des exigences de service lorsque des convenances trop personnelles deviennent l'objectif prioritaire des membres de l'équipe.

Par rapport à l'exemple cité, la réflexion que je mène sur l'organisation de l'activité me conduit à questionner la pertinence du séquençage de cette journée. En effet, si l'on considère que l'organisation de l'intervention découle de la mise en œuvre des différents projets personnalisés, dont le lieu d'élaboration et d'évaluation est la réunion d'équipe, il apparaît curieux de conserver le déroulement de la journée dans l'ordre actuel. En même temps, la restructuration même de la planification des interventions deviendra nécessaire. Or, j'ai montré à quel point sa maîtrise était stratégique pour l'équipe B. Il faudra donc que je sois adroit pour mener à bien cette restructuration.

Par ailleurs, même si les enjeux seront moindres, du fait de la présence en continue des professionnels de l'unité A auprès des résidents du foyer, le changement projeté étant de même nature, les difficultés devraient elles-aussi être présentes.

**Tableau des zones d'incertitudes**

| <u>Zones d'incertitude</u>                     | <u>Acteur</u>       | <u>Ressources</u>   | <u>Contraintes</u>  | <u>Stratégies</u>   |
|--|---------------------|---|---|---|
| <b>1. Modification des horaires de travail</b> | Équipe A            | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Autonomie dans les arrangements entre professionnels</li> <li>- Nécessité de garantir la présence d'un professionnel</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Planning prévisionnel sur 12 semaines</li> <li>- Conflits potentiels avec collègues</li> <li>- Proximité des locaux administratifs obligeant à négocier</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prévision</li> <li>- Négociation</li> <li>- Régularisation <i>ex post</i></li> </ul> |
|  | Équipe B            | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Habitude</li> <li>- Relatif isolement</li> <li>- Autonomie dans les arrangements entre professionnels</li> <li>- Nécessité de garantir la présence d'un professionnel</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Planning prévisionnel sur 12 semaines</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Régularisation <i>ex post</i></li> </ul>   |
|  | Directrice-adjointe | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Statut</li> <li>- Gestion du logiciel de comptage des heures de travail</li> <li>- Droit du travail et accord d'entreprise</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Continuité du service</li> <li>- Droit du travail et accord d'entreprise</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rappel de la règle</li> <li>- Levier pour arrangement futur</li> </ul>               |

| <u>Zones d'incertitude</u>                                | <u>Acteur</u>                    | <u>Ressources</u>  | <u>Contraintes</u>   | <u>Stratégies</u>  |
|---|----------------------------------|--|--|--|
| <b>2. Organisation des interventions (Unité B)</b>        | Équipe B                         | - Gestion autonome<br>- Maîtrise de l'information clinique   | - Planning prévisionnel sur 12 semaines<br>- Règles institutionnelles<br>- Éthique professionnelle | - Concilier convenance personnelle et exigence de service                |
|   | Directrice-adjointe              | - Supervision de la gestion<br>- Statut<br>- Gestion du logiciel de comptage des heures de travail | - Gestion autonome de l'équipe<br>- Impératif du quotidien<br>- Disposition dans l'emploi du temps | - Privilégier les exigences du service face aux convenances personnelles |
|   | Directeur                        | - Statut<br>- Garant de l'intérêt de chaque usager   | - Ne participe pas à la réunion  | - Délégation   |
| <b>3. Rendez-vous manqué avec le psychiatre (unité B)</b> | Équipe B                         | - Interface quand rdv raté   | - Obligation de mettre en œuvre la continuité des soins<br>- Statut subordonné                     | - Action, mais en signifiant régulièrement la désapprobation             |
|   | Psychiatre                       | - Expertise<br>- Maîtrise agenda<br>- Maîtrise prescription  | - Garantit la continuité des soins<br>- Besoin de la coopération de l'équipe                       | - Remerciement et rappel de la possession de son expertise               |
|   | Directrice-adjointe<br>Directeur | - Statut<br>- Médiateurs   | - Effectivité de la continuité des soins   | - Juge de paix<br>- Rappel de la mission de soin                         |

#### 2.1.4 D'une contrainte externe à un levier directorial

Après avoir examiné les contraintes internes s'exerçant sur l'établissement, il convient d'aborder les contraintes issues de son environnement. Il est évident qu'étant inscrit sur un territoire et assurant une mission déléguée par le corps social, l'environnement constitue une contrainte majeure pour l'établissement, pouvant aller jusqu'à menacer sa survie. Ici, comme face aux autres contraintes, les possibilités du dirigeant de pouvoir les modifier sont *limitées et partielles*. L'intérêt de la perspective crozierienne est de montrer que les contraintes environnementales sont traduites, utilisées par les acteurs de l'organisation en fonction de leur position dans l'organisation. L'idée est que la contrainte soit compatible avec le maintien de leur capacité de négociation. La réponse qui sera apportée sera, comme toujours, fonction des stratégies des acteurs dans l'organisation et vis-à-vis de l'extérieur. La question sera de savoir comment cette contrainte affecte les capacités de négociation à l'intérieur de l'organisation.

Concernant le FAM, la traduction que j'opère de la contrainte représentée par les demandes des autorités de contrôle est simple. Ces demandes sont pour moi un levier pour susciter la mobilisation des professionnels et leur investissement dans un processus

de réflexion de nos pratiques. S'il ne s'agit pas de provoquer une angoisse sidérante et contre-productive, l'intérêt de tous les acteurs étant d'assurer la pérennité de l'établissement, la mise en question de la lisibilité de nos « façons de faire » est un excellent aiguillon et me semble être également un moyen de stimuler nos capacités productives et innovantes. Il est clair néanmoins que cet enjeu concerne plus particulièrement la fonction de direction et qu'il faudra le traduire à nouveau pour qu'il s'incarne concrètement dans les préoccupations et difficultés rencontrées par les professionnels dans leur propre exercice d'accompagnement. Sans quoi, le risque est grand de voir la mobilisation avortée.

### **2.1.5 Les leviers du directeur**

Cet aspect permet d'évoquer la nature des leviers du dirigeant pour gérer son établissement, et dans un second temps pour conduire le changement. Toujours en rupture avec la pensée rationaliste, Crozier et Friedberg insistent sur le caractère limité de ces leviers, notamment du fait, dans les situations où l'organisation préexiste à la prise de fonction du directeur, de l'antériorité de ses jeux, de leur autonomie et de leur permanence.

1. La maîtrise de l'information, des canaux de communication et d'interaction, me permettra de lancer et de conduire le projet en interne. La production d'une communication sur le projet, en direction des acteurs externes à l'établissement (l'association, les autorités de contrôle et de tarification, mais aussi les partenaires, les prescripteurs), fera également partie intégrante du projet. Compte tenu de l'interpellation des autorités de contrôle, il s'avère particulièrement stratégique de les informer, si ce n'est de les associer, à la réforme entreprise.

2. La répartition des enjeux organisationnels à travers la politique du personnel sera également mobilisée du fait de l'introduction officielle de la fonction de référent/coordonateur de projet.

3. L'émission de règles sera évidemment mobilisée puisque le dispositif de changement sera prévu, organisé et requerra la participation du plus grand nombre.

### **2.1.6 Les conditions du changement : apprentissages collectifs et intérêts des professionnels**

Pour être efficace, le changement doit intervenir à deux niveaux. Il faut qu'il y ait à la fois le changement d'un mode opératoire et la transformation des caractéristiques et modes

de régulation du système de pouvoir. Le changement c'est « *l'apprentissage, c'est-à-dire, la découverte, voire la création et l'acquisition par les acteurs concernés, de nouveaux modèles relationnels, de nouveaux modes de raisonnement, bref, de nouvelles capacités collectives.* »<sup>46</sup>. Autrement dit, il ne suffit pas de modifier les conditions d'activité des acteurs pour qu'eux-mêmes modifient leurs comportements. Le changement suppose d'effectuer de nouvelles acquisitions collectives. Pour cela, il faut que les acteurs aient intérêt à changer, c'est-à-dire, que le changement réponde à une difficulté qu'ils rencontrent dans leurs pratiques, qu'il permette de mieux accomplir leurs tâches.

Je considère que l'insatisfaction déplorée par un nombre conséquent de professionnels quant au manque de structuration de l'activité constituera leur intérêt vis-à-vis du changement que je projette. Fondamentalement ancré sur une lecture de leurs besoins et de leurs demandes, mon projet directorial entend aider les professionnels à accomplir les tâches et activités inhérentes à leur pratique. En effet, je leur propose de s'approprier une nouvelle méthodologie d'intervention (voir *infra* 2. 3.) qui leur permette concrètement de repérer les besoins et les attentes des résidents et d'y répondre à la fois pratiquement (les actions menées) et formellement (le support papier du projet personnalisé).

## **2.2 Les approches théoriques complémentaires**

Depuis la fin des années soixante-dix, d'autres approches sont venues compléter la théorie crozérienne, comme le montre Foudriat dans son ouvrage sur le changement organisationnel<sup>47</sup>. Prônant la transdisciplinarité<sup>48</sup> et partant de la perspective stratégique et systémique, Foudriat introduit trois autres perspectives afin de constituer une « boîte à outils » praxéologique : la perspective cognitiviste et constructiviste, la perspective pragmatique, la perspective du changement continu.

La praxéologie «  *vise l'optimisation de l'action et l'aide à la décision : pouvoir mettre entre les mains de décideurs un certain nombre d'aide* »<sup>49</sup>. Ce parti pris scientifique entend s'appuyer sur les résultats des sciences de l'Homme en général, dont certaines, en particulier, analysent les pratiques dans l'objectif de produire un savoir visant leur

---

<sup>46</sup> Souligné par les auteurs. CROZIER M., FRIEDBERG E., *op. cit.*, p. 392.

<sup>47</sup> FOUURIAT M., *id.*, 2011.

<sup>48</sup> « *La transdisciplinarité insiste sur l'idée qu'il y a plusieurs niveaux de réalité, une pluralité de logiques, ce qui rend possible la cohabitation d'éléments généralement donnés à voir comme irréductiblement disjoints.* » HERREROS G, *Pour une sociologie d'intervention*, Toulouse : Érès, 2002, p. 123, cité par FOUURIAT M., *ibid.*, 2011, p. 299.

<sup>49</sup> ARDOINO J., « *La recherche action, une alternative épistémologique. Une révolution copernicienne* », cité par FOUURIAT M., *op. cit.*, p. 27.

amélioration et l'aide aux acteurs pour résoudre les difficultés qu'ils rencontrent. En l'espèce, il s'agit de mener à bien un changement organisationnel.

### **2.2.1 L'héritage stratégique : identification des typologies d'acteurs et de la nature du séquençage du projet**

En héritier de Crozier et Friedberg, Foudriat reprend l'idée que le changement organisationnel comporte obligatoirement deux dimensions, l'une relevant des structures et des règles, l'autre des relations et des comportements.

Approfondissant les travaux de ses prédécesseurs, il analyse les formes d'implication des acteurs par rapport au changement volontaire, c'est-à-dire, issu d'une volonté de la direction. Il décrit trois formes d'implication : le soutien et l'implication, l'opposition et la résistance, le retrait et l'indifférence. Il cite les travaux d'Autissier et Moutot qui, après avoir construit une typologie également ternaire recoupant *grosso modo* la sienne, évaluent la répartition des trois catégories d'acteurs en 10 % de proactifs, 80 % de passifs, et 10 % d'opposants.

À partir de cette idée, je bâtirai un dispositif d'identification des acteurs qui permette de déterminer leur positionnement par rapport au projet de changement

Ceci implique également de réfléchir en amont sur le séquençage du changement. Autrement dit, si l'analyse stratégique et systémique de l'organisation permet d'identifier les acteurs et les zones d'incertitude affectés par la réforme, il est pertinent d'aborder en premier la partie la plus « intéressante » pour les acteurs. En l'occurrence, ayant constaté que certains professionnels se plaignent de ce que j'appelle le défaut de personnalisation de l'accompagnement, il me semble plus judicieux de commencer la réflexion sur ce problème que sur les impacts que sa résolution entraînera inévitablement sur l'organisation de l'activité (cf. planning des interventions).

En même temps, « croire que [la] zone d'incertitude [affectée par le changement] peut être identifiée en extériorité et en quelque sorte par anticipation revient à dénier aux acteurs la part de liberté relative qui les définit et à occulter la part d'imprévisibilité de ces mêmes jeux »<sup>50</sup>. Il convient donc d'être prudent car il est à peu près certain que les acteurs auront très tôt conscience des aspects positifs mais également négatifs (par rapport à leurs intérêts) de la réforme. D'ailleurs, on peut supposer que si, jusqu'à aujourd'hui, la personnalisation n'a pas été menée jusqu'à son terme, malgré les 10 ans

---

<sup>50</sup> FOUURIAT M., *op. cit.*, p. 104.

de la loi 2002-2 et les nombreuses publications méthodologiques qui l'ont accompagnée, c'est peut-être parce que de façon implicite mais réelle, chaque membre de l'établissement avait conscience des impacts que cela entraînerait au niveau de l'économie organisationnelle de l'établissement. En tout état de cause, la possibilité de saisir les jeux et arrangements entre acteurs au démarrage du changement n'implique pas une prédictibilité quant à la façon dont ces jeux se transformeront *durant* le processus du changement.

### **2.2.2 La perspective cognitiviste et constructiviste : le sens est pluriel et construit**

La perspective cognitiviste « *recouvre les processus individuel et collectif de construction du sens* »<sup>51</sup> et implique de considérer l'organisation comme un ensemble hétérogène de significations qui s'influencent mutuellement. C'est cette pluralité de points de vue qui permet la jonction avec la perspective constructiviste. En effet, celle-ci considère que la réalité est un construit social, c'est-à-dire, qu'à l'extrême, elle n'existe pas en tant que telle mais qu'elle procède de la juxtaposition et de la confrontation des représentations contingentes et singulières des acteurs. Ces représentations s'expliquent par la place qu'occupe chaque individu dans le contexte social, ce qui détermine ses perceptions et ses interprétations<sup>52</sup>. Que ce soit par rapport à la définition de l'organisation ou du changement, la cohérence institutionnelle ne peut alors passer que par la convergence des différents sens que les acteurs attribuent à leur contribution.

### **2.2.3 La perspective pragmatique ou comment les discours peuvent converger**

La perspective pragmatique envisage l'organisation sous l'angle de l'analyse du discours des acteurs, de leur structure argumentative et de leur raisonnement en situation. L'intérêt de cette approche est de mettre à jour les interactions verbales telles qu'elles se produisent. Elle rompt avec la posture théorique qui voudrait que ces procédés discursifs suivent un ordre logique du type démonstratif (si  $A \Rightarrow B$ ,  $B \Rightarrow C$ , alors  $A + B \Rightarrow C$ ), pour avancer que « *le raisonnement [...] est le produit d'une dynamique non programmée d'avance qui est largement orientée par le contexte, le sujet débattu et la forme des arguments employés.* »<sup>53</sup>.

---

<sup>51</sup> FOUURIAT M., *op. cit.*, p. 117.

<sup>52</sup> FOUURIAT M., *op. cit.*, p. 122.

<sup>53</sup> BALLÉ M., *Les modèles mentaux : sociologie cognitive de l'entreprise*, cité par FOUURIAT M., *op. cit.*, p. 178.

Sans reprendre le détail de la typologie argumentative présentée par l'auteur (arguments d'autorité, de communauté, de cadrage, et d'analogie), le principal intérêt de cette perspective sur la conduite du changement tient à la nécessité de créer des dispositifs conversationnels qui favorisent la confrontation des points de vue pour concourir à la convergence entre acteurs. La principale difficulté de ces dispositifs réside dans la capacité des acteurs à se décentrer de leurs représentations, d'en admettre la relativité et de trouver des points communs entre leurs arguments et différents points de vue.

On aperçoit d'emblée deux limites à cette volonté de convergence : parfois la nature même des points de vue est inconciliable (on ne peut pas être pour la peine de mort et son abolition), ensuite la solidité du point de convergence peut être toute relative (en admettant finalement que chacun a le droit d'avoir son opinion et qu'il faut le respecter, par exemple). Ces dispositifs doivent s'inscrire dans une durée suffisamment conséquente (dont la définition dépend du contexte, des acteurs, des objectifs à atteindre) afin que le temps entre chaque séance de travail permette aux protagonistes d'avancer dans leur réflexion et leur compréhension mutuelles.

#### **2.2.4 Le changement continu ou la nécessité d'intégrer les professionnels à l'élaboration et à l'évaluation du dispositif de changement**

Enfin, à l'opposé de la vision rationnelle et dans une certaine mesure de la vision stratégique et systémique, l'auteur introduit l'idée que le changement peut être appréhendé comme un phénomène continu. Ce qui m'apparaît comme le plus intéressant dans son propos, c'est son invitation à la co-construction du processus du changement. Pour lui, *« la réflexion sur la conception (définition du changement) n'est pas réservée uniquement aux seuls responsables. Définition du changement et mise en application sont deux thématiques qui ne peuvent être séparées : elles sont interdépendantes, car le sens d'une mise en application d'un changement est lié au sens de la définition de ce changement. Il ne peut pas y avoir une dissociation, une disjonction, car cela signifierait que des acteurs acceptent d'être instrumentalisés par d'autres. »*<sup>54</sup>.

Cette proposition en apparence anodine me semble être tout à fait novatrice car, s'il est vrai que les pratiques participatives sont de plus en plus fréquemment la règle, la construction par l'ensemble des membres de l'organisation de ce qui sera visé par le changement est encore rare. Naturellement, cette idée pose des difficultés méthodologiques immédiates : même pour les petites structures telles que le FAM Triade où il y a plus de 30 ETP, il faut être inventif pour, de façon efficace, travailler

---

<sup>54</sup> FOUURIAT M., *op. cit.*, p. 242.

collectivement à une définition du changement. Dans le prolongement de cette idée, il est proposé que le dispositif méthodologique prévoie des espaces qui permettent aux acteurs de critiquer, déconstruire, et reconstruire les différentes avancées du projet, et ce tout au long de la démarche.

Je prévois donc un temps de travail collectif, sous la forme d'une réunion institutionnelle, dont la thématique sera les pratiques professionnelles et organisationnelles. Au cours de celle-ci, seront mis à plat et débattus les constats que j'ai recueillis relativement aux difficultés rencontrées par les professionnels (besoins, attentes, projet personnalisé, référence/coordination, conformité, interpellation des autorités de contrôle). Dans un second temps, une réunion de travail avec les professionnels volontaires et intéressés, préfigurant le comité de pilotage du projet de changement, sera organisée. Son objectif sera de discuter la méthodologie à mettre en œuvre pour conduire le changement. Cette méthodologie comprendra « *l'ensemble des caractéristiques formelles [...] du processus : les échéances, les finalités, les modalités de travail, les formes des communications, le nombre de groupes de travail, leurs objectifs et les critères de leurs composition, la fréquence des séances de travail, les fonctions de l'intervenant extérieur (ou du pilote), les types de documents de travail (types d'écrits) et leurs usages, le système de légitimation des propositions émises* »<sup>55</sup>.

## 2.3 Synthèse des leviers

En synthèse, je récapitule les leviers identifiés :

- Pour les acteurs, les opportunités que représente le projet de changement sont de pouvoir se repositionner dans une dimension d'expertise par le nouveau centrage sur la saisie des besoins et attentes des résidents, d'enrichir leur panel de compétences individuelles, d'améliorer leurs collaborations professionnelles, et de se voir gratifier. Ces opportunités diffèrent de leur intérêt et ne leur apparaîtront pas forcément. Il s'agira donc pour moi de les nommer et de les valoriser.
- La réflexion sur l'intérêt que représente le projet de changement pour les professionnels m'amène à deux conclusions :  
D'abord, je considère que l'insatisfaction déplorée par un nombre conséquent de professionnels quant au manque de structuration de l'activité constituera un réel intérêt au changement proposé.  
Toutefois, comme celui-ci aura des incidences sur leur marge de liberté et sur la maîtrise de leur zone d'incertitude, il faudra s'attendre à quelques « turbulences »

---

<sup>55</sup> FOU BRIAT M., *op. cit.*, p. 245.

lorsque émergera cet aspect. Je valoriserai donc leur intérêt en premier lieu, mais il faudra pouvoir répondre aux objections qu'ils formuleront sur la base de la redistribution des jeux de pouvoir.

- La maîtrise de l'information, des canaux de communication et d'interaction, me permettra de lancer et de conduire le projet en interne.
- La production d'une communication sur le projet, en direction des acteurs externes à l'établissement (l'association, les autorités de contrôle et de tarification, mais aussi les partenaires, les prescripteurs), fera également partie intégrante du projet. Compte tenu de l'interpellation des autorités de contrôle, il s'avère particulièrement stratégique de les informer, si ce n'est de les associer, à la réforme entreprise.
- La réinscription de l'établissement dans son environnement (juridique et administratif) agira comme un stimulant.
- La répartition des enjeux organisationnels à travers la politique du personnel sera également mobilisée du fait de l'introduction officielle de la fonction de référent/coordonateur de projet.
- L'émission de règles sera évidemment mobilisée puisque le dispositif de changement sera prévu, organisé et requerra la participation du plus grand nombre.
- Je bâtirai un dispositif d'identification des acteurs qui permette de déterminer leur positionnement par rapport au projet de changement
- Le dispositif méthodologique du projet devra intégrer les professionnels dans sa construction et son évaluation ; prévoir des espaces conversationnels visant la convergence des représentations et des buts différents des acteurs, ainsi que l'homogénéité du sens.

L'objectif général de cette démarche est de produire des apprentissages collectifs, seuls gages de la réussite du changement des pratiques. Ne croyant pas en une « génération spontanée » d'idées méthodologiques, je proposerai comme base de travail les éléments développés par Jean-René Loubat dans ses différents ouvrages, particulièrement celui s'intitulant *Promouvoir la relation de service dans les établissements sociaux et médico-sociaux*. Pour ce faire, il convient d'en extraire les principaux repères.

## **2.4 La méthodologie de la « relation de service »**

L'intérêt de cet auteur est de nous obliger à penser un décentrement assez stimulant de la conception de la relation usager/organisation.

### **2.4.1 Les fondements juridiques : du contexte français à l'international**

Les partis pris de Loubat sont les suivants : les évolutions du champ social et médico-social sont principalement dues aux lois 2002-2 et 2005-102 qui ont, entre autres apports, bouleversé les rapports entre établissements et services, et usagers. Pour lui, ce bouleversement tient à la reconnaissance des droits des usagers et à l'affirmation de la nécessaire promotion de leur citoyenneté, conçue non plus comme catégorielle mais comme relevant du même registre que le citoyen ordinaire. En ce sens, il s'inscrit dans la droite ligne des politiques internationales, même s'il ne s'y réfère que rapidement.

Pour mémoire et pour recontextualiser la pensée de l'auteur, j'en propose un bref rappel. Après plusieurs déclarations<sup>56</sup>, l'ONU adopte la Convention relative aux droits des personnes handicapées en 2006. Celle-ci affirme un certain nombre de principes dont « *le respect de la dignité intrinsèque, de l'autonomie individuelle, y compris la liberté de faire ses propres choix, et de l'indépendance des personnes ; la non-discrimination ; la participation et l'intégration pleines et effectives à la société [...]* »<sup>57</sup>. Ce texte, signé le 30 mars 2007 par l'État français et ratifié, ainsi que son protocole, le 18 février 2010, fixe des normes minimales visant à garantir les droits civils, politiques, sociaux et économiques aux personnes handicapées, ainsi que leur protection. L'Union Européenne le ratifie le 5 janvier 2011, ce qui renforce encore les droits des personnes handicapées au sein de l'Union.

Les politiques européennes en faveur des personnes handicapées étaient également anciennes puisque, dès 1950, la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales affirmait, en son article 14, que le jouissance des droits et des libertés reconnue par la Convention devait être assurée, sans distinction aucune, à l'ensemble des citoyens européens. Jusque 1996 et la Charte sociale européenne, les mesures en faveur des personnes handicapées relèvent des droits sociaux fondamentaux, tout en étant axée sur la reconnaissance et la protection des droits des personnes handicapées. À partir du traité d'Amsterdam (1997) et sous l'influence anglo-saxonne, la politique européenne est orientée par un autre principe, celui de non-discrimination, le *mainstreaming*. Ce principe «  *vise à intégrer la personne dans le courant de la vie ordinaire, le « mainstream ». Il s'oppose à l'idée de solutions spécifiques*

---

<sup>56</sup> De la déclaration des droits du déficient mental, résolution 2856 (XXXVI) de l'Assemblée générale du 20 décembre 1971, en passant par la déclaration des droits des personnes handicapées, résolution 3447 (XXX) de l'Assemblée générale du 9 décembre 1975, les principes pour la protection des personnes atteintes de maladie mentale et pour l'amélioration des soins de santé mentale, résolution 46/119 de l'Assemblée générale du 17 décembre 1991, la déclaration et Programme d'action de Vienne, adoptés par la Conférence mondiale sur les droits de l'homme, le 25 juin 1993, jusqu'à la résolution de l'Assemblée Générale des Nations Unies, A/RES/48/96 du 4 mars 1994, « Règles pour l'égalisation des chances des handicapés ».

<sup>57</sup> ONU, *Convention relative aux droits des personnes handicapées*, 2006, Article 3 : « Principes généraux », [consulté le 8 juin 2012], disponible sur internet : <http://www.un.org/french/disabilities/default.asp?id=1413>

*réservées à certaines catégories de personnes, cette approche étant considérée comme stigmatisante et facteur d'exclusion.* »<sup>58</sup>. C'est ce principe que l'on retrouve dans la Charte des droits fondamentaux de l'Union Européenne (2000), notamment par l'insertion de son article 26 relatif à l'intégration des personnes handicapées au sein de la section III « Égalité » de ladite Charte, et non au sein de la section IV « Solidarité ». En effet, « *ceci reflète l'approche communautaire des questions relatives au handicap au sein de la société, fondée sur l'égalité des droits et le principe de non-discrimination, plutôt que sur l'assistance sociale* »<sup>59</sup>. Il s'agit bien donc pour les États membres de mettre en œuvre des politiques permettant aux personnes handicapées de mener une vie semblable à celles des autres citoyens. Ce que l'on retrouvera dans la loi 2005-102 en tant qu'elle définit la situation de handicap comme une résultante des déficiences et des incapacités et comme conditionnée par le caractère « valido-centré »<sup>60</sup> du monde social, le handicap psychique impliquant, entre autres besoins, un besoin de soutien à la participation et à la vie sociale (voir *supra*).

#### **2.4.2 La participation sociale**

Loubat s'appuie sur ce besoin pour développer le concept de participation sociale qu'il considère au fondement de la légitimité des établissements sociaux et médico-sociaux. La participation sociale est un « *concept dynamique, en cela qu'elle ne fixe aucun seuil ou domaine particuliers, mais ouvre uniquement des possibilités. A priori, la participation ne sous-entend aucune modalité privilégiée, elle s'adapte aux possibilités de la personne : les façons de participer socialement pouvant être multiples : sociales, relationnelles, culturelles, professionnelles, etc.* »<sup>61</sup>. La participation sociale recouvre quatre domaines : la participation économique (monde des échanges marchands, consommer, acheter, vendre, travailler, faire des choix budgétaires, gérer ses biens, un compte bancaire, des moyens de paiement) ; la participation civique (connaissance et accès aux droits du citoyen, aux évènements de l'actualité) ; la participation relationnelle (accès à différentes

---

<sup>58</sup> Souligné par l'auteur. AUBIN C., *La compensation du handicap au Royaume-Uni*, IGAS, Rapport n° 2004 004, Février 2004, p. 20. [consulté le 8 juin 2012], disponible sur internet : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/044000152/0000.pdf>

<sup>59</sup> Parlement Européen, Commission des libertés et des droits des citoyens, de la justice et des affaires intérieures, Charte des Droits Fondamentaux de l'Union Européenne, Article 26 « Intégration des personnes handicapées », [consulté le 8 juin], disponible sur internet : [http://www.europarl.europa.eu/compar/libe/elsj/charter/art26/default\\_fr.htm](http://www.europarl.europa.eu/compar/libe/elsj/charter/art26/default_fr.htm)

Il faut également noter que l'article 21 de la Charte relatif à la non-discrimination stipule expressément l'interdiction de toute discrimination fondée, notamment, sur le handicap.

<sup>60</sup> CHAVAROCHE P., « Les personnes en situation de grande dépendance : une question de limites ? », in *Reliance* 3/2006 (n° 21), pp. 35-41. [consulté le 17 juillet 2012], disponible sur internet : <http://www.cairn.info/revue-reliance-2006-3-page-35.htm> - retournoteno9

<sup>61</sup> LOUBAT J.-R., *id.*, 2007, p. 27.

formes de réunions sociales : manifestations, fêtes, associations, clubs, avoir des amis, des relations familiales et sexuelles) ; la participation culturelle (accès à la connaissance, à la formation, aux religions et systèmes de pensée, spectacles, créations, manifestations, etc.).

#### **2.4.3 Le concept de relation de service, basée sur l'articulation « besoins - attentes - prestations »**

S'appuyant donc sur ces deux piliers, les textes de lois et le soutien à la participation sociale, Loubat définit sa démarche comme s'inscrivant « *précisément dans une « logique de service », centrée sur le bénéficiaire et ses besoins, soucieuse de qualité, privilégiant la consultation, la négociation et la contractualisation* »<sup>62</sup>. Un peu plus loin, il précise la définition de la relation de service comme étant « *une transaction contractuelle, c'est-à-dire une relation d'échange volontaire et négociée, [ce qui la différencie de la notion de mission entendue comme] une intervention auprès d'un tiers (pas nécessairement souhaitée) au nom d'un commanditaire.* »<sup>63</sup>.

Dans cette logique, l'enjeu relève de la capacité de l'offre de service à formuler ses prestations pour permettre une certaine négociation avec les usagers, conçue comme la mise en adéquation de leurs attentes et de leurs besoins avec les possibilités offertes par l'établissement. J'ai montré dans la première partie que ce processus était pour une large part implicite au sein du FAM Triade.

La proposition de Loubat est d'accorder une place particulière à ce travail sur les attentes des bénéficiaires et il propose une méthode pour le rendre possible : « [L']examen [des attentes] doit se faire sur la base d'un état des lieux (véritable check-up des besoins) des différents domaines impliqués par chaque prestation de service. »<sup>64</sup>. Cette formule résume à elle seule la méthodologie de Loubat. C'est dans l'articulation « *besoins - attentes - prestations* » qu'elle se situe conceptuellement, le reste relevant de l'outillage technique nécessaire à l'opérationnalisation du concept.

- Les besoins sont repérés cumulativement par l'établissement et l'usager, sans pour autant que le repérage des uns se superpose à celui des autres. Par exemple, un usager met en avant son besoin d'être logé et d'avoir des relations sociales, l'établissement ajoutant le besoin d'une continuité des soins, sans oblitérer les besoins précédemment exprimés par l'usager.

---

<sup>62</sup> LOUBAT J.-R., *op. cit.*, p. 64.

<sup>63</sup> Souligné par l'auteur. LOUBAT J.-R., *op. cit.*, p. 67.

<sup>64</sup> Je souligne. LOUBAT J.-R., *op. cit.*, p. 80.

- Les attentes sont formulées par l'utilisateur qui, ce faisant, fait face à plusieurs contraintes : sa sensibilité au contrat institutionnel, c'est-à-dire, ce qu'il suppose que l'établissement attend de lui ; ses capacités et incapacités pour formuler ses attentes et les atteindre, s'appuyant pour cela sur les professionnels.
- Les prestations doivent être identifiées par les professionnels dans le sens de ce qu'ils, et plus largement l'établissement, peuvent produire comme réponses aux besoins et attentes des usagers. Ces réponses sont entendues comme productrices d'effets positifs pour les usagers (apprentissage sociaux, stabilisation psychique, etc.), et sont présentées à l'utilisateur pour qu'il puisse prendre la mesure de l'aide disponible que fournira l'établissement.

Cette articulation « *besoins – attentes – prestations* » s'actualise dans une négociation qui devient le substrat dont se nourrit le *contrat* (de séjour) entre l'utilisateur et l'établissement, contrat dont le *projet personnalisé de promotion* sera la déclinaison opératoire. Cette contractualisation juridique est fondamentale car elle permet l'officialisation de la relation de service. Située les engagements réciproques des contractants, elle oblige l'établissement à indiquer les services qu'il rendra en réponse aux besoins de l'utilisateur. Celui-ci doit être informé de la nature et de la qualité des services proposés, et il doit être consulté de manière exhaustive concernant les différents domaines des services proposés.

#### **2.4.4 Les outils**

- A) L'identification des besoins des usagers et leur mise en correspondance avec les prestations de services rendues par l'établissement.

Par le biais d'un exercice simple, il s'agit de formuler en termes de questions les besoins des usagers. Par exemple : Avez-vous besoin d'être hébergé au quotidien dans un environnement qui garantisse votre sécurité ? Avez-vous besoin d'apprendre ou de réapprendre à préparer votre repas, faire vos courses alimentaires et d'entretien ? Avez-vous besoin d'aide et de conseil pour gérer votre budget, prévoir vos dépenses, choisir vos achats ? Avez-vous besoin d'une écoute pour parler de vos désirs, de vos angoisses, de votre santé ? Avez-vous besoin de comprendre vos angoisses, les voix que parfois vous entendez et qui vous inquiètent ? Aimerez-vous en débarrasser, apprendre à les gérer ? Avez-vous besoin de comprendre pourquoi vous êtes irritable, souvent en conflit avec vos proches ou amis ? Avez-vous besoin d'aide pour exprimer vos pensées, vos émotions, vos inquiétudes ? Avez-vous besoin d'aide pour vous déplacer, vous

orienter, préparer un séjour de vacances ou chez des proches (amis, famille) ? Avez-vous besoin que l'on gère ou que l'on vous aide à gérer vos traitements médicaux, à faire des examens de santé, changer de lunettes ou soigner vos dents ? Avez-vous besoin d'aide et de conseil pour réaliser un projet personnel et/ou professionnel, vous inscrire dans une activité sportive, aller au cinéma, au théâtre ? etc.

Dans un second temps, il s'agit de décliner les prestations que fournit l'établissement pour y répondre. Par exemple : Fournir au bénéficiaire une prestation hôtelière adaptée à ses besoins et ses attentes (hébergement, restauration, entretien du linge et des logements), assurer au bénéficiaire une sécurité et une protection, assurer des soins et un suivi en matière de santé, etc.

Chacune des prestations est ensuite détaillée en tant que réponse à un ou plusieurs besoins des usagers. Il s'agit ici d'expliquer comment l'établissement s'organise pour mettre en œuvre la prestation et rendre lisible l'effectivité du service. Pour l'exemple de la prestation de soins, seront précisés les moyens humains disponibles, et surtout, les actions mises en œuvre : suivi infirmier, psychiatrique, dispensation des traitements, surveillance de leur prise, coordination avec les autres praticiens ou établissements de santé, éducation à la santé, etc.

## B) La contractualisation

Le contrat est un outil fondamental car il indique les engagements réciproques de l'établissement et du bénéficiaire. Pour sa part, l'établissement s'engage à délivrer les prestations répondant aux besoins et attentes des usagers. Il s'agit « *d'un engagement sur des moyens à prendre de part et d'autre, non d'engagement formel sur des résultats : le travail social comprend trop d'éléments aléatoires, de variables non maîtrisables, pour pouvoir honnêtement s'engager sur l'issue de l'action.* »<sup>65</sup>. Dans la logique des textes législatif et réglementaire<sup>66</sup>, Loubat rappelle que le contrat doit, notamment, détailler le contenu des prestations servies. La rédaction de ce contrat relève de la fonction de direction, il n'implique donc pas directement un travail engageant l'ensemble des professionnels. En revanche, pour de nombreux auteurs<sup>67</sup>, il y a un lien structurel entre

---

<sup>65</sup> JANVIER R., MATHO Y., *ibid.*, 2011, p. 126.

<sup>66</sup> MINISTÈRE DE L'EMPLOI, DU TRAVAIL ET DE LA COHÉSION SOCIALE. Décret n° 2004-1274 du 26 novembre 2004 relatif au contrat de séjour ou document individuel de prise en charge prévu par l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles. [en ligne]. Journal Officiel, n° 276 du 27 novembre 2004 [consulté le 29 août 2011], disponible sur internet : <http://www.journal-officiel.gouv.fr/frameset.html>

<sup>67</sup> Outre Loubat, Janvier et Matho, signalons la recommandation de l'ANESM relative au projet personnalisé et aux attentes de la personne accueillie, l'article de Patrick Guyot qui envisage les conditions d'articulation du contrat de séjour et du projet personnalisé. GUYOT P., « La nécessaire

contrat de séjour et projet personnalisé. « *Pour que l'avenant [du contrat de séjour], par définition personnalisé, puisse être signé dans un délai de 6 mois, le projet personnalisé doit être élaboré durant cette période ; ses principales caractéristiques – objectifs et prestations notamment – sont contractualisées dans l'avenant du contrat de séjour* »<sup>68</sup>. En définitive, le contrat définit les attendus et le cadre général *a priori* de l'accompagnement, alors que le projet personnalisé détermine un plan d'action *a posteriori*, sur la base des multiples informations et appréciations issues des premières semaines de l'accompagnement.

Il convient donc de s'approprier la méthodologie spécifique à l'élaboration du projet personnalisé.

### C) Le projet personnalisé

Sa conception s'articule sur la saisie des besoins et attentes des usagers et sur la réunion de projet personnalisé. Le coordinateur de projet en est l'un des principaux artisans.

#### a) *L'entretien de recueil des besoins et attentes*

Il s'appuie sur l'appréciation des besoins et attentes des usagers au moyen d'un entretien spécifique que je qualifierai d'« *entretien de recueil des besoins et attentes* » de l'utilisateur, mené généralement par le référent ou le coordinateur de projet. L'intérêt de consacrer un entretien à cette question est de trois ordres : évidemment, il sert à alimenter le projet personnalisé. Il s'agit de recueillir la position de l'utilisateur vis-à-vis des prestations qui lui sont servies. C'est un entretien qui objectivise la perception qu'a l'utilisateur de ses besoins, de ses désirs, et du soutien qu'il trouve ou non dans l'établissement. Par conséquent, il renseigne également sur la qualité que perçoit l'utilisateur des services qui lui sont rendus. Il permet donc à l'établissement d'obtenir des informations primordiales pour sa politique d'amélioration continue de la qualité. C'est ce qui constitue le deuxième intérêt de ce type d'entretien. La lecture transversale des comptes-rendus peut ainsi faire émerger des manques récurrents, et permettre de dégager des axes d'amélioration, voire d'identifier de nouveaux besoins. Enfin, le troisième intérêt est de fournir des éléments qui rendent leur lisibilité aux accompagnements, ce qui est une base solide sur laquelle l'établissement pourra communiquer tant en interne (usagers, professionnels) qu'en externe (autorité de

---

articulation entre le projet personnalisé et le contrat de séjour » in CREA Bourgogne, *Bulletin d'informations du CREA Bourgogne n° 305, juillet 2010*, [consulté le 11 avril 2012], disponible sur internet : [http://www.creaibourgogne.org/04\\_02\\_02\\_10\\_archive2010.php](http://www.creaibourgogne.org/04_02_02_10_archive2010.php)

<sup>68</sup> GUYOT P., *id.*, 2010, p. 12.

contrôle et de tarification, prescripteur, partenaires).

La méthodologie pour réaliser cet entretien consiste à élaborer un guide principalement pour garantir que l'objet de l'interview reste centré sur les prestations offertes, sans dériver vers des considérations trop générales ou trop individualisées. Comme tout guide d'entretien, celui-ci doit être manié avec tact et finesse. Il doit être un facilitateur communicationnel, et non un impératif stérilisant les échanges.

Sa conception procède de la même logique que celle détaillant les prestations servies. En partant d'une prestation, il s'agit de décliner les actions entreprises sous forme de question afin de recueillir le point de vue du résident. En complément, des appréciations peuvent être sollicitées sur le ressenti de l'utilisateur, il peut évoquer des faits, relater des situations ou formuler des souhaits. Par exemple, concernant la prestation de soins, il pourrait s'agir de poser les questions suivantes :

*Parlons du traitement* : Quels sont les effets positifs de votre traitement ? Y en a-t-il des négatifs ? Considérez-vous que votre traitement soit adapté à votre situation ? Si non, avez-vous abordé ce point avec le psychiatre de l'Unité ? les infirmiers ? d'autres professionnels ? des résidents ? d'autres personnes ? Cela a-t-il répondu à vos interrogations ? Trouvez-vous que le traitement vous soit délivré dans de bonnes conditions ? Souhaiteriez-vous qu'il vous soit donné différemment ? (Pour les résidents concernés) souhaiteriez-vous gérer votre traitement de façon plus autonome ? Pensez-vous que cela soit possible ? Si oui, en avez-vous déjà fait la demande ? Les réponses apportées vous ont-elles aidé ? etc.

*Parlons du soutien psychiatrique*. Dans le cadre d'un entretien individualisé, rencontrez-vous régulièrement le psychiatre de l'Unité ? Si non, pourquoi ? Si oui, à quel rythme (deux fois par semaine, une fois par semaine, moins souvent) ? Ces échanges avec lui vous apporte-t-il de l'aide ? une meilleure compréhension de vos difficultés ? une frustration ? autre chose ? Souhaiteriez-vous des entretiens plus fréquemment ? moins fréquemment ? Pourquoi ? En avez-vous parlé avec lui ? Un autre professionnel ? Quelqu'un d'autre ? Pouvez-vous évoquer avec lui tout ce qui vous semble nécessaire ? Quand vous vous sentez mal, en parlez-vous ? Craignez-vous d'être hospitalisé si vous parliez de votre mal-être ? Le cadre des forums vous permet-il d'aborder vos relations sociales ? Cela vous aide-t-il de parler de ces relations sociales en groupe ? En tirez-vous des astuces, des solutions concrètes à vos éventuelles difficultés ? Si oui, pourriez-vous me donner un exemple ? Quels thèmes souhaiteriez-vous qu'il y soit abordé ? En avez-vous parlé ? Si non, pourquoi ? etc.

*Parlons du soutien psychosocial*. Pourriez-vous me donner un exemple récent où il a été important pour vous de parler avec un éducateur ou un infirmier ? Cela vous a-t-il aidé à retrouver votre sérénité ? à trouver des solutions pour résoudre vos problèmes ? à mettre en œuvre des projets ? Plus généralement, sollicitez-vous régulièrement les éducateurs

et les infirmiers pour parler de vos émotions ? de votre santé ? de vos projets ? Cela vous aide-t-il ? Si oui, à quoi ? Si non, pourquoi ? Lorsque vous vous sentiez mal, vous a-t-on proposé d'avoir un entretien individuel ? Cela vous a-t-il rassuré ? Qu'aurait-on pu faire d'autre pour vous ? Trouvez-vous que les professionnels soient suffisamment disponibles et à votre écoute ? etc.

Les réponses collectées doivent ensuite faire l'objet d'un traitement afin de pouvoir synthétiser le point de vue de chaque résident sur ses besoins, ses attentes et son appréciation. Dans la mesure où cet entretien doit servir à l'élaboration du projet personnalisé, il est logique d'effectuer des synthèses partielles, prestation par prestation, et une synthèse globale qui permette d'avoir une appréciation générale. D'un point de vue méthodologique (traçabilité des informations) et ergonomique, un espace pour rédiger la synthèse de la prestation est prévu après les questions qui la concernent. Il devra être suffisamment grand pour pouvoir être rempli facilement, mais pas trop important pour garantir l'effort de concision. Le guide d'entretien est donc également un support sur lequel sont reportés les propos de l'utilisateur et l'analyse/interprétation qu'en a fait le professionnel.

Par ailleurs, il est nécessaire que ce guide d'entretien soit élaboré collectivement, principalement parce qu'il touche au « cœur de métier » des professionnels. Logiquement, des phénomènes de crainte risquent d'émerger. Il est donc primordial que l'objectif soit clairement énoncé : cet outil sert à donner la parole aux usagers pour appréhender leurs attentes, la perception de leurs besoins et des effets de nos prestations d'un point de vue collectif. C'est pour cela qu'il doit balayer l'ensemble des prestations servies par l'établissement (ce que ne pouvait pas montrer le bref exemple). Par ailleurs, il s'agit d'une photographie déterminée par la situation du résident au moment où il est interrogé. Les éléments qui en découlent pour importants qu'ils soient, seront donc à mettre en perspective avec d'autres sources d'information émanant des professionnels, des partenaires, de l'entourage familial, etc., afin de pouvoir construire un projet personnalisé cohérent et consistant.

#### *b) La réunion de projet personnalisé et le coordinateur de projet*

Cette deuxième étape dans l'élaboration du projet personnalisé implique deux nouveaux outils, issus des pratiques organisationnelles traditionnelles. Il s'agit de la réunion de projet personnalisé qui est une version profondément remaniée de la réunion de synthèse, et de la fonction de coordinateur de projet qui élargit le champ du référent traditionnel (pour les établissements où cette fonction existe).

Loubat propose de partir des besoins et attentes de l'usager pour envisager les réponses, prestation par prestation, que l'établissement peut lui apporter. Le diagnostic des besoins et attentes doit avoir été effectué au préalable par le coordinateur de projet qui, après avoir mené l'entretien de recueil des besoins et attentes, aura interviewé les partenaires intervenants auprès de l'usager et les autres professionnels de l'établissement. L'ensemble des informations est synthétisé par écrit et le coordinateur de projet établit *un état des lieux des besoins et des attentes* du bénéficiaire pour chaque prestation assurée par l'établissement.

C'est sur la base de ces informations que la réunion de projet personnalisé peut commencer. « *Son but est d'élaborer un plan d'action déterminant les réponses aux besoins dans le cadre de chaque prestation.* »<sup>69</sup>. Animée par un chef de service ou autre, celle-ci comprend trois opérations :

- L'exposé de l'état des lieux des besoins et attentes du résident par le coordinateur qui suit le projet personnalisé du résident. Ici encore, cet exposé est effectué prestation par prestation.
- Pour chacune des prestations, sont examinées les propositions déjà fournies par l'établissement (pour le cas d'un résident accueilli depuis plusieurs mois), l'évaluation de leur pertinence et de leurs effets, et les nouvelles actions concrètes qui sont envisagées. Celles-ci pour être précises doivent déterminer le positionnement de l'établissement au regard de l'attente formulée et les modalités pratiques de mise en œuvre de la réponse : objectifs fixés, échéance temporelle arrêtée, moyens mobilisés, conditions à réunir, acteur qui effectuera la mise en œuvre.
- Le coordinateur note les propositions-réponses formulées par l'équipe qui seront présentées au résident et qui serviront de base à la « négociation » du projet.

La mise en œuvre du projet est suivie par le coordinateur de projet. Il consulte le résident régulièrement et les acteurs impliqués dans le projet. Il est attentif aux échéances, vérifie la pertinence du projet en cours de réalisation et peut, en cas de nécessité, saisir le chef de service ou le directeur-adjoint des difficultés rencontrées et des ajustements à opérer. Le cadre peut travailler au réajustement de cette partie du projet avec le professionnel concerné, voire instaurer une nouvelle réunion de projet, si cela s'avère nécessaire.

Enfin, au terme de l'échéance globale du projet, les actions entreprises sont évaluées dans le cadre d'une nouvelle réunion de projet.

Il va sans dire que l'ensemble de ce processus est écrit, Loubat proposant à cet effet une matrice-type.

---

<sup>69</sup> LOUBAT J.-R., *op. cit.*, p. 254.

## **2.5 Conclusion de la deuxième partie et introduction du plan d'action**

Il est nécessaire d'articuler les outils méthodologiques proposés par Loubat aux considérations théoriques issues des perspectives développées par Crozier, Friedberg et Foudriat. Les seconds affirment le caractère délicat du management du changement et identifient la principale condition de sa réussite à une nécessaire prise en compte de l'intérêt des acteurs. Cet intérêt a été identifié comme l'insatisfaction déplorée par un nombre conséquent de professionnels quant au manque de structuration de l'activité.

Ce manque de structuration est d'autant plus préjudiciable pour les professionnels qu'ils en extériorisent l'origine du côté de l'organisation. Ce faisant, ils perdent de vue qu'il constitue une des caractéristiques du handicap psychique face à laquelle, eux-aussi, sont vulnérables, comme en témoigne leur non évocation du besoin d'aide à l'élaboration d'un projet personnel.

C'est là que les intérêts de tous se rejoignent et que la méthodologie de « la relation de service » se justifie. En effet, elle permet de répondre aux besoins et attentes des usagers, en structurant leur recueil et leurs modalités de réponse. Elle fournit aux professionnels les outils qui leur font défaut et dont ils ont besoin. Elle apporte à l'établissement un cadre grâce auquel l'amélioration de la qualité de ses prestations est rendue opératoire et qui lui permettra de valoriser sa stratégie de communication.

En même temps, sa mise en œuvre est exigeante en termes d'apprentissages nouveaux, d'appropriations individuelles et collectives. Elle procède d'une logique programmatique, relativement en décalage avec les us et coutumes institutionnels du FAM Triade. Elle conduit à un renversement de perspective concernant l'utilisateur et l'établissement. Comme je l'ai dit, il s'agit d'identifier clairement les prestations de l'établissement, et de rattacher chaque action professionnelle à un besoin ou une attente. Or, cet exercice est particulièrement contre-intuitif pour un certain nombre d'actions relationnelles. Dans le cadre d'un entretien, les dimensions de soutien psychosocial, de soins, d'accompagnement socio-éducatif sont régulièrement imbriquées. Comme le montre la perspective pragmatique, la logique des interactions langagières ne correspond pas à une démonstration hypothético-déductive. Ceci est d'autant plus vrai lorsque l'un des protagonistes de l'échange est un adulte en situation de handicap psychique. Le cours de sa pensée et son expression verbale sont particulièrement labiles, déliés et fonctionnent sur des associations d'idées dont il est parfois délicat de suivre le fil.

Au demeurant, d'autres actions sont plus faciles à appréhender et peuvent plus naturellement être rattachées aux différents besoins et attentes.

En se focalisant sur les conditions de la collaboration des acteurs et sur ses enjeux

(pouvoir, maîtrise, stratégie), les perspectives sociologiques montrent ce que tout dispositif visant le changement doit prendre en considération. Ce qui est fait ne correspond pas toujours aux buts de l'établissement, malgré mes souhaits de directeur. Il faut donc créer les conditions d'une action collective nouvelle qui soit partagée par tous. Pour cela, en plus de considérer l'intérêt de acteurs, je dois co-construire les dispositifs de travail visant le changement.

De mon point de vue, cette co-construction ne signifie pas qu'il faille attendre des acteurs du FAM Triade qu'ils élaborent les caractéristiques formelles de ces dispositifs. Cette responsabilité m'incombe en tant que directeur. En revanche, il faut obtenir un consensus quant à leur bien-fondé (leur finalité) et leur organisation (échéances, modalités de travail, fréquence des séances de travail, système de légitimation des propositions émises, etc.).

Dans la troisième partie de ce mémoire, je présenterai la structure de mon projet de direction opérationnel à travers trois grandes étapes. Je développe une méthodologie de projet qui intègre les éléments issus des approches sociologiques présentées ci-dessus. Toutefois, les considérant maintenant comme allant-de-soi puisque largement exposés, je me concentre sur le processus de réalisation du projet. Ils ne sont donc pas rappelés systématiquement.

### **3 La mise en œuvre du changement des pratiques organisationnelles par une méthodologie de projet**

La mise en œuvre du changement des pratiques organisationnelles passe par l'élaboration d'un dispositif visant à en structurer le processus.

Dans les pages suivantes, je vais présenter étape par étape mon projet de direction opérationnel. Ce choix répond à un impératif méthodologique : permettre la lisibilité de l'ensemble du processus. L'annexe III résume la démarche par un tableau synoptique. Le lecteur qui souhaiterait obtenir une vue d'ensemble du projet pourra s'y reporter avant de commencer la lecture de cette partie.

Celle-ci détaille les points importants du projet. Je l'ai structurée en trois sous-parties<sup>70</sup> : 1. la phase de préparation et de planification, 2. la phase de pilotage, 3. le bilan ou l'évaluation. Elles explicitent et donnent corps à « *l'ensemble des caractéristiques formelles [...] du processus* »<sup>71</sup> tel que l'a défini Foudriat.

Conformément à ce que j'ai développé dans la partie précédente, je ne pourrai pas présenter l'ensemble des « produits »<sup>72</sup> du projet puisqu'un certain nombre d'entre eux ne peuvent découler que d'un travail collectif et *co-construit* dont la réalisation n'est pas encore effective.

Concernant l'évaluation du projet, je procède en combinant deux logiques : une logique d'évaluation qualitative qui se déroule à fur et à mesure de l'avancement du projet et dont l'instance est le comité de pilotage ; une logique quantitative dont les indicateurs sont prévus en amont du projet (§ 3.1.2. A. objectifs qualité) et dont la mise en œuvre se ferait au terme de celui-ci. Les outils de mesure quantitative constituent les annexes VII et VIII.

#### **3.1 La phase de préparation**

Dans cette phase, je décris la préparation du projet dans ses aspects fondamentaux. Je définis son objet, ses objectifs (qualité, temps, coûts, communication, objectifs complémentaires), les contraintes par rapports aux objectifs, la structure choisie pour la gestion de projet, les rôles des acteurs dans la structure projet. Je définis les conditions d'identification du périmètre et des acteurs du projet ; je définis les axes, cibles et moyens de communication.

---

<sup>70</sup> MARCHAT H., *La conduite de projet*, Paris : Éditions d'Organisations, 2011, 271 p.

<sup>71</sup> Cf. *supra.*, p. 46, § 2.2.4.

<sup>72</sup> Définis dans le § 3.1.2. A) Les objectifs qualité

### **3.1.1 L'objet du projet**

L'objet du projet est ce qui définit sa finalité, son but général, à savoir la réalisation d'un produit ou d'un service. Si les enjeux de mon projet sont triples (améliorer nos réponses aux besoins des usagers, structurer nos processus organisationnels, répondre à la demande des autorités de contrôle quant à la lisibilité de nos actions), son objet global est de passer de l'existant à une méthodologie d'intervention basée sur la relation de service, c'est-à-dire, sur une relation contractuelle articulant « besoins-attentes-prestations ».

Le projet se subdivise donc en trois parties distinctes, bien que liées fonctionnellement. Premièrement, l'identification collective des besoins des usagers et l'élaboration collective d'un guide d'entretien visant à recueillir les besoins, les attentes et l'appréciation des résidents.

Deuxièmement, l'analyse collective des prestations servies par le FAM et l'appropriation collective de la méthodologie de projet personnalisé (réunion de projet personnalisé, coordinateur de projet personnalisé).

Troisièmement, l'élaboration d'un support de communication visant à promouvoir les résultats du projet.

### **3.1.2 Les objectifs du projet**

Les objectifs à atteindre doivent être mesurables, quantifiables et évidemment réalistes. Il y a trois types d'objectifs. Le premier concerne la qualité du résultat attendu. Le second relève du facteur temps et de l'élaboration du calendrier du projet. Le troisième consiste à mesurer le coût du projet.

#### **A) Les objectifs qualité**

La qualité d'un produit se définit par la fourniture du résultat que l'on attend de lui. Les « produits » du projet sont donc l'identification des besoins des usagers, le guide d'entretien, l'analyse des prestations, l'appropriation de la méthodologie de projet personnalisé, le support de communication. Il y a deux produits matériels et concrets (guide d'entretien et support de communication), et deux autres immatériels (analyse des prestations et méthodologie de projet), résultant d'opérations sociocognitives, d'apprentissages collectifs dont l'existence tangible se mesurera d'abord à travers les comportements des acteurs. L'identification des besoins des usagers est un produit mixte puisqu'il combine la production d'un objet concret (fiche de synthèse) et une opération sociocognitive (apprentissage des besoins par leur objectivation).

Les fonctions de ces produits précisent la qualité du résultat souhaité, permettent de savoir ce qui est attendu du produit, ce qu'il implique en termes d'effets. Les indicateurs de performance indiquent la performance attendue du produit. Il n'est pas toujours possible de mesurer la performance directe. Il s'agit alors de définir un indicateur qui permette de s'en approcher au plus près. Par ailleurs, la fixation d'un taux doit se comprendre comme une norme qualitative, non comme un objectif quantitatif. En clair, lorsque qu'il est attendu que dans 100 % des situations de résidents, le guide d'entretien de recueil des besoins et attentes soit utilisé avant la réunion de projet personnalisé, il s'agit d'indiquer deux points. Premièrement, l'attente que le guide remplisse effectivement ses fonctions principales. Deuxièmement, de comprendre, si le taux est inférieur à ce niveau, les raisons qui auraient conduit à un contournement ou un mésusage de l'outil, afin bien sûr d'y remédier.

Les fonctions de l'identification des besoins des usagers sont :

- Recenser les besoins des usagers d'après les professionnels.
- Mesurer les écarts avec les autres définitions (décret 2009-322, associations).
- Établir une fiche de synthèse des besoins.

L'indicateur de performance de l'identification des besoins des usagers est :

- Taux de validation de la fiche de synthèse d'au moins 80 % des professionnels.

Il est difficile de construire un indicateur de performance qui soit directement lié aux opérations sociocognitives ou aux besoins. En effet, cela n'aurait pas de sens de mesurer la performance de ce produit au moyen d'un taux d'identification des besoins des usagers. Dire que l'on aurait identifié 100% de leurs besoins serait absurde. En revanche, mesurer le degré de consensus que récoltera la fiche de synthèse permet d'apprécier les conditions de sa production et, surtout, si la convergence des représentations a été obtenue.

Les fonctions du guide d'entretien sont :

- Permettre la saisie des attentes et des besoins réels des résidents (critère de pertinence). Autant que possible, il s'agira d'éviter d'induire le contenu des réponses. Il faudra également être exhaustif, ne pas éviter les thèmes sensibles (affectivité, sexualité, maltraitance/ bientraitance), sans pour autant être intrusif.
- D'être un outil fonctionnel et pratique. Les questions devront être compréhensibles et claires, structurées prestation par prestation ; le mode de saisie des réponses devra être prévu ; l'analyse des réponses devra être aisée et directement exploitable pour le projet personnalisé.

- Permettre d'établir des synthèses (prestation par prestation et globale) du point de vue des résidents.
- Modifier les pratiques professionnelles.

Les indicateurs de performance du guide d'entretien sont :

- Taux d'utilisation du guide dans 100 % des situations ayant fait l'objet d'un projet personnalisé durant l'année.
- Taux de rédaction des synthèses (partielle et globale) dans 100 % des utilisations du guide d'entretien.
- Taux d'appréciation du guide par les professionnels et les usagers d'au moins 80 %.

Les fonctions du support de communication sont :

- Rendre compte des grandes étapes de la démarche projet (préparation, mise en œuvre, bilan/évaluation).
- Constituer un outil de valorisation de l'établissement déclinable en fonction des différents destinataires.

Les indicateurs de performance du support de communication sont :

- Taux d'appréciation du support de 70 %.
- Taux de compréhension du message « changement » de 90 %.

Les fonctions de l'analyse collective des prestations sont :

- Permettre un apprentissage collectif de la notion de prestation.
- Permettre un apprentissage collectif des prestations de l'établissement.
- Constituer le deuxième socle sur lequel construire un projet personnalisé (avec l'entretien de recueil des besoins et attentes).

Les indicateurs de performance de l'analyse collective des prestations sont :

- Taux de connaissance des prestations de l'établissement par les professionnels médico-sociaux de 80 %.

Les fonctions de l'appropriation collective de la méthodologie de projet personnalisé sont :

- Permettre un apprentissage collectif de la méthodologie.
- Modifier les pratiques organisationnelles (réunion de projet personnalisé) et professionnelles (coordinateur de projet).
- Répondre au besoin d'inscription et de projection temporelles des usagers.
- Favoriser la participation sociale des usagers.

Les indicateurs de performance de l'appropriation collective de la méthodologie de projet personnalisé sont :

- Taux de nomination de coordinateur de projet dans 100 % des situations ayant fait l'objet d'un projet personnalisé durant l'année.
- Taux de rédaction d'un état des lieux des besoins et attentes de l'utilisateur dans 100 % des situations ayant fait l'objet d'un projet personnalisé durant l'année.
- Taux de réunion de projet personnalisé dans 100 % des situations ayant fait l'objet d'un projet personnalisé durant l'année.
- Taux de rédaction de projet personnalisé dans 100 % des situations ayant fait l'objet d'un projet personnalisé durant l'année.
- Taux de présence de l'item « participation sociale » dans 100 % des projets personnalisés rédigés durant l'année.

Vis-à-vis de ces objectifs qualité, les marges de manœuvre sont minces. L'ensemble des objectifs constitue une priorité, d'autant plus que la réalisation de l'un conditionne la réalisation du suivant. Ce sont donc des contraintes bloquées.

#### B) Les objectifs temps

Le séquençage du projet s'étale sur une année (voir ANNEXE III pour le détail des principales opérations). Vis-à-vis des objectifs temps, s'il n'y a pas de date butoir à la réalisation du projet, il semble nécessaire qu'il tienne dans le calendrier annuel prédéfini, principalement pour ne pas perdre la dynamique de la démarche. La phase de réalisation du projet est la plus critique en termes de risque de dépassement du planning (du lancement du projet jusqu'à la phase d'expérimentation, soit les 22 premières semaines). En effet, le respect du planning est tributaire de la mobilisation des professionnels et, surtout, de leur capacité d'appropriation de la méthodologie. Ainsi, il est raisonnable d'envisager une marge de manœuvre de plus ou moins 3 semaines sur cette phase.

#### C) Les objectifs de charges et de coûts

Dans la mesure où il n'est pas fait appel aux services d'un prestataire pour ce projet, il n'y a donc pas de budget particulier. Le support de communication, conçu comme dématérialisé (fichier pdf), n'engendrera pas de surcoût. En partant du nombre d'heures consacrées au projet par professionnel, le montant du coût total du projet s'élève à 25 100 euros (voir ANNEXE V), soit 224 journées (prix de journée : 112 €) pour un total annuel de 23 960 journées (12 460 pour l'hébergement et 11 500 pour le soin), soit 0,93 % des journées annuelles.

### **3.1.3 Les objectifs complémentaires**

Un objectif complémentaire bénéficie de l'opportunité engendrée par le projet pour s'insérer dans le plan de travail. Sa non-réalisation ne met pas le projet en péril, mais le projet fournit la possibilité à cet objectif complémentaire de se réaliser.

La mise en place des exigences du décret 2009-322 relatives à la constitution d'un dossier médical pour chaque résident afin qu'il puisse disposer d'un document indiquant ses traitements et antécédents médicaux en cas de consultations externes ou d'hospitalisation (article D. 344-5-8), ainsi que la coordination des soins au sein de l'établissement ou du service et avec les praticiens extérieurs (article D. 344-5-5) est un exemple typique d'objectif complémentaire. Il ne découle pas du projet de changement basé sur la relation de service, mais s'intègre dans sa logique de structuration des pratiques organisationnelles. Du fait de leur statut de médecin, les psychiatres devront participer pleinement à la réalisation de cet objectif. Lorsque je leur présenterai le projet de changement, ce sera l'occasion de définir avec eux le cadre d'élaboration du dossier médical et du processus de coordination des soins. Constituant deux services à rendre aux résidents, cette activité s'intégrerait légitimement au thème de travail relatif aux prestations. En même temps, comme ce sont des actes technico-administratifs, leur élaboration passe principalement par l'établissement de procédures. Ils relèvent donc du processus d'amélioration continue de la qualité, déjà à l'œuvre au sein de l'établissement. Sous réserve de leur adhésion, son inscription sur l'agenda d'une réunion qualité sera privilégiée.

L'amélioration de nos modalités de soutien à la participation sociale sera le second objectif complémentaire du projet. Initié à l'occasion du travail sur les prestations, il sera lui aussi mis en œuvre dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité (voir *infra* : A. La thématique « prestations »).

### **3.1.4 L'identification du périmètre et des acteurs**

L'ensemble des professionnels de l'établissement est concerné par le projet, mais dans la mesure où celui-ci affectera, en premier lieu, les fonctions soignantes, éducatives et cadre, ces dernières rassemblent les acteurs les plus importants. La constitution d'un comité de pilotage sera effectuée, comité dont la première fonction sera de valider les différentes réalisations en cours de projet. Ce comité sera composé de la direction, d'un des deux psychiatres (en alternance ou non), de six à huit représentants des

professionnels socio-éducatifs et soignants (deux fois trois/quatre représentants) et d'un représentant des services généraux, soit dix à douze personnes. Une deuxième fonction du comité de pilotage sera de favoriser la convergence des représentations de ses membres et la mutualisation des savoirs élaborés dans chaque unité (voir *infra* 3.2.1. Le rôle du comité de pilotage). Afin que chaque professionnel des deux équipes puisse bénéficier de cette convergence et de cette mutualisation, leurs représentants seront entièrement renouvelés d'une réunion à l'autre. Cette rotation n'entravera pas l'avancée des travaux puisqu'à chacune des réunions du comité de pilotage sera abordé un nouveau thème de travail (cf. ANNEXE III, pp. VIII à XI). La troisième fonction du comité de pilotage sera de résoudre les problèmes rencontrés lors des séances de travail de chaque unité. Enfin, la quatrième fonction sera d'évaluer le dispositif tout au long de la démarche et *in fine* (voir *infra* 3.2.1. Le rôle du comité de pilotage).

Le périmètre des acteurs concernés par le projet est plus large puisqu'il intègre l'association et la direction générale, les autorités de contrôle, les prescripteurs et les partenaires. Globalement, ils sont considérés comme des acteurs « cibles » du projet, c'est-à-dire, qu'ils ne participent pas directement à sa conception, ni à sa réalisation mais qu'ils seront destinataires de ses résultats.

### **3.1.5 Les conditions d'identification des freins et des facilitateurs**

S'agissant de la mise en œuvre du projet, un certain nombre d'obstacles peuvent émerger et entraver sa réalisation. Cette étape préventive sera conduite lors de la deuxième séance de travail avec la directrice-adjointe. En effet, la première séance de travail (semaine 1) sera consacrée à l'élaboration du dispositif de changement. Dans le cadre d'une réunion *ad hoc*, je transmettrai à la directrice-adjointe la méthodologie de Loubat, et nous reviendrons sur les apports théoriques permettant de comprendre le changement. En effet, il est primordial que la logique de service soit comprise et portée par la directrice-adjointe. Une des activités de sa mission relative à la mise en œuvre opérationnelle du projet d'établissement concerne, précisément, l'organisation et la garantie de la mise en œuvre des projets personnalisés des résidents, ainsi que leur évaluation régulière<sup>73</sup>. Cette activité de la directrice-adjointe est donc pleinement concernée par le projet de changement. Je crois donc que la perspective proposée ne pourra aller que dans le sens de son intérêt professionnel, puisqu'elle propose une solution à un « problème » qu'elle rencontre. L'objet de travail ne sera donc pas abstrait pour elle et je pense raisonnablement qu'elle s'impliquera dans le dispositif.

---

<sup>73</sup> Annexe VI : Fiche de fonction de la directrice-adjointe

Comme j'ai présenté la synthèse de la méthodologie envisagée dans la partie précédente, je ne la reprendrai pas une nouvelle fois ici. En revanche, je me baserai sur cette méthodologie pour élaborer une fiche technique, fiche qui sera le support de la première réunion de travail avec la directrice-adjointe. Je la lui transmettrai en amont de la réunion. Dans la seconde partie de cette réunion, nous élaborerons une première ébauche du contenu du dispositif de changement.

Lors de la deuxième séance de travail (semaine 2), nous poursuivrons la définition du dispositif ainsi que l'identification, l'analyse et la gestion des freins et des facilitateurs. Pour les freins, il s'agira de déterminer les facteurs risquant d'entraver l'atteinte des objectifs du projet, leur impact, leur probabilité d'apparition, notre capacité à les détecter et à prévenir leurs effets. Chaque item sera coté sur une échelle de 1 à 5 (1 : très faible importance, 5 : très forte importance pour l'impact et la probabilité d'apparition, 1 : forte capacité de détection, 5 : très faible capacité de détection) et les trois cotations sont multipliées pour donner un coefficient de criticité. Par exemple, un frein potentiel est constitué par l'éventuel absentéisme du porteur de projet (le directeur, en l'occurrence). L'impact de cette absence serait très fort, il sera coté à 5 ; sa probabilité d'apparition est faible mais non nulle, elle sera cotée à 1 ; notre capacité à le détecter est forte mais pas absolue (accident, maladie), elle sera cotée à 2. Le coefficient de criticité est donc égal à  $5 \times 1 \times 2$ , soit 10. Les mesures préventives ou curatives pour ce phénomène n'existent pas.

Après avoir effectué la même opération pour l'ensemble des freins identifiés, nous les ordonnerons afin de les classer en fonction de leur criticité et définir des mesures préventives ou curatives s'ils venaient à apparaître.

Pour les facilitateurs, la démarche est la même sauf qu'il s'agit naturellement de définir les actions qui permettent d'exploiter les facilitateurs repérés. L'analyse *a priori* du facteur humain fait apparaître que le projet de changement emportera l'adhésion d'une majorité d'acteurs. L'une des actions envisageables serait de confier le secrétariat des séances de travail collectif à un acteur favorable au projet afin que, par sa prise de note, il influe sur la productivité du groupe (identifier les points qui font consensus, répondre au cahier des charges du groupe de travail, produire de solutions), complétant judicieusement le rôle de l'animateur.

### **3.1.6 Le choix de la méthode et la réalisation des produits**

En la matière, les produits du projet découlent de la méthodologie de la relation de service. Le cœur du processus de production du projet et son séquençage sont par conséquent définis.

Compte tenu des contraintes organisationnelles (maintien de l'activité pendant le projet, disponibilité des professionnels), le choix a été fait de consacrer les temps de réunion de

fonctionnement à la mise en œuvre du projet, c'est-à-dire, à la réalisation de ses produits. Même s'il est de rigueur de créer des espaces spécifiques lors de ce type de travail, principalement pour permettre aux participants de se décentrer de leur fonctionnement habituel et de se concentrer sur un nouvel objet de travail, cette option n'a pas pu être retenue. En effet, je souhaite qu'il y ait un maximum de participants lors de ces séances de travail et créer un espace spécifique n'aurait pas permis de répondre à cette nécessité. En fonction des contraintes de service, les participants aux groupes auraient été différents d'une séance à l'autre. Ce qui n'est pas le cas des réunions de fonctionnement puisqu'elles se déroulent une fois par quinzaine, en présence de la totalité des membres des équipes, sauf événement exceptionnel ou impondérable (maladie, vacances). Compte tenu de l'importance du projet, ceux-ci seront anticipés dans la mesure du possible. Même si les objets du projet et de la réunion de fonctionnement ont une zone commune, il s'agira au démarrage du projet de préciser que la réunion de fonctionnement bénéficiera d'une session « extraordinaire » de travail, consacrée spécifiquement à l'étude de nos pratiques professionnelles et organisationnelles afin de les améliorer via la méthodologie de la relation de service.

Le temps de réunion du comité de pilotage est programmé le vendredi après-midi en tant qu'il est le principal créneau disponible (voir Annexe IV : planning des activités).

Conformément aux éléments développés dans la partie précédente, l'organisation des séances de travail débutera par un débat sur un objet de travail concret des professionnels et sur les difficultés qui en découlent.

#### A) La thématique « prestations »

Ainsi, la thématique « prestations » commencera par des questions relatives à la fonction d'accompagnement et de soutien psychosocial, de soins, etc. au moyen de l'exercice suivant : « Présenter rapidement un exemple d'accompagnement psychosocial ayant fonctionné et un n'ayant pas fonctionné. Sans chercher à trouver les raisons qui expliquent l'« échec » (ce n'est pas une réunion d'analyse des pratiques), déterminer si cet accompagnement correspondait à nos missions et en quoi. ». Ensuite, je proposerai un exercice qui, partant de nos pratiques institutionnelles, aura comme objectif de le rattacher à une prestation. Ainsi, les « petits-déjeuners » qui sont des temps de partage de repas avec les résidents des appartements collectifs seront interrogés dans le sens de l'effet qu'ils produisent pour les usagers. En somme, rendent-ils un service aux usagers ? Si oui, le ou lesquels ? Etc.

À partir de là et après avoir défini le concept de prestation de service, le listing de nos prestations et services rendus pourra commencer. Dans un deuxième temps, l'exercice

que propose Loubat peut être proposé afin d'élargir la réflexion à l'ensemble des prestations de l'établissement. Les débats feront émerger des positions différentes et il s'agira d'arriver à établir des convergences.

À cet endroit, une réflexion sur le service rendu de soutien à la participation sociale devra s'engager. Dans le cadre du projet, cette réflexion ne se concrétisera pas, faute de temps. Un groupe comptant au maximum 4 professionnels volontaires et intéressés sera constitué et travaillera cette thématique dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité. Un animateur et responsable de l'avancée des travaux sera nommé. Après chaque séance de travail, il devra établir un compte-rendu de réunion et indiquer ce qui a été fait, ce qu'il reste à faire et les problèmes rencontrés. Il le transmettra à la directrice-adjointe qui aura la responsabilité du pilotage de ce groupe. Le cahier des charges devra explorer les quatre domaines de la participation sociale afin d'identifier des axes d'amélioration concrets. Au moment opportun dans l'avancée des travaux, la participation d'un ou deux résidents au groupe de travail sera organisée afin de profiter de leur vision et de (in)valider qualitativement les propositions arrêtées. Les pistes de travail proposées seront les suivantes :

- *Mobiliser les ressources des micro-territoires pour promouvoir la participation culturelle.*

Partant des espaces d'implantation géographique du foyer et des différents appartements, une cartographie des lieux ressources (centres sociaux, maison de la culture, centres d'animations, théâtres, salles de concert, d'exposition, bibliothèques, etc.) sera établie. Dans un deuxième temps, ces lieux seront classés par thèmes et pertinence (adéquation entre leurs fonctionnalités et les besoins des usagers). Une exploration plus fine des services proposés par les installations « animées » sera effectuée. Par exemple, il s'agira de connaître les activités que proposent effectivement les centres sociaux, maisons de la culture, bibliothèques, etc. et les modalités de partenariat qu'il serait possible d'envisager avec eux. En aucun cas, il s'agira d'externaliser l'accompagnement des résidents mais bien de co-construire avec ces nouveaux partenaires un dispositif de travail visant à permettre la fréquentation de leurs activités par les résidents.

Les modalités de prise de contact avec ces structures devront également être réfléchies, notamment en fonction de leur éventuelle connaissance préalable par les professionnels et/ou les résidents. Quoiqu'il en soit, une rencontre avec un responsable d'une structure adaptée devra être organisée afin d'envisager les modalités concrètes d'un éventuel partenariat. En cas de volonté partagée, la signature d'une convention de partenariat serait envisagée.

- *Mieux intégrer les attentes des résidents pour promouvoir la participation relationnelle.*  
 Il s'agirait ici d'envisager les différents moyens pour pouvoir accompagner les résidents sur les questions relatives à leurs relations familiales et affectives. En complément du recueil des besoins et des attentes qui nous donnera des éléments objectifs sur l'importance de ces thèmes pour les usagers, une recherche documentaire concernant les différentes expériences en la matière serait à effectuer afin d'envisager les modalités éventuelles de transposition de pratiques.
- *Mettre en place un atelier pour promouvoir la participation civique*  
 Comme chacun d'entre nous, les résidents reçoivent de nombreuses et différentes informations provenant des divers médias. Si elles sont l'occasion régulière d'échanges avec les professionnels, il n'y a pas d'atelier qui soit spécifiquement consacré à ce thème du vivre ensemble. Il s'agira ici de bâtir un atelier « citoyen » qui permettrait d'accompagner les résidents dans leur participation civique et leur compréhension du monde social. Les pistes de travail sont nombreuses et variées, l'essentiel étant que l'économie générale de l'atelier réussisse à lier l'interne (lecture de journaux et de magazines, confection de dossiers thématiques papiers ou numériques, élaboration d'un journal, etc.) et l'externe (la participation à des conférences, des expositions, de procès publics, des séances publiques d'exécutifs locaux, etc.).
- *Réformer le système des « comptes » (pour les résidents vivant en appartements) pour promouvoir la participation économique.*  
 Les « comptes » sont actuellement trop instrumentaux et ne constituent pas un support à l'accompagnement de la gestion budgétaire. Lorsque les résidents amènent les justificatifs de leurs dépenses alimentaires de la semaine précédente, les professionnels vérifient la justesse de l'addition des montants dépensés que le résident a effectuée. Ils contrôlent également que les achats font partie de la liste des denrées autorisées (interdiction d'acheter des boissons alcoolisées ou des produits d'entretien). Une fois la vérification faite, les comptes sont « certifiés » par le professionnel et le résident peut retirer le montant prévu pour la semaine à venir auprès du secrétariat, montant éventuellement diminué si ses précédentes dépenses ont dépassé le budget prévu (56 € par semaine). Théoriquement, l'opération comptable prend une dizaine de minutes, s'il n'y a ni erreur de calcul, ni négociation sur la nature d'une dépense, ni information à transmettre au résident, etc. S'il y a erreur ou autre, le délai de traitement peut s'allonger et dépasser vingt minutes. Comme il n'y pas de rendez-vous nominatif, les résidents se présentent à leur convenance entre 9 heures 30 et midi. Ainsi, des phénomènes d'encombres apparaissent chaque semaine avec une arrivée massive des résidents entre 11h00 et

12h. Cela crée pour les résidents et les professionnels un stress important, peu propice à une action d'accompagnement.

Il y a donc un besoin repéré auquel l'établissement répond mal, du fait de l'organisation de l'accompagnement mais également de la faiblesse des ressources des résidents.

Le cahier des charges consiste à prévoir une nouvelle organisation des « comptes » qui permette de consacrer un temps d'entretien individuel à chaque résident au sein duquel seraient abordés les différents aspects de la participation économique (consommer, acheter, vendre, faire des choix budgétaires, gérer ses moyens de paiement). Cela impliquerait d'inverser la logique prévalant à l'organisation actuelle. Ce ne serait plus les résidents qui viendraient dans les bâtiments administratifs, mais les professionnels qui se rendraient dans les appartements. Il conviendra de déterminer les créneaux sur lesquels ces interventions seraient possibles et évidemment, d'organiser un planning pour chaque résident. Compte tenu des implications en termes organisationnels, l'animation de la réunion sera confiée à la directrice-adjointe. Il est vrai que cela modifiera de façon substantielle les habitudes de travail, mais comme l'organisation actuelle présente de gros inconvénients, déplorés par tous, je pense raisonnablement que la réorientation proposée devrait recueillir l'adhésion de plus grand nombre.

## B) La thématique « besoins et attentes »

Bien que déjà travaillée (cf. *supra* partie 1.2.), cette thématique sera reprise mais sous un angle nouveau. Le travail commencera par un questionnement analogue à celui des prestations : « Donnez un exemple d'un besoin des usagers auquel vous avez répondu, un autre pour lequel vous n'avez pas pu répondre. » Notés sur un paperboard sous forme de liste à puces, petit à petit se dessinera une cartographie des besoins. La possibilité éventuelle de les faire écrire par chaque participant sur un post-it pourra être envisagée. Cela permet à chacun de voir sa contribution, et à l'animateur de pouvoir ranger plus facilement les besoins en fonction de leur type (sans avoir à effectuer de rature). Le même exercice sera proposé pour les attentes. La probabilité que l'ensemble des besoins et attentes soit identifié est faible. Les supports type décret 2009-322 ou *livret du handicap psychique* de l'UNAFAM pourront alors être mobilisés. Une fois la cartographie des besoins et attentes effectuée, la mise en correspondance avec les prestations servies sera possible. Enfin, la conversion de la mise en correspondance besoins-attentes/prestations en guide d'entretien de saisie des attentes et des besoins pourra être travaillée.

Chaque équipe travaillera à la rédaction du guide d'entretien. Si les risques de doublons peuvent apparaître importants au premier abord, je crois que, compte tenu de la spécificité de chaque mode d'intervention, ce ne sera pas le cas. Chaque équipe exprimera, de son point de vue, les effets de l'accompagnement qu'elle suppose induire chez les usagers. Or, comme la nature de l'accompagnement est différente du fait, justement, des différences de modes d'hébergement (foyer versus appartement), de temps et de modes d'intervention (continus versus discontinus), de capacités et d'aspirations des résidents (niveau d'autonomie plus ou moins grand), l'interrogation des résidents sur leur appréciation du service rendu, leurs attentes et leurs besoins devrait également être différente. Néanmoins, comme les résidents – contrairement aux professionnels – sont nombreux à suivre entièrement le « cursus » Triade et à passer du foyer aux appartements, de l'unité A à l'unité B, cette mise en exergue des différences de point de vue permettra aux salariés de mieux saisir la cohérence et la pertinence du projet d'établissement. Chacun prendra la mesure du parcours et des progrès qu'effectuent les résidents au sein de chaque unité. S'il est vrai que c'est le même résident physiquement, ses capacités, ses besoins et ses aspirations auront changé d'une unité à l'autre. Cette opération de mutualisation s'effectuera naturellement dans le cadre des réunions du comité de pilotage où chaque unité sera représentée.

### C) La thématique « projet personnalisé »

La thématique « projet personnalisé » suivra le même plan de travail, même si les difficultés que rencontrent les professionnels dans la mise en œuvre de ce processus risquent d'être imputées, plus ou moins directement, à la direction. Il s'agira alors de faire preuve de distanciation et d'une capacité de remise en question, tout en orientant les débats vers la résolution pragmatique de cette difficulté. De ce point de vue, la méthodologie de la relation de service sera un appui précieux. L'appropriation de la méthode passera par des études de cas où il sera question d'appliquer la logique aux situations d'un ou deux résidents. Ce travail de déconstruction des logiques actuelles et d'apprentissage d'une nouvelle méthodologie sera forcément délicat et anxiogène. Il faudra alors soutenir le groupe dans ses réflexions, tentatives et difficultés. Ce travail sera l'occasion d'interroger le dispositif institutionnel de la réunion d'équipe et de faire émerger la nécessité de sa réforme. Étant entendu que la mise en œuvre des actions du projet personnalisé implique l'ensemble des professionnels, il deviendra nécessaire que son élaboration se fasse dans un cadre collectif. Assez naturellement, le cadre de la réunion d'équipe apparaîtra comme le plus adéquat, à condition d'en modifier l'organisation actuelle. D'une façon assez pragmatique, je pense consacrer la première heure de la réunion d'équipe à l'étude d'un projet personnalisé. À raison de 18 résidents par équipe,

l'ensemble de l'effectif est susceptible d'avoir bénéficié d'un projet personnalisé en cinq mois d'activité lorsque la méthodologie sera bien acquise.

Il faudra également envisager dans cette thématique les impacts sur l'organisation de l'activité des équipes. Si le projet personnalisé n'est pas qu'un document de pure forme et qu'il structure réellement l'accompagnement, alors un certain nombre d'actions et d'activités jusque là effectuées par routine devront être réinterrogées et réintégrées en tant que services répondant aux besoins et attentes des usagers. C'est aspect aura été travaillé auparavant (thématique « prestation »), mais ses incidences sur l'accompagnement n'auront pas été abordées en tant que telles. De même, l'organisation du planning d'intervention hebdomadaire sera modifiée. En effet, il faudra rattacher désormais les interventions auprès des résidents à leur projet personnalisé et en programmer d'autres comme étant la concrétisation de ce projet personnalisé. C'est ici que l'impact sur la répartition du pouvoir sera le plus fort. Dans le cadre de la réunion de travail, la pleine mesure de ce changement ne sera peut-être pas complète mais elle apparaîtra évidente lors des phases d'expérimentation et de généralisation. Il sera d'autant plus facile de surmonter les difficultés que la méthodologie aura été intégrée par les professionnels comme une réponse à leur demande de structuration de l'activité.

### 3.1.7 Les axes, cibles et moyens de communication

Il y a deux types de communication à organiser : une communication informative et une communication promotionnelle. Pour organiser le plan de communication, il convient de répondre aux questions suivantes : pourquoi communiquer ? Quoi communiquer ? Qui communique et en direction de qui ? Comment, quand et où communiquer ? Combien de fois communiquer ?

Relativement à la communication informative, les cibles sont les acteurs internes tant les usagers, les professionnels que le comité de direction. Il s'agit par cette opération d'informer bien sûr, mais également par la communication régulière d'états synthétiques d'entretenir la motivation des professionnels mobilisés, de permettre la mesure du travail effectué et des acquis engrangés.

| Communication informative |                               |           |                      |                               |                    |           |
|---------------------------|-------------------------------|-----------|----------------------|-------------------------------|--------------------|-----------|
| <b>Qui</b>                | a. Secrétaire<br>b. Directeur | Directeur | Directeur            | Directeur                     | Directeur          | Directeur |
| <b>Vers qui</b>           | L'établissement               | CVS       | Conseil de direction | Réunion de fonctionnemen<br>t | Comité de pilotage | CVS       |

|                 |  |                                     |                                     |  |  |                                       |
|-----------------|--|-------------------------------------|-------------------------------------|--|--|---------------------------------------|
| <b>Pourquoi</b> | Informer sur le lancement du projet              | Informer sur le lancement du projet | Informer sur le lancement du projet | Informer sur l'avancement des travaux<br>Entretien la motivation | Informer sur l'avancement des travaux<br>Entretien la motivation | Informer sur l'avancement des travaux |
| <b>Quoi</b>     | Annonce d'une réunion institutionnelle           | Annonce du lancement du projet      | Annonce du lancement du projet      | Fait<br>Reste à faire<br>Problèmes rencontrés                    | Fait<br>Reste à faire<br>Problèmes rencontrés                    | Fait<br>Reste à faire                 |
| <b>Comment</b>  | a. Affichage<br>b. Par oral                      | Par oral                            | Par oral                            | Par oral   | Par oral   | Par oral                              |
| <b>Quand</b>    | a. Semaine 3<br>b. Réunions d'équipe semaine 3   | Réunion CVS semaine 6               | Réunion comité de direction         | Réunion formelle selon calendrier                                | Réunion formelle selon calendrier                                | Réunion CVS                           |
| <b>Où</b>       | a. Panneaux d'information<br>b. Salle de réunion | Salle de réunion                    | Association                         | Salle de réunion   | Salle de réunion   | Salle de réunion                      |
| <b>Combien</b>  | Une fois   | Une fois                            | Une fois                            | Autant de fois que de réunions                                   | Autant de fois que de réunions                                   | Autant de fois que de réunions        |

La communication promotionnelle vise principalement les acteurs externes à l'établissement. Elle doit permettre simplement de communiquer sur l'actualité du FAM et d'informer sur la nouvelle organisation des accompagnements. Malgré sa simplicité, cette communication insistera sur les acquis de la démarche et, notamment, sur l'effectivité de la personnalisation des accompagnements.

#### Communication promotionnelle

|                 |  |   |  |
|-----------------|--|---|--|
| <b>Vers qui</b> | Autorités de contrôle (+ MDPH)   | Conseil de direction  | Prescripteur et partenaires  |
| <b>Pourquoi</b> | Informer des bilans (intermédiaire et définitif) du projet<br>Valoriser l'établissement                  | Informer des bilans (intermédiaire et définitif) du projet<br>Valoriser l'établissement | Informer du bilan définitif du projet<br>Valoriser l'établissement |
| <b>Quoi</b>     | Support de communication 1<br>Support de communication 2   | Support de communication 1<br>Support de communication 2                                | Support de communication 2   |
| <b>Qui</b>      | Directeur  | Directeur   | Directeur  |
| <b>Comment</b>  | Appels téléphoniques et emails personnalisés   | Présentation PowerPoint   | Appels téléphoniques, emails personnalisés ou mailing              |
| <b>Quand</b>    | Après validation de l'expérimentation (semaine 28)<br>Après évaluation de la généralisation (semaine 50) | Réunion comité de direction   | Après évaluation de la généralisation (semaine 50)                 |
| <b>Où</b>       | Internet   | Association   | Internet   |
| <b>Combien</b>  | Deux fois  | Deux fois   | Une fois   |

## **3.2 La phase de pilotage**

L'enjeu principal de la phase de pilotage consiste dans la gestion des problèmes émergeant de la mise en œuvre du projet. Il s'agit de prévoir un dispositif permettant leur détection, leur analyse et leur correction.

### **3.2.1 Le rôle central du comité de pilotage**

Le comité de pilotage, outre sa fonction décisionnelle, remplira ce rôle d'élaboration des solutions aux problèmes rencontrés dans la mise en œuvre du projet. Le comité de pilotage permettra également de mutualiser les savoirs élaborés dans chaque équipe et ainsi, de concourir à la cohésion institutionnelle. Sans qu'il y ait forcément un antagonisme patent, les modes et les lieux d'intervention différents ne favorisent pas la collaboration entre les équipes des deux unités. En mettant en commun les expériences issues de la méthodologie et en trouvant des solutions collectives aux problèmes rencontrés par chaque équipe, les professionnels passeront d'une cohabitation à la collaboration. Mon rôle d'animateur du comité de pilotage sera essentiel. Mon intervention consistera à rappeler le contrat liant l'ensemble du comité : l'exigence de mettre ses compétences et ses réflexions au service du collectif. Dès lors qu'une difficulté sera rapportée au comité de pilotage, celui-ci dans son entier aura la responsabilité de la résoudre.

C'est également dans le cadre des réunions de comité de pilotage que le dispositif de changement sera lui-même évalué. Au début de chaque réunion, avant de rapporter les résultats des travaux effectués, un temps sera consacré à cette évaluation. Il s'agira d'identifier les points positifs afin de valoriser le travail entrepris, mais également de remédier aux difficultés rencontrées lors des réunions d'équipe. Je pense notamment aux professionnels ayant des difficultés à intégrer les nouvelles techniques d'intervention, que ce soit dû à un problème d'intelligibilité ou à une dissonance cognitive. En effet, pour les plus anciens fonctionnant sur de solides habitudes, pour les salariés éprouvant une relative usure professionnelle ou pour les plus jeunes n'ayant pas encore une maîtrise suffisante des compétences attendues dans le cadre de leur fonction, l'appropriation d'une nouvelle technique peut impliquer un effort supplémentaire, voire impossible. Il me faudra repérer ces éventuels cas de figure et organiser, en fonction du nombre de professionnels concernés, un dispositif de soutien. Celui-ci pourrait prendre la forme d'un tutorat individualisé où un professionnel ayant assimilé le point de méthode faisant défaut à son collègue le reprendrait avec lui et lui transmettrait ses connaissances. Si le nombre de professionnels en difficulté était supérieur à trois salariés, un groupe de travail pourrait

être constitué. Il serait là aussi proposé qu'il soit animé par un professionnel n'ayant pas éprouvé la même difficulté que ses collègues.

### **3.2.2 L'expérimentation du recueil des besoins et attentes**

Cette phase de pilotage prévoit deux séquences d'expérimentation. La première consistera à tester le guide d'entretien de recueil des besoins et attentes des usagers afin de pouvoir le valider, avant sa généralisation. Un professionnel de chaque équipe le testera auprès d'un résident. La spécificité de cet entretien aura été définie pendant les deux séances de travail qui auront permis son élaboration. Il vise à connaître les attentes, les besoins et l'appréciation des usagers au regard des prestations fournies par l'établissement. Compte tenu de la nouveauté de ce type d'entretien, il conviendra d'en prévoir une présentation aux usagers. Une explication de la démarche générale aura été faite dans le cadre du CVS, mais il devra être procédé à une introduction avant la passation des entretiens individuels. Ainsi, un certain nombre de précautions éthiques devront être acquises par les interviewers et clairement exposées à chaque résident. Les professionnels menant les entretiens-tests présenteront l'objectif général de l'entretien et son caractère expérimental. Ils devront « dédramatiser » la situation d'interview individuelle, en précisant que les questions posées n'appellent pas une obligation de réponse de la part du résident. Si celui-ci est indisposé par la nature du thème abordé, il aura toute latitude pour ne pas répondre à la question. De même, si celle-ci lui semble obscure, il sera en droit de demander à ce qu'elle lui soit reformulée et/ou expliquée. Cette demande de reformulation devra être présentée comme très précieuse pour l'expérimentation, dans la mesure où elle nous permettra de réécrire les questions équivoques ou confuses. Il sera ainsi précisé que la participation du résident nous est essentielle et que grâce à elle, il contribuera efficacement à l'amélioration du guide d'entretien, et plus globalement, à l'amélioration de nos pratiques professionnelles.

Malgré ce caractère expérimental, l'entretien sera conçu comme directement opérationnel. En ce sens, les réponses de l'interviewé devront être les plus sincères possibles et correspondre réellement à son point de vue personnel. Dans la mesure où le projet personnalisé est une élaboration de l'équipe pluriprofessionnelle, l'interviewer ne pourra fournir de réponses immédiates aux questions ou attentes du résident. Les propositions de l'établissement découleront de la réunion de projet personnalisé ; proposition de projet personnalisé que l'interviewer présentera dans un second temps au résident afin qu'il puisse s'exprimer sur celle-ci. Il sera spécifié que l'établissement pourrait ne pas pouvoir répondre à toutes les attentes formulées par le résident, bien qu'il s'efforcera de le faire dans la mesure du possible. À cet endroit, il sera nécessaire

d'introduire le résident à la notion de « coordinateur de projet ». Bien qu'il s'agisse de l'expérimentation du guide, le professionnel chargé de mener l'entretien sera celui qui sera le futur coordinateur du projet personnalisé du résident. En effet, il ne serait pas envisageable de doubler l'entretien (un expérimental et un réel) pour un même résident, du fait de l'investissement demandé au résident pour le premier et de la proximité temporelle entre les deux entretiens. Hormis les éléments ayant trait spécifiquement à l'expérimentation, le même type de présentation aura lieu lors de la phase de généralisation. La fin du guide d'entretien sera consacrée à l'évaluation de celui-ci par le résident.

Une réunion du comité de pilotage de pilotage suivra cette phase de test et sera consacrée à son évaluation. Elle servira à modifier les éventuelles questions ambiguës et à tirer les enseignements de ces deux premières passations.

### **3.2.3 La méthodologie du projet personnalisé**

Les deux fois trois réunions de fonctionnement suivantes seront consacrées à l'apprentissage de la méthodologie de projet personnalisé et de la fonction de coordinateur de projet. Au cours de ces séances seront effectuées la relecture de la situation d'un résident de chaque unité au moyen de la méthode, ainsi que la réorganisation de la réunion d'équipe (voir *supra* C. La thématique « projet personnalisé »).

Les résultats des deux entretiens-tests ne seront, *a priori*, pas utilisés. D'une part, comme il s'agit d'obtenir une conversion du regard de la part des professionnels, partir des accompagnements tels qu'ils se font et se pensent actuellement apparaît certes plus contraignant que l'utilisation des résultats des entretiens-tests mais sera plus productif en termes d'apprentissage collectif. Autrement dit, il serait plus simple de bâtir un projet personnalisé à partir des données de l'entretien-test mais probablement moins efficace en termes de modification des pratiques. Ce dispositif permettra, par ailleurs, aux équipes de prendre conscience des besoins non pris en compte dans les pratiques d'accompagnement actuelles. D'autre part, les salariés ayant mené les entretiens-tests risqueraient d'être les plus actifs, impliquant ainsi un plus faible investissement de leurs collègues dans les processus d'apprentissages sociocognitifs.

Enfin, comme les données issues des entretiens seront traitées dans la deuxième expérimentation, les professionnels auront, de toute façon, la possibilité de les utiliser et de mesurer la cohérence globale de la démarche

### **3.2.4 L'expérimentation globale de la méthodologie et son évaluation**

À l'issue de ces trois séances de travail, puis de la discussion de leurs résultats dans le cadre d'une réunion du comité de pilotage, et de la présentation en CVS de l'avancée des travaux, la deuxième phase d'expérimentation, consacrée à l'utilisation de l'ensemble de la nouvelle méthodologie, sera lancée. Un calendrier récapitulatif des situations des résidents à travailler durant les quatre semaines d'expérimentation aura été arrêté dans le cadre de la dernière réunion de pilotage. Afin d'avoir une évaluation de l'ensemble de la méthodologie, deux situations par équipe, plus celle ayant fait l'objet de la première expérimentation de l'entretien de recueil des besoins et attentes, m'apparaissent être un nombre à la fois réaliste et suffisant. Chaque coordinateur de projet après avoir capté les besoins, les attentes et l'appréciation du résident, interrogera les autres membres de l'équipe et les partenaires pour qu'ils définissent les besoins du résident. Il rapportera cet « état des lieux » au cours de la réunion de projet personnalisée afin que l'ensemble de l'équipe élabore des actions concrètes pour y répondre. Ces actions seront elles-mêmes séquencées chronologiquement. Bien entendu, il ne s'agira pas d'assigner des objectifs au résident, mais de faire correspondre à chaque besoin les actions que l'établissement mettra en place pour y répondre (dans le cadre de la prestation d'aide et d'accompagnement des actes de la vie quotidienne, Monsieur Dupuis, éducateur spécialisé, se rendra chez vous une fois par semaine pour vous aider à préparer une liste de courses, établie en fonction de vos goûts alimentaires, en vue de la confection de vos repas pour la semaine suivante. Dans ce cadre là, il vous apportera des conseils et répondra à toutes vos questions relatives à l'alimentation. Cet accompagnement durera trois mois, aux termes desquels l'évaluation de ses effets positifs et négatifs sera effectuée). Comme le montre cet exemple, le projet personnalisé est structuré sur l'identification d'un besoin en correspondance avec une prestation (ici, besoin et prestation d'aide et d'accompagnement pour l'alimentation), une proposition de réponse et des modalités de mise en œuvre (une fois par semaine, aide à la préparation d'une liste de courses et de menus, éducation alimentaire), les personnels concernés (éducateur spécialisé), une échéance (3 mois) et une évaluation des effets produits.

À l'issue de la démarche, une évaluation sera effectuée dans le cadre d'une réunion du comité de pilotage. Ses fonctions principales seront d'identifier les intérêts et les difficultés issues de la pratique de la méthodologie, d'ajuster les outils et l'organisation de travail, et d'organiser le cadre de la généralisation de la méthode. Celui-ci sera ensuite affiné au sein de chaque équipe (nomination des coordinateurs de projets, établissement du calendrier programmant l'étude des situations en réunion de projet personnalisée). À ce

stade, l'évaluation sera essentiellement qualitative. La mesure des objectifs grâce aux indicateurs de performance sera effectuée au terme de la phase de généralisation.

### **3.2.5 La rédaction et la transmission du premier support de communication**

L'évaluation servira de base à la rédaction du premier support de communication. Ce support sera conçu grâce à un logiciel type Pages. Il retracera l'ensemble des étapes parcourues, mettra en exergue leurs résultats dans un style simple et efficace, tout en étant convivial et attrayant. De surcroît, il indiquera les axes de travail à venir, en l'espèce la généralisation et l'évaluation globale (mesure des indicateurs de performance, exploitation transversale des entretiens de recueil). Il ne sera pas élaboré dans le cadre de la réunion du comité de pilotage mais dans celui d'une réunion spécifique.

Sa communication se déroulera selon différentes modalités. J'appellerai directement nos interlocuteurs du conseil général et de l'ARS (ainsi que celle de la MDPH) pour leur expliquer la démarche entreprise par l'établissement et les informer de l'envoi très rapide d'un email contenant la plaquette qui la résume. Ce support de communication fait partie intégrante de mon projet directorial, basé sur la congruence entre ses différents objectifs. La structuration de notre activité et la modification de nos processus organisationnels constituent le cœur de ma stratégie. En rendre compte au travers d'un support de communication n'est pas un acte de pure forme. Au contraire, cela vise à la fois à répondre à la commande publique, et surtout, à montrer que l'établissement a la capacité de se saisir d'un tel enjeu pour mettre en œuvre un processus innovant en termes organisationnels.

### **3.3 L'évaluation finale : questionnaires et indicateurs de performance**

Après la phase de généralisation, il s'agira de mesurer l'atteinte des objectifs prévus grâce aux indicateurs de performance des produits du projet. Pour chacun des indicateurs de performance, plusieurs questions seront rédigées afin de récolter le point de vue des intéressés (professionnels, autorités de contrôle, prescripteurs, partenaires). Cette mesure s'effectuera dans trois directions. En premier lieu, un questionnaire relatif au processus de changement sera adressé aux professionnels de l'établissement (voir ANNEXE VII). Ensuite, un questionnaire sera adressé aux destinataires du support de communication (voir ANNEXE VIII). Enfin, une analyse sur « pièce » sera effectuée, en se basant sur les documents issus de la démarche. Pour faciliter le traitement des réponses, les questionnaires seront directement accessibles en ligne, via un formulaire type Google Drive. Le point de vue des usagers sera récolté par l'entretien de recueil des besoins, attentes et appréciations.

Une fois les questionnaires remplis, les réponses seront traitées automatiquement grâce à l'application Google Drive. Cela permettra d'obtenir une représentation globale de l'appréciation portée sur la démarche (sous forme de graphique type « camembert »). Les résultats de chaque consultation seront transmis aux salariés et aux destinataires du support de communication, assortis des commentaires et actions qui en découleront.

Relativement à l'analyse sur pièce, il s'agira simplement d'établir des ratios sur le modèle suivant :

Par exemple, l'indicateur de performance du guide d'entretien de recueil des besoins et attentes des résidents est mesuré par son taux d'utilisation. L'objectif est que dans 100 % des situations ayant fait l'objet d'un projet personnalisé durant l'année, le guide d'entretien de recueil des besoins et attentes des résidents ait été utilisé. Le taux se calcule par l'opération suivante : le nombre de guides d'entretien renseignés divisé par le nombre de situations ayant fait l'objet d'un projet personnalisé, multiplié par 100. Soit 15 guides d'entretiens renseignés divisés par 15 situations ayant fait l'objet d'un projet personnalisé, multiplié par 100 donne le taux d'utilisation de 100 % ( $15/15 \times 100 = 100 \%$ ).

Il en ira de même pour les autres taux (rédaction des synthèses, nomination de coordinateur, rédaction d'un état des lieux des besoins et attentes de l'utilisateur, réunion de projet personnalisé, rédaction de projet personnalisé, présence de l'item « participation sociale »).

Enfin, une analyse transversale des entretiens de recueil des besoins et attentes des usagers sera également effectuée afin d'identifier les éventuelles récurrences dans les critiques et les points forts énoncés par les résidents. La structuration du guide d'entretien se basant sur les prestations servies par l'établissement, son utilisation à des fins d'évaluation de l'offre de service par les résidents apparaît aussi simple qu'intéressante à réaliser.

Les données nécessaires à l'élaboration de la plaquette relative au changement – et destinée à communiquer sur l'ensemble du processus et son évaluation – étant disponibles, je réaliserai ce document en collaboration avec la secrétaire de direction. Les modalités de sa transmission seront les mêmes que pour le support intermédiaire.

## Conclusion

La rédaction de ce mémoire m'a confirmé combien la fonction de direction était exigeante. S'il faut maîtriser un certain nombre de compétences techniques, celles-ci ne trouvent leur sens que dans la mesure où elles permettent à l'ensemble des acteurs de l'établissement de voir le bien commun et l'intérêt général garantis.

Les premiers concernés sont bien évidemment les usagers. En conduisant le changement des pratiques organisationnelles, j'ai poursuivi l'objectif de leur apporter au quotidien et tout au long de leur séjour à Triade un accompagnement qui soit au plus près de leurs intérêts.

C'est pourquoi la méthodologie développée s'est centrée sur leurs besoins et leurs attentes. D'abord en étudiant nos manières de les concevoir et nos façons d'y répondre, ensuite en proposant un dispositif qui nous permette dorénavant de les objectiver et d'être en mesure de structurer des projets personnalisés visant leur promotion sociale.

Au demeurant, cette amélioration qualitative n'est et ne sera possible que grâce à l'implication de tous les professionnels. Malgré son caractère d'évidence, cette vérité mérite d'être rappelée. Le métier de directeur consiste aussi à valoriser les hommes et les femmes qui apportent aide et soutien aux personnes vulnérables accueillies dans nos établissements. En favorisant les conditions d'émergence et de réalisation de nouveaux apprentissages, j'ai poursuivi l'objectif d'enrichir leurs compétences individuelles. Car derrière le terme de ressources humaines, j'entends celui de richesse humaine.

Enfin, le contexte socio-économique de ces dernières années a rendu les exigences législatives et administratives de plus en plus prégnantes. Faut-il s'en plaindre ? Je ne le crois pas. Au-delà de l'absolue légitimité démocratique qui les justifie, j'ai montré qu'elles étaient pour le directeur un stimulant à l'innovation. Je crois pouvoir aussi affirmer qu'elles témoignent de l'intérêt porté par le corps social aux plus fragiles de ses concitoyens.

Je souscris donc au constat de l'IGAS qui rappelle que « [l]'accès et le maintien dans le logement de droit commun sont un élément fort de l'autonomie, étroitement tributaire, dans les grandes métropoles, des difficultés générales liées à l'insuffisance du parc social »<sup>74</sup>, et je plaide pour que cela change. Pour qu'après leur séjour à Triade, les usagers puissent plus facilement qu'aujourd'hui participer à la vie sociale ordinaire.

---

<sup>74</sup> AMARA F., JOURDAIN-MENNINGER D., et al., *La prise en charge du handicap psychique*, IGAS, Rapport n° RM2011-133P, Août 2011, [consulté le 25 septembre 2011], disponible sur internet : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/114000570/index.shtml>, p. 8.

---

# Bibliographie

---

## **Articles de périodiques**

CHAVAROCHE P., 2006, « Les personnes en situation de grande dépendance : une question de limites ? », *Reliance* [en ligne], Vol. 3, n° 21, pp. 35-41. [consulté le 17 juillet 2012], disponible sur internet : <http://www.cairn.info/revue-reliance-2006-3-page-35.htm> - [retournoteno9](#)

GUYOT P., 2010, « La nécessaire articulation entre le projet personnalisé et le contrat de séjour », *Bulletin d'informations du CREA Bourgogne* [en ligne], n° 305, pp. 10-16 [consulté le 11 avril 2012], disponible sur internet : [http://www.creaibourgogne.org/04\\_02\\_02\\_10\\_archive2010.php](http://www.creaibourgogne.org/04_02_02_10_archive2010.php)

LEMOINE C., 2001, « La motivation, chaînon psychologique manquant à l'économie du travail », *Pyramides* [en ligne], vol. 4, pp. 57-74., [consulté le 12 avril 2012], disponible sur internet : <http://pyramides.revues.org/508>

REVUE FRANÇAISE DES AFFAIRES SOCIALES, 2009, « Handicap psychique et vie quotidienne », *RFAS* [en ligne], vol 1-2, 256 p., [consulté le 6 juin 2012], disponible sur internet : <http://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2009-1.htm>

## **Ouvrages et monographies**

ALPE Y., BEITONE A., *et al.*, 2007, *Lexique de sociologie*, 2<sup>ème</sup> édition, Paris : Dalloz, 377 p.

AMARA F., JOURDAIN-MENNINGER D., *et al.*, *La prise en charge du handicap psychique*, IGAS, Rapport n° RM2011-133P, Août 2011, [consulté le 25 septembre 2011], disponible sur internet : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/114000570/index.shtml>

AUBIN C., *La compensation du handicap au Royaume-Uni*, IGAS, Rapport n° 2004 004, Février 2004, [consulté le 8 juin 2012], disponible sur internet : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/044000152/0000.pdf>

BARREYRE, J.-Y., BOUQUET B., (éd.) 2006, *Nouveau dictionnaire critique d'action sociale*, Paris : Bayard, Travail Social, 637 p.

BARREYRE J.-Y., MAKDESSI Y., *Recherche-action en matière d'évaluation du handicap psychique. Volet 1. Recherche documentaire*, Délégation ANCREAI Île-de-France, CNSA, CEDIAS, 2007 [consulté le 12 juin 2012], disponible sur internet : [http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/hand\\_psy\\_biblio\\_VOLET1definitif\\_CNSA.pdf](http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/hand_psy_biblio_VOLET1definitif_CNSA.pdf)

BATIFOULIER F. (éd.), 2011, *Manuel de direction en action sociale et médico-sociale*, Paris : Dunod, Guides d'action sociale, 494 p.

BISSON, J., ALEXANDRE, H., *et. al.*, *Pour une vision de la réadaptation psychosociale et du rétablissement : Cadre de référence de la Direction des services de réadaptation et d'hébergement dans la communauté*, Hôpital Louis-H. Lafontaine. Montréal, QC : Hôpital Louis-H. Lafontaine. 2006 [consulté le 14 juillet 2012], disponible sur internet : [http://www.hlhl.qc.ca/Documents/pdf/Hopital/Publications/docu\\_pour\\_vision\\_cadre.pdf](http://www.hlhl.qc.ca/Documents/pdf/Hopital/Publications/docu_pour_vision_cadre.pdf)

BORGETTO M., LAFORE R., 2009, *Droit de l'aide et de l'action sociales*, 7<sup>ème</sup> édition, Paris : Montchrestien, 740 p.

BOURDIEU P., 1980, *Le sens pratique*, Paris : Éditions de Minuit, Le sens commun, 500 p.

BOUTINET J.-P., 2010, *Anthropologie du projet*, 4<sup>ème</sup> tirage, Paris : PUF, Quadrige, 405 p.

CHARZAT M., 2002, *Pour mieux identifier les difficultés des personnes en situation de handicap du fait de troubles psychiques et les moyens d'améliorer leur vie et celle de leurs proches*. Rapport au Ministre délégué à la Famille, à l'Enfance et aux personnes Handicapées. Paris : Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 238 p. [consulté le 13 mai 2012], Disponible sur internet : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/024000350/0000.pdf>

CHAUVIÈRE M., 2004, *Le travail social dans l'action publique : sociologie d'une qualification controversée*, Paris : Dunod, Action Sociale, 240 p.

CROZIER M., FRIEDBERG E., 1977, *L'acteur et le système*, Paris : Seuil, Points Essais, 500 p.

FOUDRIAT M., 2011, *Le changement organisationnel dans les établissements sociaux et médico-sociaux*, Rennes : Presses de l'EHESP, Politiques et interventions sociales, 313 p.

GACOIN D., 2010, *Conduire des projets en action sociale*, 2<sup>ème</sup> édition, Paris : Dunod, Action sociale, 260 p.

JAEGER M., 2012, *L'articulation du sanitaire et du social*, 3<sup>ème</sup> édition, Paris : Dunod, Action sociale, 201 p.

JANVIER R., MATHO Y., 2011, *Comprendre la participation des usagers dans les organisations sociales et médico-sociales*, 4<sup>ème</sup> édition, Paris : Dunod, Action Sociale, 261 p.

LAPRIE B., MIÑANA B., BRISSONET C., *et al.*, 2008, *Projet d'établissement : comment le concevoir et le formaliser*, 3<sup>ème</sup> édition, Issy-les-Moulineaux : ESF éditeur, Actions sociales/Société, 251 p.

LEFÈVRE P., 2003, *Guide de la fonction directeur d'établissement dans les organisations sociales et médico-sociales*, 2<sup>ème</sup> édition, Paris : Dunod, Guides, 405 p.

LOUBAT J.-R., 2006, *Penser le management en action sociale et médico-sociale*, Paris : Dunod, Action Sociale, 391 p.

LOUBAT J.-R., 2007, *Promouvoir la relation de service dans les établissements sociaux et médico-sociaux*, 2<sup>ème</sup> édition, Paris : Dunod, Action Sociale, 357 p.

LOUBAT J.-R., 2012, *Élaborer un projet d'établissement ou de service en action sociale et médico-sociale*, 3<sup>ème</sup> édition, Paris : Dunod, Action Sociale, 409 p.

MARCHAT H., 2011, *La conduite de projet*, Paris : Éditions d'Organisations, 271 p.

SAINSAULIEU R., 1997, *Sociologie de l'entreprise : organisation, culture et développement*, Paris : Presses de la fondation nationale des sciences politiques, 476 p.

## **Chapitres d'ouvrage**

BARÉ J.-F., 2002, « Acculturation », in BONTE P., IZARD M. (éd.), *Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie*, Paris : PUF, Quadrige, pp.1-3.

BATIFOULIER F., 2005, « Le directeur manage dans la complexité », in BATIFOULIER F., NOBLE F. (éd.), *Fonction de direction et gouvernance dans les associations d'action sociale*, Paris : Dunod, pp. 109-145.

DELAUNAY A., 2002, « Un demi-siècle de Croix-Marine », in Jean-Paul ARVEILLER, *Pour une psychiatrie sociale*, ERES « Hors collection », pp. 9-10.

## **Sites Internet**

ANESM, *Document de travail : Bibliographie des textes juridiques relatifs au projet personnalisé*, 2008, [consulté le 11 juillet 2010], disponible sur internet : [http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/bibliographie\\_attentes\\_personne\\_projet\\_personnalise\\_anesm.pdf](http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/bibliographie_attentes_personne_projet_personnalise_anesm.pdf) ;

ANESM, *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles : Les attentes de la personne et le projet personnalisé*, 2008, [consulté le 11 juillet 2010], disponible sur internet : [http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco\\_projet.pdf](http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_projet.pdf)

ANESM, *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles : Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement*, 2009, [consulté le 22 mai 2012], disponible sur internet : [http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco\\_vie\\_en\\_collectivite\\_anesm.pdf](http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_vie_en_collectivite_anesm.pdf)

CNRS, Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, [consulté le 20 janvier 2012], disponible sur internet : <http://www.cnrtl.fr/>

*Le Livre Blanc des partenaires de Santé Mentale France, association d'usagers de la psychiatrie, de soignants et de responsables du social dans la cité*, [consulté le 13 mai 2012], disponible sur internet : <http://www.unafam.org/IMG/pdf/LivreBlancSanteMentale-2.pdf>

GACOIN D., *Des obligations toujours plus précises en évaluation des établissements et services sociaux et médico-sociaux : cela se simplifie ? Cela se complique ?*, billet du 19

janvier 2011, [consulté le 11 mars 2011], disponible sur internet : [http://danielgacoin.blogspot.com/blog/mes\\_images/chroniques-sociales-2011.pdf](http://danielgacoin.blogspot.com/blog/mes_images/chroniques-sociales-2011.pdf)

Organisation Mondiale de la Santé, *Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé*, 2001, [consulté le 22 mai 2012], disponible sur internet : <http://apps.who.int/classifications/icfbrowser/Default.aspx>

Organisation des Nations Unies, *Convention relative aux droits des personnes handicapées*, 2006, [consulté le 8 juin 2012], disponible sur internet : <http://www.un.org/french/disabilities/default.asp?id=1413>

Parlement Européen, Commission des libertés et des droits des citoyens, de la justice et des affaires intérieures, *Charte des Droits Fondamentaux de l'Union Européenne*, [consulté le 8 juin], disponible sur internet : [http://www.europarl.europa.eu/comparl/libe/elsj/charter/art26/default\\_fr.htm](http://www.europarl.europa.eu/comparl/libe/elsj/charter/art26/default_fr.htm)

UNAFAM, *Spécificité du handicap psychique*, [consulté le 3 juin 2012], disponible sur internet : <http://www.unafam.org/Specificite-de-l-handicap.html>

UNAFAM, UNCCAS, UNA, et al., *Le livret du handicap psychique : l'accueil et l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique*, [consulté le 9 mars 2012], disponible sur internet : <http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/livret-UNCCAS-handicap-psychique.pdf>

## **Communications**

DURAND B., « La question du handicap psychique », in ÉCOLE NORMALE SUPÉRIEURE CACHAN, *Handicap et enjeux de société*, janvier 2006, [consulté le 20 avril 2012], disponible sur internet : <http://sms-idf.ac-creteil.fr/spip.php?article14>

## **Lois, décrets, circulaires**

LOI n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale [consulté le 14 mai 2010], disponible sur internet : [http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=D16B79FAE2DF4EEF26F6369E434638A8.tpdjo17v\\_3?cidTexte=LEGITEXT000005632030&dateTexte=20120828](http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=D16B79FAE2DF4EEF26F6369E434638A8.tpdjo17v_3?cidTexte=LEGITEXT000005632030&dateTexte=20120828)

LOI n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la

participation et la citoyenneté des personnes handicapées [en ligne]. Journal Officiel, n° 36 du 12 février 2005 [consulté le 10 avril 2012], disponible sur internet : <http://www.journal-officiel.gouv.fr/frameset.html>

LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires [en ligne]. Journal Officiel, n° 167 du 22 juillet 2009 [consulté le 22 novembre 2011], disponible sur internet : <http://www.journal-officiel.gouv.fr/frameset.html>

MINISTERE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES, DE LA FAMILLE, DE LA SOLIDARITE ET DE LA VILLE. Décret 2009-322 du 20 mars 2009 relatif aux obligations des établissements et services accueillant ou accompagnant des personnes handicapées adultes n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie [en ligne]. Journal Officiel, n° 0072 du 26 mars 2009 [consulté le 29 août 2011], disponible sur internet : <http://www.journal-officiel.gouv.fr/frameset.html>

MINISTÈRE DE L'EMPLOI, DU TRAVAIL ET DE LA COHÉSION SOCIALE. Décret n° 2004-1274 du 26 novembre 2004 relatif au contrat de séjour ou document individuel de prise en charge prévu par l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles [en ligne]. Journal Officiel, n° 276 du 27 novembre 2004 [consulté le 29 août 2011], disponible sur internet : <http://www.journal-officiel.gouv.fr/frameset.html>

---

# Liste des annexes

---

## 1 ANNEXE I : Guide Accueil Infirmier

F.A.M. "TRIADÉ"  
5 rue Racine 33110 LE BOUSCAT  
Tél. 05.56.42.18.14 - Fax. 05.56.17.02.04

### ACCUEIL infirmier

Guide

Date :

Nom :

Prénom :

âge :

Médecin qui vous a adressé :

Médecin traitant :

Psychiatre traitant :

Motif d'entrée à Triade (exprimé par le résident) :

Motif d'entrée à Triade (selon le médecin) :

### **Histoire de la maladie**

#### MODE D'ADMISSION

Seul       Accompagné

#### DEBUT DES TROUBLES :

SUR QUEL MODE :       Dépression       Agitation       Délire       Fugue

Passage à l'acte       Troubles de la conduite alimentaire       Troubles du comportement

Addiction       Autres

NOMBRE D'HOSPITALISATIONS ANTERIEURES      NATURE DU MEDECIN AYANT ADRESSE LE MALADE

.....

|                             |                              |  |
|-----------------------------|------------------------------|--|
| Psychothérapie individuelle | <input type="checkbox"/> OUI |  |
| Docteur :                   | <input type="checkbox"/> NON |  |

**Présentation de la personne**

**PHYSIQUE :**                      **TAILLE :**                      **POIDS :**                      **CHEVEUX :**

**SIGNES PARTICULIERS :**

**DESCRIPTION :**

**1 - Discours :**

**2 - Mimiques :**     figée     figée mais sensible     discordante     expressive et adaptée

très labile

**3 - Relationnel :**

---

*Traitements actuels suivis*

- **psychiatrique :**

- **somatique :**

---

*Antécédents médicaux*

**Maladies Psychique**

**diabète**

**cardiopathie**

**allergies**

**cancer**

**VIH**

**VHB**

**VHC**

**maladies infantiles**

---

*Antécédents chirurgicaux*

---

*Observations somatiques*

- **vaccinations :**

**BCG**

**tétanos**

**polio**

**coqueluche**

**VHB**

**Autres : (dates)**

---

*Bilans ophtalmo (date du dernier)*

**Lunettes**

**lentilles**

*Bilan dentaire (date du dernier)*

**Appareil**

*Bilan gynéco (date du dernier)*

**Contraception (laquelle)**

**IVG**

**maladies infectieuses**

*Bilan autres (dermato, orthopédique, gastro, cardio...)*

*Bilan sécurité sociale (date du dernier)*

**Proposer un bilan de santé sécurité sociale**

## 2 ANNEXE II : Guide Accueil Social

F.A.M. "TRIADE"

5 rue Racine 33110 LE BOUSCAT

Tél. 05.56.42.18.14 - Fax. 05.56.17.02.04

### ACCUEIL social

Nom :

Prénom :

Date et lieu de naissance :

Date d'entrée à TRIADE :

Appartement - Foyer

---

*Situation familiale (parents, lieux de vie de tous...)*

- **Frères et sœurs (place fratrie) :**
- **Parents**
- **Enfants**
- **Couple**
- **Visites habituelles**

**WE**

**Vacances**

*Inscription dans un réseau social :*

- **Famille :**
- **Amis :**
- **Adhésion à une association ou autre structure de loisir ou d'activité :**

*Région d'attache (enfance- évènements-liens...)*

*Parcours d'hébergement*

- **Famille**
- **Institution**
- **Logement seul**
- **Vie en couple**
- **Autre (squatt...)**

*Habitudes et capacités de déplacements*

- **Moyens de transport utilisés**
- **Utilisation du train, de l'avion (quelle distance)**
- **Permis de conduire et voiture**
- **Voyages (périodicité)**

*Rapport au travail*

- **métier**
- **emplois déjà occupés**
- **formation professionnelle**
- **souhait de retravailler**
- **souvenirs d'expériences positives ou non**

*Ressources*

**AAH**

**RMI**

**Assedic**

**Salaire**

**Alloc Logt**

**Autres (famille, immo...)**

*Gestion des dépenses*

- **Curatelle - Tutelle - gestion du budget autonome**
- **Chéquier**
- **CB ou carte de retrait**
- **Economies**
- **Dettes**

*Droits ouverts*

- Carte d'identité
- Carte d'invalidité
- COTOREP (AAH –orientation en FAM)
- CMU
- Mutuelle
- Carte Vitale et attestation de sécurité sociale
- Photocopie ou non
- Carte de bus

*Biens personnels à stocker ou entreposés (garde meuble, besoin d'une place dans un garage à Triade...)*

### 3 ANNEXE III : Tableau synoptique de la conduite du changement des pratiques organisationnelles

| <u>Activités</u>   | <u>Objectifs</u>   | <u>Acteurs</u>   | <u>Temps de travail</u>                                  | <u>Livrables</u>                                  | <u>Échéance</u>                       |
|--|--|--|--|---|---------------------------------------|
| <b>Définir le contenu du dispositif</b>                                      | Pouvoir démarrer le processus  | Directeur<br>Directrice-adjointe   | Réunion ad hoc<br>2 séances de 3 heures                  | • Compte-rendu de réunion<br>• Planning du projet | Semaine 1 et 2                        |
| <b>Présenter la démarche aux psychiatres</b>                                 | Permettre l'adhésion et la participation des psychiatres   | Equipe de direction :<br>Directeur<br>Directrice-adjointe<br>Psychiatres | Réunion ad hoc<br>2 heures                               | Compte-rendu de réunion                           | Semaine 3                             |
| <b>Annonce Réunion institutionnelle</b>                                      | Prévenir l'ensemble du personnel ;<br>Titre de la réunion-débat :<br>Nos pratiques professionnelles et organisationnelles              | Secrétariat (affichage)<br>Directeur                                     | Secrétariat (10 minutes)<br>Réunion d'équipe (5 minutes) | Affiche   | Semaine 3 (après première réunion ED) |
| <b>Réalisation présentation power point</b>                                  | Créer un support communicatif et synthétique   | Directeur  | 2 heures   | Document PowerPoint                               | Semaine 5                             |
| <b>Présentation de la démarche à l'ensemble du personnel</b>                 | • Présentation des constats (cf. partie 1)<br>• Temps d'échange et de débat autour des pratiques (points forts, faibles)               | Directeur<br>L'ensemble du personnel                                     | Réunion institutionnelle<br>2 heures et demie            | Compte-rendu de réunion                           | Semaine 5                             |
| <b>Présentation de la démarche aux résidents</b>                             | • Présentation de la méthode de travail, des objectifs, du calendrier ;<br>• Temps d'échange   | Directeur  | Réunion CVS (30 minutes)                                 | Compte-rendu de réunion                           | Semaine 6                             |
| <b>Discussion/élaboration de la méthode avec salariés volontaires</b>        | • Proposition de la méthode de travail.<br>• Échanges, débats en vue de l'améliorer et la valider                                      | Directeur<br>Salariés volontaires  | Réunion ad hoc<br>2 heures et demie                      | Compte-rendu de réunion                           | Semaine 6                             |
| <b>Mise en œuvre de la démarche dans les équipes médico-sociales</b>         | Inscription et détermination du comité de pilotage, des thèmes des groupes projets, des conditions de participation (présence/absence) | Directeur<br>Directrice-adjointe   | Réunions de fonctionnement de chaque unité<br>2 heures   | Compte-rendu de réunion                           | Semaine 7                             |
| <b>Présentation de la démarche au conseil de direction (DG + directeurs)</b> | • Présentation de la méthode de travail, des objectifs, du calendrier ;<br>• Temps d'échange   | Conseil de direction<br>Directeur  | Réunion conseil de direction (20 minutes)                | Compte-rendu de réunion                           | Semaine 7                             |

| Activités  | Objectifs  | Acteurs  | Temps de travail  | Livrables  | Échéance         |
|--|--|--|---|--|------------------|
| <b>Travail en équipe sur les prestations</b>                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rappel du cadre législatif et réglementaire (missions ESMS et FAM)</li> <li>• Apprentissage de la notion de prestation</li> <li>• Identification des prestations servies par le FAM à travers les pratiques actuelles</li> <li>• Convergence des représentations</li> </ul> | Directeur<br>Directrice-adjointe<br>Équipes A et B | Réunions de fonctionnement de chaque unité<br>2 séances de 2 heures | Compte-rendu de réunion  | Semaine 8 et 10  |
| <b>Mise en commun des travaux sur les prestations</b>            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Validation des synthèses d'équipe et synthèse générale des travaux</li> <li>• Convergence des représentations</li> <li>• Première évaluation collective du dispositif</li> </ul>  | Comité de pilotage                                 | Réunion Comité de pilotage<br>2 heures                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Compte-rendu de réunion</li> <li>• Fiche de synthèse des prestations</li> </ul> | Semaine 11       |
| <b>Travail en équipe sur les besoins et attentes des usagers</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apprentissage de la méthodologie de recueil des besoins et attentes, de la notion de participation sociale</li> <li>• Rédaction de questions types, prestation par prestation.</li> <li>• Convergence des représentations</li> </ul>  | Directeur<br>Directrice-adjointe<br>Équipes A et B | Réunions de fonctionnement de chaque unité<br>2 séances de 2 heures | Compte-rendu de réunion  | Semaine 12 et 14 |
| <b>Mise en commun des travaux sur les besoins et attentes</b>    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Amendement et validation des synthèses d'équipe</li> <li>• Synthèse générale des travaux</li> <li>• Convergence des représentations</li> <li>• Deuxième évaluation collective du dispositif</li> </ul>  | Comité de pilotage                                 | Réunion Comité de pilotage<br>2 heures                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Compte-rendu de réunion</li> <li>• Fiche synthétisant les questions</li> </ul>  | Semaine 15       |
| <b>Expérimentation du questionnaire</b>                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tester le « fonctionnement » de l'outil</li> <li>• Pratiquer l'entretien</li> </ul>   | Professionnels Résidents                           | Entretien de consultation   | Compte-rendu d'entretien   | Semaine 16       |
| <b>Mise en commun de l'expérimentation de l'entretien</b>        | Évaluation de l'expérimentation de l'entretien de consultation   | Comité de pilotage                                 | Réunion Comité de pilotage<br>2 heures                              | Compte-rendu de réunion  | Semaine 17       |

| <u>Activités</u>  | <u>Objectifs</u>  | <u>Acteurs</u>                                     | <u>Temps de travail</u>  | <u>Livrables</u>  | <u>Échéance</u>      |
|---|---|--|--|---|----------------------|
| <b>Travail en équipe sur le projet personnalisé, la réunion de projet personnalisé et le coordinateur de projet</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apprentissage de la méthodologie de projet personnalisé et de la fonction de coordinateur de projet</li> <li>• Étude du document type « projet personnalisé »</li> <li>• Mise en application sur la situation d'un résident</li> <li>• Prise de conscience de l'impact de la nouvelle méthodologie sur les pratiques actuelles, gestion des conséquences</li> <li>• Convergence des représentations</li> </ul> | Directeur<br>Directrice-adjointe<br>Équipes A et B | Réunions de fonctionnement de chaque unité<br>3 séances de 2 heures  | Compte-rendu de réunion   | Semaine 16, 18 et 20 |
| <b>• Mise en commun des travaux sur la personnalisation</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Présentation des mises en application sur la personnalisation</li> <li>• Convergence des représentations</li> <li>• Troisième évaluation collective du dispositif</li> <li>• Élaboration d'un calendrier d'expérimentation</li> </ul>  | Comité de pilotage                                 | Réunion Comité de pilotage<br>3 heures   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Compte-rendu de réunion</li> <li>• Calendrier d'expérimentation</li> </ul>                                     | Semaine 21           |
| <b>Présentation de l'avancée du projet aux résidents</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recueil des appréciations et avis des résidents</li> <li>• Information du démarrage de la phase d'expérimentation</li> <li>• Temps d'échange</li> </ul>  | Directeur  | Réunion CVS  | Compte-rendu de réunion   | Semaine 22           |
| <b>Expérimentation</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tester et évaluer la nouvelle méthodologie dans son ensemble</li> <li>• Mesurer les impacts sur le fonctionnement habituel</li> </ul>  | L'ensemble des professionnels                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entretien de consultation 1 à 2 heures</li> <li>• Réunion d'équipe</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Compte-rendu entretien</li> <li>• État des lieux besoins et attentes</li> <li>• Projet personnalisé</li> </ul> | Semaine 22 à 26      |
| <b>Évaluation de l'expérimentation</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Retour d'expériences</li> <li>• Ajustement des outils et de l'organisation de travail</li> <li>• Élaboration de la procédure de généralisation</li> <li>• Quatrième évaluation collective du dispositif</li> </ul>   | Comité de pilotage                                 | Réunion du comité de pilotage<br>3 heures  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Compte-rendu de réunion</li> <li>• Procédure de généralisation</li> </ul>                                      | Semaine 27           |
| <b>Présentation de l'évaluation au conseil de direction (DG + directeurs)</b>                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Présentation des résultats obtenus et des perspectives à moyen terme</li> <li>• Temps d'échange</li> </ul>   | Conseil de direction<br>Directeur                  | Réunion conseil de direction (30 minutes)  | Compte-rendu de réunion   | Semaine 28           |
| <b>Élaboration du premier support de communication</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Présentation de la démarche et des résultats de l'expérimentation</li> </ul>   | Directeur/Secrétaire                               | Réunion ad hoc<br>3 heures   | Support de communication  | Semaine 28           |

| Activités   | Objectifs  | Acteurs                          | Temps de travail                              | Livrables   | Échéance        |
|---|--|----------------------------------|---|---|-----------------|
| <b>Communication aux autorités de contrôle (+ MDPH)</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Réponse à leurs attentes</li> <li>• Valorisation de l'établissement</li> </ul>  | Directeur                        | 5 heures                                      | Appels téléphoniques et emails personnalisés                      | Semaine 30      |
| <b>Généralisation des outils</b>                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Appropriation pratique</li> <li>• Objectivation de l'appréciation des résidents</li> </ul>  | Établissement                    | • Processus continu                           | Les différents comptes-rendus (entretiens, fiche projet, réunion) | Semaine 31 à 45 |
| <b>Évaluation de la généralisation</b>                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Évaluation des impacts sur la relation professionnels/usagers</li> <li>• Retour d'expériences</li> <li>• Ajustement des outils et de l'organisation de travail</li> <li>• Dernière évaluation collective du dispositif</li> </ul> | Comité de pilotage               | Réunion du comité de pilotage<br>3 heures     | • Compte-rendu de réunion   | Semaine 46 - 47 |
|   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Repérage de besoins éventuels de formation complémentaire (PAUF)</li> </ul>   | Directeur<br>Directrice-adjointe | En fonction des besoins                       | • Entretien annuel d'évaluation                                   |                 |
| <b>Analyse des questionnaires de consultation</b>         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Repérer les points forts et les points faibles transversaux</li> <li>• Identifier des axes d'amélioration de l'accompagnement quotidien, du projet d'établissement</li> </ul>   | Comité de pilotage               | Réunion du comité de pilotage<br><br>2 heures | Compte-rendu de réunion   | Semaine 48      |
| <b>Élaboration du support de communication définitif</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Synthèse de la démarche et des résultats définitifs</li> </ul>  | Directeur /Secrétaire            | Réunion ad hoc<br>4 heures                    | Support final   | Semaine 49      |
| <b>Communication aux autorités de contrôle (+ MDPH)</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Réponse à leurs attentes</li> <li>• Valorisation de l'établissement</li> </ul>  | Directeur                        | 5 heures                                      | Appels téléphoniques et emails personnalisés                      | Semaine 50      |
| <b>Communication aux prescripteurs et aux partenaires</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Information</li> <li>• Valorisation de l'établissement</li> </ul>   | Directeur<br>Secrétaire          | 1 heure                                       | Appels téléphoniques et emails personnalisés                      | Semaine 50      |

## 4 ANNEXE IV : Planning des activités unités A et B

FAM TRIADE Tableau synoptique des interventions fixes Unité A

|       | LUNDI                           | MARDI                  | MERCREDI                                      | JEUDI  | VENDREDI       | SAMEDI        | DIMANCHE                    |
|-------|---------------------------------|------------------------|---|--|----------------|---------------|-----------------------------|
| 8h    | Distrib TTT                     | Distrib TTT            | Distrib TTT                                   | Distrib TTT  | Distrib TTT    | Distrib TTT   |                             |
| 8h30  | Petit déjeuner                  | Petit déjeuner         | Petit déjeuner                                | Petit déjeuner                                     | Petit déjeuner | P'tit déj'    | P'tit déj'                  |
| 9h    |                                 |                        |   |  |                |               |                             |
| 9h30  |                                 |                        | <b>AIKIDO</b><br>5 rés, 1 soig, 1 psychomot   |  |                | Groupe parole |                             |
| 10h   |                                 |                        |   | <b>Atelier du goût</b>                             |                |               |                             |
| 10h30 | Préparation TTT pour la semaine | Réunion Groupe 1       |   | 6 résidents (1/2 groupe)                           |                |               |                             |
| 11h   | Persona !                       | Comptes                |   |  |                |               |                             |
| 11h30 |                                 |                        | Forum 1/mois                                  |  |                |               |                             |
| 12h   | Distrib TTT                     | Distrib TTT            | Distrib TTT                                   | 3 soignants référents                              |                |               |                             |
| 12h30 | Déjeuner                        | Déjeuner               | Déjeuner                                      |  |                |               |                             |
| 13h   |                                 |                        |   |  |                |               |                             |
| 13h30 |                                 |                        |   |  |                |               |                             |
| 14h   |                                 |                        |   |  |                |               |                             |
| 14h30 | Analyse des pratiques           | Réunion fonctionnement | <b>Atelier Argile</b> avec unité B. Extérieur |  |                |               | Visites appart de proximité |
| 15h   | 1/2 semaines                    | 1/2 semaines           | Atelier Espace/nature                         |  |                |               | Sorties                     |
| 15h30 |                                 |                        |   |  |                |               | Atelier esthétique          |
| 16h   |                                 |                        |   |  |                |               | Bar                         |
| 16h30 |                                 |                        |   |  |                |               | Activités diverses          |
| 17h   | <b>Atelier du livre</b>         |                        |   |  |                |               |                             |
| 17h30 | 2 à 6 résidents.                |                        |   | Régulation appartements de proximité en alternance |                |               |                             |
| 18h   | 3 soignants référents           |                        |   |  |                |               |                             |
| 18h30 |                                 |                        |   |  |                |               |                             |
| 19h   | Distrib TTT                     | Distrib TTT            | Distrib TTT                                   | Distrib TTT  | Distrib TTT    | TTT           | TTT                         |
| 19h30 | Dîner                           | Dîner                  | Dîner   | Dîner  | Dîner          | Dîner         | Dîner                       |
| 20h   |                                 |                        |   |  |                |               |                             |
| 20h30 |                                 |                        |   |  |                |               |                             |
| 21h   | Distrib TTT                     | Distrib TTT            | Distrib TTT                                   | Distrib TTT  | Distrib TTT    | TTT           | TTT                         |
| 21h30 |                                 |                        |   |  |                |               |                             |
| 22h   |                                 |                        |   |  |                |               |                             |

FAM TRIADE Tableau synoptique des interventions fixes Unité A

### LEGENDE

#### Ateliers :

|                         |  |
|-------------------------|--|
| Atelier du livre        | 3 soignants référents qui interviennent en alternance. 2 à 6 résidents. Bibliothèque. Lecture de textes et écriture      |
| Atelier du goût         | 3 soignants référents qui interviennent en alternance. 2 groupes de 6 résidents en alternance. Cuisine salle polyvalente |
| Atelier Espace Nature   | 2 soignants référents. 4 à 6 résidents. Serre, par cet sorties extérieures   |
| Atelier Argile          | 3 soignants référents (1 unité A , 2 unité B) 5 résidents. Atelier en partenariat avec les ateliers libres d'aquitaine.  |
| Atelier Esthétique      | 2 soignants référents, fonctionne le WE à la demande. 2 à 3 résidents  |
| Atelier cuisine appart. | 2 soignants référents. En alternance préparation d'un repas sur site avec les 2 résidents de l'appartement concerné      |
| Atelier Aïkido          | Psychomotricien & 1 ES. 5 résidents. Salle municipale extérieure.  |
| Atelier Rando/marche    | 3 soignants référents (unité A&B). 5 à 10 résidents des 2 unités selon les thèmes et les semaines                        |

#### Activités de soins

Semainier : préparation des pilluliers pour la semaine avec chaque résident (1 infirmier)  
 prépa TTT : Préparation des traitement pour l'ensemble des résident unité A (commandes, stock, pilluliers etc)

#### Autres activités :

Cinema : Sortie une fois par mois. 1 soignant. 4 à 5 résidents  
 Pause café : Moment de pause collectif autour d'un café. 6 à 12 résidents. 2 soignants.  
 Bar : Bar du foyer géré par les résidents et ouvert ponctuellement en soirée et WE.

#### Réunions avec résidents :

Réunions de groupe : Animée par le psychiatre et 1 soignants. Hebdomadaire. Demi groupe (7 résidents)  
 Réunion groupe appart : Groupe de parole pour les 4 résidents des appartement (1 psychiatre 2 soignants)  
 Forum : Réunion de l'ensemble des résidents unité A 2ème mercredi de chaque mois

Les temps d'intervention non répertoriés correspondent aux entretiens individuels, accompagnements individuels, transmission, préparation, rédaction.

FAM TRIADE Tableau synoptique des interventions fixes **Unité B**

|       | LUNDI   | MARDI                    | MERCREDI | JEUDI                   | VENDREDI                | SAMEDI                            | DIMANCHE   |
|-------|---|--------------------------|----------|-------------------------|-------------------------|-----------------------------------|--|
| 8h    | Permanence téléphonique (8h-9h) et intervention si nécessaire   |                          |          |                         |                         |                                   |  |
| 8h30  |   |                          |          |                         |                         |                                   |  |
| 9h    |   |                          |          |                         |                         |                                   |  |
| 9h30  |   | Comptes sur site Racine. |          |                         |                         |                                   | Permanence téléphonique (8h-22h) et intervention si nécessaire |
| 10h   | Réunion fonctionnement 1/2 semaine                              | Menage studio            |          | M A E P N P A A G R E T | MENAGE APPART           |                                   |  |
| 10h30 |   |                          |          |                         |                         |                                   |  |
| 11h   |   |                          |          |                         |                         |                                   |  |
| 11h30 | Semainiers  |                          | Piscine  |                         | Groupe Parole 1         | SEMAINE                           |  |
| 12h   |   |                          |          |                         |                         | Analyse des pratiques 1/2 semaine |  |
| 12h30 |   |                          |          |                         |                         |                                   |  |
| 13h   | Planning interventions  |                          |          |                         |                         |                                   |  |
| 13h30 |   |                          |          |                         |                         |                                   |  |
| 14h   | Réunion d'équipe pluridisciplinaire                             | Atelier RANDO/MARCHE     |          | Atelier Argile          | M a E p N p A a G r E t | Régul Appart                      |  |
| 14h30 |   |                          |          |                         |                         |                                   |  |
| 15h   |   |                          |          |                         |                         |                                   |  |
| 15h30 | Planning interventions  | avec unité A             |          |                         |                         |                                   |  |
| 16h   | Régul Appart  |                          |          |                         |                         |                                   |  |
| 16h30 |   |                          |          |                         |                         |                                   |  |
| 17h   |   |                          |          |                         |                         |                                   |  |
| 17h30 |   |                          |          |                         |                         |                                   |  |
| 18h   |   |                          |          |                         |                         |                                   |  |
| 18h30 |   |                          |          |                         |                         |                                   |  |
| 19h   |   |                          |          |                         |                         |                                   |  |
| 19h30 |   |                          |          |                         |                         |                                   |  |
| 20h   |   |                          |          |                         |                         |                                   |  |
| 20h30 | Permanence téléphonique (17h-22h) et intervention si nécessaire |                          |          |                         |                         |                                   |  |
| 21h   |   |                          |          |                         |                         |                                   |  |
| 21h30 |   |                          |          |                         |                         |                                   |  |
| 22h   |   |                          |          |                         |                         |                                   |  |

FAM TRIADE Tableau synoptique des interventions fixes **Unité B**

LEGENDE

|                          |   |
|--------------------------|---|
| <b>Ateliers :</b>        |   |
| Atelier rando/marche     | 3 soignants référents (unité A&B). 5 à 10 résidents des 2 unités selon les thèmes et les semaines   |
| Atelier argile           | 3 soignants référents (1 unité A , 2 unité B) 5 résidents. Atelier en partenariat avec les ateliers libres d'aquitaine.                             |
| Atelier Aïkido           | 1 psychomotricien et 1 soignant. 4 à 6 résidents. Salle extérieure  |
| Atelier Bonne Tambouille | 2 soignants (1 ES et 1 CESF) 1/quinzaine. 3 à 6 résidents. Courses et confection repas  |
| Persona !                | Projet théâtral en multi-partenariat avec établissements de santé et opérateur culturel (théâtre, danse, musique et chant, techniques du spectacle) |
| Atelier Piscine          | 2 soignants référent 4 à 5 résidents. Sortie piscine hebdomadaire   |

|                           |   |
|---------------------------|---|
| <b>Activités de soins</b> |   |
| Semainier :               | préparation des pilluliers pour la semaine avec chaque résident (1 à 2 infirmier) |

|                           |   |
|---------------------------|---|
| <b>Autres activités :</b> |   |
| Comptes                   | 3 à 4 soignants. 1 secrétaire, 1 cadre. Compte alimentation hebdomadaires de tous les résidents des appartements                            |
| Ménage appartement        | 1 soignant et 1 agent de service. Passage de 1h30 à 2h dans chaque appart 1/quinzaine. Travail éducatif autour de la gestion du lieu de vie |
| Accueil du vendredi       | 3 à 4 soignants assurent une permanence d'accueil à l'unité de la rue Lescure. 5 à 12 résidents + postulants                                |

|                                  |   |
|----------------------------------|---|
| <b>Réunions avec résidents :</b> |   |
| Groupes de parole                | 2 soignants. Demi groupe de 9 personnes. Hebdomadaire               |
| Régulation appart                | 2 soignants, 3 résidents d'un appart collectif 1/quinzaine sur site |

Les temps d'intervention non répertoriés correspondent aux entretiens individuels, accompagnements individuels,visites aléatoires sur les appartements, contacts avec les partenaires, rencontres avec les familles, transmission, préparation, rédaction.

## 5 ANNEXE V : Tableau détaillant le coût du projet de direction opérationnel

Pour le calcul du coût, j'ai procédé de la sorte :

Le coût horaire d'un salarié cadre est égal à : [Nombre de points × valeur du point × 12 mois × 160% (charges) × 110% (congrés)]/1820 h par an. Par exemple, le coût horaire du directeur est égal à  $(900 \times 3,74 \times 12 \times 1,6 \times 1,1)/1820 = 39 \text{ €}$

Le coût horaire de la directrice-adjointe est égal à 34 €, celui du psychiatre de l'unité A à 88 €, celui du psychiatre de l'unité B à 61 €. Comme la présence des psychiatres aux réunions de comités de pilotage sera alternée, j'ai fait une moyenne de leur coût horaire à 75 €.

Le coût horaire d'un salarié non-cadre est égal à : [Nombre de points × valeur du point × 12 mois × 108, 21% (sujétion spéciale) × 156% (charges) × 110% (congrés)]/1820 h par an.

Pour l'équipe de professionnels soignants et éducatifs, j'ai effectué une moyenne, soit (nombre de points total/nombre de salariés), ce qui correspond à 596 points, soit un coût horaire de 27 €.

Ensuite, j'ai multiplié ce coût en fonction des acteurs et de leur temps de travail.

Par exemple : les 2 réunions de 3 heures de la semaine 1 et 2 mobilisant le directeur et la directrice ont un coût égal à (39 € + 34 €), leur coût horaire, multiplié par le nombre d'heures prévues pour la réunion, soit 3 heures, multiplié par le nombre de séance, soit 2, ce qui est égal à un coût de 438 €.

| <u>Acteurs</u>   | <u>Temps de travail</u>                                  | <u>Coût (en euros)</u>                             | <u>Échéance</u>                       |
|--|--|--|---------------------------------------|
| Directeur<br>Directrice-adjointe   | Réunion ad hoc<br>2 séances de 3 heures                  | $(39+34) \times 3h \times 2 = 438$                 | Semaine 1 et 2                        |
| Equipe de direction :<br>Directeur<br>Directrice-adjointe<br>Psychiatres | Réunion ad hoc<br>2 heures                               | $(39+34+61+88) \times 2 = 444$                     | Semaine 3                             |
| Secrétariat (affichage)<br>Directeur                                     | Secrétariat (10 minutes)<br>Réunion d'équipe (5 minutes) | <b>négligeable</b>                                 | Semaine 3 (après première réunion ED) |
| Directeur  | 2 heures   | <b>78</b>  | Semaine 5                             |
| Directeur  | Réunion institutionnelle<br>2 heures et demie            | $((39+34+61+88)+(19 \times 27)) \times 2,5 = 1837$ | Semaine 5                             |
| Directeur  | Réunion CVS (30 minutes)                                 | <b>20</b>  | Semaine 6                             |
| Directeur<br>Salariés volontaires  | Réunion ad hoc<br>2 heures et demie                      | $(39+270) \times 2,5h = 772$                       |                                       |

|  |   |   |                      |
|--|---|---|----------------------|
| Directeur<br>Directrice-adjointe                   | Réunions de fonctionnement de chaque unité<br>2 heures              | $(270+73) \times 2h \times 2 = 1372$  | Semaine 6            |
| Conseil de direction<br>Directeur                  | Réunion conseil de direction (20 minutes)                           | 13  | Semaine 7            |
| Directeur<br>Directrice-adjointe<br>Équipes A et B | Réunions de fonctionnement de chaque unité<br>2 séances de 2 heures | $1372 \times 2 = 2744$  | Semaine 8 et 10      |
| Comité de pilotage                                 | Réunion Comité de pilotage<br>2 heures                              | $(73+75+8 \times 27) \times 2 = 728$  | Semaine 11           |
| Directeur<br>Directrice-adjointe<br>Équipes A et B | Réunions de fonctionnement de chaque unité<br>2 séances de 2 heures | $1372 \times 2 = 2744$  | Semaine 12 et 14     |
| Comité de pilotage                                 | Réunion Comité de pilotage<br>2 heures                              | $(73+75+8 \times 27) \times 2 = 728$  | Semaine 15           |
| Professionnels<br>Résidents                        | Entretien de consultation   | $2 \times 27 \times 2h = 108$   | Semaine 16           |
| Comité de pilotage                                 | Réunion Comité de pilotage<br>2 heures                              | $(73+75+8 \times 27) \times 2 = 728$  | Semaine 17           |
| Directeur<br>Directrice-adjointe<br>Équipes A et B | Réunions de fonctionnement de chaque unité<br>3 séances de 2 heures | $1372 \times 3 = 4116$  | Semaine 16, 18 et 20 |
| Comité de pilotage                                 | Réunion Comité de pilotage<br>3 heures                              | $(73+75+8 \times 27) \times 3 = 1092$   | Semaine 21           |
| Directeur  | Réunion CVS   | 39  | Semaine 22           |
| L'ensemble des professionnels                      | • Entretien de consultation<br>1 à 2 heures<br>• Réunion d'équipe   | $4 \times 27 \times 2h = 216$<br>$(73+75+9 \times 27 \times 2) \times 4 = 3128$ | Semaine 22 à 26      |
| Comité de pilotage                                 | Réunion du comité de pilotage<br>3 heures                           | $(73+75+8 \times 27) \times 3 = 1092$   | Semaine 27           |
| Conseil de direction<br>Directeur                  | Réunion conseil de direction (30 minutes)                           | 20  | Semaine 28           |
| Directeur/Secrétariat                              | Réunion ad hoc<br>3 heures  | $(39+20) \times 3 = 177$  | Semaine 28           |
| Directeur  | 5 heures  | 195   | Semaine 30           |
| Établissement                                      | Processus continu   | <b>Compris dans l'activité habituelle</b>                                       | Semaine 31 à 45      |
| Comité de pilotage                                 | Réunion du comité de pilotage<br>3 heures                           | $(73+75+8 \times 27) \times 3 = 1092$   | Semaine 46 - 47      |
| Comité de pilotage                                 | Réunion du comité de pilotage<br>2 heures                           | $(73+75+8 \times 27) \times 2 = 728$  | Semaine 48           |
| Directeur/Secrétariat                              | Réunion ad hoc<br>4 heures  | $(39+20) \times 4 = 236$  | Semaine 49           |
| Directeur  | 5 heures  | 195   | Semaine 50           |
| Directeur<br>Secrétariat                           | 1 heure   | 59  | Semaine 50           |
| <b>COÛT TOTAL</b>                                  |   | <b>25 139 €</b>   |                      |

## 6 ANNEXE VI : Extrait fiche de fonction de la directrice-adjointe

|  |
|--|
| <b>FICHE DE FONCTION</b><br><b>DIRECTEUR ADJOINT <b>FAM TRIADE</b></b> |
|--|

Fiche créée le 1/09/2004, mise à jour le 29/06/2011

**Référence** : Annexe 6 de la CCNT 15/03/1966 – Cadre Classe 2 Niveau 2

**Titulaire** :

### **Responsabilité hiérarchique** :

Le directeur adjoint est un cadre de direction.

Il est sous la responsabilité hiérarchique directe du directeur d'établissement.

Par délégation, il dirige une équipe composée de cadres techniques (médecins) et de salariés non cadres.

Lorsqu'il assure le remplacement du directeur, il peut être amené à exercer l'ensemble des fonctions de celui-ci dans la limite de ses prérogatives et sous la responsabilité du directeur général de l'association.

En dehors de ces temps de remplacement, il n'exerce pas les fonctions dévolues habituellement au directeur d'établissement, sauf par délégation explicite.

### **Domaine de compétence** :

Sous la responsabilité permanente du directeur, le directeur adjoint est chargé de la mise en œuvre opérationnelle du projet d'établissement.

A ce titre, il assure la conduite du projet dans la vie quotidienne, l'organisation et l'animation des ressources humaines, le suivi des lignes budgétaires qui lui sont déléguées, et veille à l'application des règles d'hygiène, de sécurité, et de conditions de travail.

Il assure le suivi des démarches d'évaluation et d'amélioration de la qualité, en référence aux dispositifs mis en place par l'association et à la politique qualité de l'établissement.

Il assure des astreintes, en alternance avec le directeur d'établissement, dans la limite de 26 semaines maximum par année.

### **Missions** :

#### **1. Mise en œuvre opérationnelle du projet d'établissement :**

- ✓ Mettre en œuvre, en concertation avec l'ensemble des professionnels, le projet d'établissement et proposer des évaluations périodiques de celui-ci.
- ✓ **Organiser et garantir la mise en œuvre des projets personnalisés des résidents et leur évaluation régulière.**
- ✓ Assurer le soutien et la coordination des activités prévues par les équipes dans chaque unité et veiller à leur évaluation tant qualitative que quantitative
- ✓ Dans le cadre de la politique qualité développée par l'association et déclinée dans l'établissement, mettre en œuvre, en appui du directeur d'établissement, les processus d'évaluation et d'amélioration continue de la qualité.
- ✓ Veiller à la bonne application du droit des usagers et au développement de pratiques de bientraitance.
- ✓ Mobiliser les partenaires de l'environnement liés à la mise en œuvre du projet d'établissement et des projets personnalisés.
- ✓ Participer à toutes les "réunions cadres".

[...]

## 7 ANNEXE VII : Questionnaire en direction des professionnels

### Questionnaire relatif à la mise en œuvre de la relation de service en direction des professionnels du FAM Triade



Depuis maintenant plusieurs mois, notre établissement s'est lancé dans un processus de changement de pratiques professionnelles et organisationnelles. Chacun d'entre-nous y a participé activement. Tous ont ainsi concouru à la réussite de ce projet dont la finalité a été d'améliorer les services rendus aux résidents de Triade. Au demeurant, ce processus de changement a produit des effets importants sur les façons de faire et de concevoir nos interventions. Bien qu'un certain nombre d'évaluations partielles aient déjà eu lieu, aucune démarche d'appréciation globale n'a encore été réalisée. C'est pourquoi il est nécessaire de recueillir nos avis, remarques et appréciations dans une procédure unifiée afin de pouvoir faire un bilan complet. C'est l'objectif de ce questionnaire. Chacun d'entre-nous prendra soin d'y répondre avec la plus grande franchise. Ces réponses permettront d'avoir une vision d'ensemble sur ce que nos travaux ont apporté et sur les enseignements à en tirer.

**\*Obligatoire**

### Comment remplir le questionnaire ?

Les indications suivantes ont pour but de garantir la fiabilité des résultats.

Afin que chacun puisse s'exprimer librement, ce questionnaire est anonyme.

Les réponses doivent être données dans l'ordre du questionnaire : il ne faut SURTOUT pas lire l'ensemble du questionnaire avant de le remplir, ni la question suivante si la précédente n'est pas renseignée.

De même, le questionnaire doit être rempli individuellement.

Les réponses seront ensuite agrégées et traitées globalement.

Vu l'ampleur du travail accompli, il faut compter une bonne dizaine de minutes pour le remplir.

### Plan du questionnaire

Le questionnaire reprend le déroulé chronologique de nos travaux.

I. Les séances de travail consacrées aux prestations servies par l'établissement (fiche prestation).

II. Les séances de travail consacrées aux besoins des résidents (guide d'entretien).

III. Les séances de travail consacrées à la méthodologie de la relation de service (coordinateur de projet, projet personnalisé, réunion de projet)

### I. Les séances de travail consacrées aux prestations servies par l'établissement

Certaines questions sont relatives aux connaissances que le processus devrait nous avoir fait acquérir.

Certaines réponses paraîtront évidentes, d'autres un peu moins.

Cela fait partie du plaisir de l'exercice

**I. 1. Avant de travailler sur la notion de prestation, pensiez-vous que le FAM Triade était un établissement qui délivrait des prestations ? \***

- Oui  
 Non

**I. 2. Depuis ce travail, vous : \***

- avez une vague idée des prestations servies par l'établissement  
 pouvez en énumérer les principales  
 connaissez parfaitement les prestations servies par l'établissement

**I. 3. Parmi les propositions suivantes, laquelle correspond à la définition d'une prestation de service : \***

- Une prestation est la réponse produite par l'établissement et les professionnels aux besoins et attentes des usagers. Cette réponse produit des effets positifs pour les usagers.  
 Une prestation ne correspond qu'aux attentes d'un usager. Il ne peut pas les formuler si on l'interroge.  
 Une prestation est ce qui lie l'usager et l'établissement. Il s'agit d'une relation contractuelle dans laquelle chacune des parties s'engage sur ses droits et ses devoirs

**I. 4. Cochez la case qui indique la prestation et sa déclinaison (service rendu) \***

|  | Prestation de réadaptation psychosociale | Prestation hôtelière  | Prestation de protection et de sécurité | Prestation de soins   | Prestation de réinsertion sociale |
|--|--|-----------------------|---|-----------------------|-----------------------------------|
| L'entretien des locaux et du linge   | <input type="radio"/>                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>             |
| Le développement d'un mieux-être physique et psychique des résidents                                 | <input type="radio"/>                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>             |
| L'insertion progressive du résident dans la cité par une large palette de solutions d'hébergement    | <input type="radio"/>                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>             |
| L'aide et l'accompagnement des résidents dans les actes de la vie quotidienne                        | <input type="radio"/>                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>             |
| Lignes téléphoniques des appartements  | <input type="radio"/>                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>             |
| La continuité des soins par la prescription et la dispensation des traitements médicamenteux         | <input type="radio"/>                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>             |
| Le soutien à la participation sociale  | <input type="radio"/>                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>             |
| La coordination des soins au sein de l'établissement ou du service et avec les praticiens extérieurs | <input type="radio"/>                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>             |

**I. 5. Quelle est l'utilité d'identifier les prestations servies par l'établissement ? \***

Plusieurs réponses possibles

- Aucune
- Pouvoir communiquer avec le résident
- Construire le projet personnalisé du résident
- Recueillir les besoins et les attentes du résident
- Fixer des objectifs au résident
- Identifier les effets que l'on entend produire sur le résident

**I. 6. Pour l'identification des prestations du FAM Triade, le travail en groupe vous a : \***

- aidés
- ralentis
- intéressés
- ennuyés
- Autre :

## II. Les séances de travail consacrées aux besoins et aux attentes des usagers

**II. 1. Nous avons produit une fiche qui récapitule les besoins des résidents. Diriez-vous que cette fiche est un outil ? \***

- Qui a raté son objectif
- Qui a atteint faiblement son objectif
- Qui a atteint correctement son objectif
- Qui a atteint totalement son objectif

**II. 2. Après les séances de travail consacrées à l'identification des besoins des usagers, diriez-vous que : \***

- Vous avez appris l'existence de besoins que vous ignoriez
- Cela vous a permis de vous remémorer des connaissances passées que vous aviez oubliées
- Cela a confirmé que vous connaissiez les besoins des usagers
- Autre :

**II. 4. Ces séances de travail vous ont-elles permis d'être suffisamment précis aujourd'hui dans vos connaissances des besoins ? \***

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

**II. 5. Quelle appréciation portez-vous sur cette fiche de synthèse ? \***

- C'est un document que je ne valide pas
- C'est un document que je valide faiblement
- C'est un document que je valide pour l'essentiel
- C'est un document que je valide totalement

**II. 6. Nous avons produit un guide de recueil des besoins et des attentes des usagers. Diriez-vous que : \***

- C'est un outil adapté et fonctionnel
- C'est un outil contraignant et peu productif
- C'est un support qui a été difficile à adopter mais qui a son intérêt dans l'accompagnement

**II. 7. À la fin de l'entretien visant le recueil des besoins et des attentes des usagers, pensez-vous : \***

- mieux connaître le résident ?
- avoir perdu votre temps ?
- avoir une base de travail pertinente pour la rédaction de son projet personnalisé ?
- Autre :

**II. 8. Le recueil des besoins et des attentes des usagers a-t-il débouché sur la modification de vos pratiques de soins ? \***

- Non
- Oui (si oui, vous avez la possibilité de préciser en quoi dans la case "Autre")
- Autre :

**II. 9. Le recueil des besoins et des attentes des usagers a-t-il débouché sur la modification des ateliers existants ? \***

- Non
- Oui (si oui, vous avez la possibilité de préciser en quoi dans la case "Autre")
- Autre :

**II. 10. Le recueil des besoins et des attentes des usagers a-t-il débouché sur la création ou le projet de création de nouveaux ateliers ? \***

- Non
- Oui (si oui, vous avez la possibilité de préciser en quoi dans la case "Autre")
- Autre :

**II. 11. Le recueil des besoins et des attentes des usagers a-t-il débouché sur la modification de vos pratiques d'accompagnement de la vie quotidienne ? \***

- Non
- Oui (si oui, vous avez la possibilité de préciser en quoi dans la case "Autre")
- Autre :

**II. 12. Le recueil des besoins et des attentes des usagers a-t-il débouché sur la modification de vos pratiques visant la protection de l'usager ? \***

- Non
- Oui (si oui, vous avez la possibilité de préciser en quoi dans la case "Autre")
- Autre :

**II. 13. Le recueil des besoins et des attentes des usagers a-t-il débouché sur la modification de vos pratiques d'accompagnement à la participation sociale ? \***

- Non
- Oui (si oui, vous avez la possibilité de préciser en quoi dans la case "Autre")
- Autre :

**II. 14. Qu'a apporté le travail de groupe pour la réalisation de ces outils (fiche de synthèse, guide d'entretien) \***

Plusieurs choix sont possibles

- Il n'a servi à rien
- Il a ralenti l'atteinte du résultat
- Il a provoqué des dissensions et des conflits dommageables
- Il a permis des confrontations et des échanges intéressants
- Il a permis de réaliser la fiche plus facilement qu'individuellement
- Il a permis de mieux connaître les membres de l'équipe
- Il a permis de mieux travailler ensemble
- Autre :

## III. Les séances de travail consacrées à la méthodologie de la relation de service

---

**III. 1. Si vous êtes coordinateur de projet, quelle est votre appréciation sur l'entretien de recueil ? \***

De votre point de vue

- J'ai rencontré des difficultés pour le mener
- Malgré quelques hésitations, j'ai réussi à le mener
- Je n'ai rencontré aucune difficulté pour le mener
- Autre :

**III. 2. Si vous êtes coordinateur de projet, quelle est votre appréciation sur l'entretien de recueil ? \***

Du point de vue des résidents

- Cela a demandé un effort trop important au résident, il n'y a pas trouvé d'intérêt
- Malgré des difficultés sur certaines questions, le résident a globalement apprécié l'entretien
- Le résident s'est approprié l'entretien et a exprimé des points de vue jusque là inédits
- Autre :

**III. 3. Le coordinateur de projet recueille les avis des partenaires. Diriez-vous que le recueil des appréciations des partenaires sur les besoins du résident a : \***

- Été facile à réaliser
- Été difficile à réaliser
- Produit des résultats inédits
- Produit des résultats habituels
- Autre :

**III. 4. Le coordinateur de projet recueille les avis des professionnels. Diriez-vous que le recueil des appréciations des collègues sur les besoins du résident a : \***

- Été facile à réaliser
- Été difficile à réaliser
- Produit des résultats inédits
- Produit des résultats habituels
- Autre :

**III. 5. Sur la base de l'état des lieux des besoins et attentes du résident, le coordinateur de projet représente le point de vue de l'utilisateur au cours de la réunion de projet personnalisé. Diriez-vous que cette fonction de représentation a été : \***

- Effective et nécessaire
- Difficile à mettre en œuvre
- Peu ou pas pertinente
- Autre :

**III. 6. Au cours de la réunion de projet personnalisé, le coordinateur recueille les propositions d'actions élaborées par l'équipe, prestations par prestations. Diriez-vous que ce recueil est : \***

- Facile à réaliser
- Difficile à réaliser
- Autre :

**III. 7. Après la réunion de projet personnalisé, le coordinateur présente et négocie le projet avec l'utilisateur. Diriez-vous que cette négociation a été : \***

- Facile à réaliser
- Difficile à réaliser
- Autre :

**III. 8. Enfin, le coordinateur de projet est chargé du suivi de sa mise en œuvre. Dans ce cadre, il en suit les échéances et consulte régulièrement le résident et ses collègues professionnels. Diriez-vous que cette activité de suivi est : \***

Plusieurs réponses possibles

- Intéressante et facile à réaliser
- Source de tensions entre professionnels
- Aidante et structurante pour le résident
- Fastidieuse et inutile pour le résident
- Présente peu d'intérêt
- Autre :

**III. 9. Concernant la forme de la réunion de projet de personnalisé, diriez-vous que son animation et son séquençage sont structurés de façon : \***

- Insatisfaisante
- Peu satisfaisante
- Suffisamment satisfaisante
- Tout à fait satisfaisante
- Autre :

**III. 10. Les besoins et attentes du résident orientent-ils les débats de façon : \***

- Appropriée
- Variable, aléatoire
- Insuffisante
- Autre :

**III. 11. La précision et l'utilité des réponses produites par l'équipe sont-elles : \***

- Insuffisantes pour construire un réel projet personnalisé
- Intéressantes mais à enrichir régulièrement après la réunion
- Suffisantes et opérationnelles
- Autre :

**III. 12. Sur la forme du projet personnalisé, trouvez-vous que le document est : \***

- Peu fonctionnel
- Suffisamment fonctionnel
- Très fonctionnel
- Autre :

**III. 13. Quelles améliorations pourrait-il être apportées ?**

**III. 14. Sur le fond, le projet personnalisé a apporté au résident : \***

Plusieurs réponses possibles

- Peu de choses
- Un plus... dont il aurait pu se passer
- Un document auquel il se réfère
- Une aide pour structurer la perception qu'il a de son accompagnement à moyen terme
- La possibilité d'inscrire ses objectifs dans le temps
- La possibilité d'identifier les moyens sur lesquels il peut s'appuyer
- Autre :

**III. 15. Dans l'exercice de vos fonctions, le projet personnalisé vous a apporté : \***

Plusieurs réponses possibles

- Des contraintes supplémentaires
- Un support de plus mais pas nécessaire au quotidien
- Une " feuille de route " utile à l'accompagnement
- Un outil indispensable dont vous ne pourriez plus vous passer
- Autre :

Fourni par [Google Documents](#)

## 8 ANNEXE VIII : Questionnaire en direction des destinataires de la plaquette relative au changement

### Questionnaire d'appréciation de la plaquette " Le FAM Triade à l'heure du changement "

Madame, Monsieur,

Je tiens à vous remercier chaleureusement d'avoir lu notre plaquette électronique « Le FAM Triade à l'heure du changement ».

Ce rapide questionnaire a pour objectif d'appréhender votre point de vue.

Il nous permettra de vérifier que vous avez accédé aux informations que vous attendiez.

Il nous permettra également de connaître les informations complémentaires que vous souhaiteriez obtenir, et que nous ne manquerons pas de vous faire parvenir dès que possible.

Votre avis nous est donc précieux.

Veuillez recevoir, Madame, Monsieur, l'assurance de mes plus cordiales salutations.

Hervé Parra - Directeur FAM Triade

#### I. Comment qualifieriez-vous la mise en page de la plaquette en termes de lisibilité ? \*

Sur une échelle de 1 à 4 (1 : mauvaise, 2 : faible, 3 : bonne, 4 : excellente)

1 2 3 4

mauvaise     excellente

#### II. Comment qualifieriez-vous l'organisation des chapitres et des idées ? \*

Sur une échelle de 1 à 4 (1 : mauvaise, 2 : faible, 3 : bonne, 4 : excellente)

1 2 3 4

mauvaise     excellente

#### III. Comment qualifieriez-vous la clarté des messages délivrés ? \*

Sur une échelle de 1 à 4 (1 : mauvaise, 2 : faible, 3 : bonne, 4 : excellente)

1 2 3 4

mauvaise     excellente

#### IV. Comment qualifieriez-vous la facilité d'accès aux informations ? \*

Sur une échelle de 1 à 4 (1 : mal aisée, 2 : faiblement aisée, 3 : aisée, 4 : très aisée)

1 2 3 4

mal aisée     très aisée

**V. Le message : « L'établissement s'est entièrement mobilisé pour réorganiser ses processus d'accompagnement » est-il clairement compréhensible ? \***

Sur une échelle de 1 à 4 (1 : incompréhensible, 2 : faiblement compréhensible, 3 : bien compréhensible, 4 : très compréhensible)

1 2 3 4

incompréhensible     très compréhensible

**VI. Le message : « Les nouveaux processus permettent d'identifier le parcours et le projet personnalisé de chaque résident » est-il clairement compréhensible ? \***

Sur une échelle de 1 à 4 (1 : incompréhensible, 2 : faiblement compréhensible, 3 : bien compréhensible, 4 : très compréhensible)

1 2 3 4

incompréhensible     très compréhensible

**VII. Le message : « Le projet personnalisé est construit sur le recueil systématique des besoins et des attentes du résident tels qu'il les définit lui-même » est-il clairement compréhensible ? \***

Sur une échelle de 1 à 4 (1 : incompréhensible, 2 : faiblement compréhensible, 3 : bien compréhensible, 4 : très compréhensible)

1 2 3 4

incompréhensible     très compréhensible

**VIII. Cette plaquette vous donne-t-elle confiance dans la qualité de l'accompagnement du FAM Triade ? \***

Sur une échelle de 1 à 4 (1 : pas confiance, 2 : peu confiance, 3 : confiance, 4 : très confiance)

1 2 3 4

pas confiance     très confiance

**IX. Quelle information auriez-vous souhaité trouver dans la plaquette et qui n'y figurait pas ?**

Envoyer

PARRA

Hervé

Novembre 2012

**Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement  
ou de service d'intervention sociale**

**ETABLISSEMENT DE FORMATION : Institut Régional du Travail Social  
Aquitaine**

**CONDUIRE LE CHANGEMENT DE PRATIQUES ORGANISATIONNELLES AU  
SEIN D'UN FAM ACCUEILLANT DES ADULTES HANDICAPÉS PSYCHIQUES**

***Résumé :***

En 2011, l'étude d'un Foyer d'Accueil Médicalisé situé en banlieue bordelaise et accueillant 36 adultes en situation de handicap psychique grâce à un internat et différents types d'appartements fait apparaître que les pratiques organisationnelles de l'établissement permettent de façon incomplète de recueillir et de répondre aux besoins et aux attentes des usagers, notamment en termes de personnalisation de l'accompagnement.

Le FAM doit également répondre aux interpellations des autorités de contrôle et de tarification quant à la lisibilité des accompagnements, ainsi qu'à un malaise des professionnels déplorant le manque de structuration de leurs interventions.

À partir d'un diagnostic approfondi de la structure, la mobilisation de concepts issus des théories sociologiques de l'organisation permet de déterminer les conditions et les leviers nécessaires à la conduite du changement. Un plan d'action est proposé afin de mettre en œuvre la personnalisation de l'accompagnement en se basant sur la méthodologie de la relation de service.

***Mots clés :*** FOYER D'ACCUEIL MEDICALISÉ, APPARTEMENTS ASSOCIATIFS, HANDICAP PSYCHIQUE, USAGER, BESOINS, ATTENTES, PRESTATIONS, PRATIQUES ORGANISATIONNELLES, PRATIQUES PROFESSIONNELLES, SOCIOLOGIES DES ORGANISATIONS, RELATION DE SERVICE, PROJET PERSONNALISÉ, CONDUITE DU CHANGEMENT.

*L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.*