



**IMPULSER UN CHANGEMENT DE CULTURE POUR PASSER
DE LA PRIMAUTE DU SOIN A L'ACCOMPAGNEMENT
MEDICO-SOCIAL EN MAS**

Matthieu SAJOUS

2014

cafdes



Remerciements

Tout d'abord, je voudrais remercier Mme CELERIER, directrice du C.H. Montpon, pour sa confiance, elle a pris le risque de sortir des cadres habituels de la fonction publique hospitalière pour me laisser mener ce projet de M.A.S. et m'en confier la direction.

Je souhaite ensuite remercier M. ARAUJO, architecte, avec qui j'ai collaboré étroitement pendant 4 ans afin de construire ce bâtiment qui accueille aujourd'hui les résidents de la M.A.S. Maud MANNONI. Son désir de proposer un outil qui réponde parfaitement aux besoins des résidents a permis de dépasser les contraintes techniques et réglementaires inhérentes à toute construction de ce type.

Je remercie ensuite tous les professionnels de la M.A.S. Maud MANNONI, particulièrement E. VISA, Y. PEYROUNY et M. LARROQUE, qui me font confiance, au quotidien, pour diriger cet établissement. Cette confiance permet de sublimer les difficultés rencontrées et d'être créatif pour répondre, chaque jour, au plus près des besoins des résidents.

Merci à M. VOLOKOVE qui a suivi mon cheminement lors de l'élaboration de ce mémoire. Ses questions, ses orientations m'ont permis de creuser et d'étayer certaines affirmations qui me paraissaient évidentes.

Un grand merci à tous les collègues de promotion, notamment Jean-Marc et Régis avec lesquels nous avons beaucoup débattu, construit et déconstruit tout ce qu'implique la fonction de direction. Que ces rencontres soient le départ d'un soutien mutuel, qui sera forcément nécessaire dans l'exercice professionnel qui nous attend.

Merci à mes parents, Claire et Harry, pour leur patience face à mes préoccupations, pour leur relecture bienveillante de ce travail, et pour la confiance aveugle qu'ils ont en moi. Ceci m'a certainement permis de passer au-dessus de ces obstacles qui me semblaient infranchissables.

Enfin et surtout, merci mille fois à mon épouse Karine et mes trois enfants Manon, Robin et Noémie, pour leur patience et leur soutien de chaque jour durant ces années de formation. Leur présence m'a permis de me surpasser. Merci d'avoir accepté ces moments où j'étais submergé de travail et insuffisamment présent pour vous.

Sommaire

Introduction	1
1 Pourquoi penser médico-social en psychiatrie.....	5
1.1 Le C.H. Montpon : hôpital psychiatrique du département de la Dordogne	5
1.1.1 Histoire du C.H. Montpon et évolution règlementaire de la psychiatrie	5
1.1.2 Le public accueilli sur le C.H. Montpon et les besoins d'orientation vers la M.A.S.....	9
1.2 Le médico-social au C.H. Montpon : la M.A.S. Maud MANNONI	12
1.2.1 Le public cible de la M.A.S.	12
1.2.2 L'histoire du projet de la M.A.S. sur le C.H. Montpon	13
1.2.3 Le projet et la réalisation architecturale de la M.A.S.....	15
1.2.4 Les références qui orientent le projet de la M.A.S. Maud MANNONI.....	17
1.2.5 La composition de l'équipe de la M.A.S. Maud MANNONI.	19
1.2.6 Les liens entre le C.H. Montpon et la M.A.S. Maud MANNONI.....	21
1.3 Des politiques publiques qui évoluent et qui orientent l'accompagnement des usagers du secteur médico-social.....	24
1.3.1 Histoire et construction du secteur médico-social : de la loi de 1975 à la loi 2002-2.....	24
1.3.2 Evolution du cadre législatif et règlementaire sur les frontières entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social.....	26
1.3.3 Les recommandations européennes : une M.A.S. est-elle une forme de désinstitutionnalisation par rapport à l'hôpital psychiatrique ?	28
1.3.4 La question centrale : du soin au prendre soin.	29
2 Concilions les cultures du « soin » et du « prendre soin » !.....	31
2.1 Le développement d'une nouvelle offre de service au sein d'une organisation.....	31
2.1.1 Accompagner une équipe vers le changement : du management participatif à la prise de décision.	31
2.1.2 La communication interne et externe pour que soient repérées les nouvelles références et la nouvelle organisation.....	35
2.1.3 L'appui sur l'existant pour lancer l'innovation.....	37

2.2	Articuler la dimension sanitaire et la dimension médico-sociale dans l'accompagnement des usagers de la M.A.S.	38
2.2.1	Le soin en psychiatrie	38
2.2.2	En quoi consiste l'accompagnement social en M.A.S. ?	42
2.3	La construction d'une offre de service médico-sociale qui se nourrit de ses origines psychiatriques.....	43
2.3.1	Passer de la notion d'unité d'hospitalisation à celle de lieu de vie.....	43
2.3.2	Peut-on accompagner les phases de crises lorsque l'on est en médico-social ?.	45
2.4	Conclusion	49
3	De l'ambition d'un projet médico-social à sa réalisation.....	51
3.1	Faire cohabiter les cultures du « soin » et du « prendre soin » : de la pluridisciplinarité à la transdisciplinarité.....	51
3.1.1	Que chacun ait une place dans l'organisation et la reconnaissance de sa spécificité.....	52
3.1.2	Bâtir de la cohérence pour unir nos efforts.....	54
3.1.3	Valoriser le travail particulier fait avec ce public dans la combinaison du « soin » et du « prendre soin »	59
3.2	Elaborer des outils propres au médico-social du C.H. Montpon.....	63
3.2.1	La démarche qualité : se nourrir de l'expérience de l'accréditation mais construire une démarche qui soit propre à la M.A.S.....	63
3.2.2	Les liens logistiques entre la M.A.S. et le C.H. Montpon : une relation d'autonomie dépendante.	65
3.2.3	La continuité concernant la dimension de la surveillance médicale constante.....	67
3.3	Evaluer les actions pour évaluer le dispositif.....	69
3.3.1	La dimension de lieu de vie existe pour les résidents.....	69
3.3.2	Les alternatives proposées face aux troubles du comportement.	72
3.3.3	La construction de la culture propre à l'établissement.....	72
3.4	Conclusion	75
	Conclusion	77
	Bibliographie.....	79
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

A.F.G.S.U. : Attestation de Formation aux Gestes de Soins d'Urgence
A.M.P. : Aide Médico-Psychologique
A.N.E.S.M. : Agence Nationale de l'Evaluation de la Qualité des Etablissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux
A.R.H. : Agence Régionale de l'Hospitalisation
A.R.S. : Agence Régionale de Santé
A.S. : Aide Soignant
A.S.H. : Agent des Services Hospitaliers
C.A.S.F. : Code l'Action Sociale et des Familles
C.A.T.T.P. : Centre d'Activité Thérapeutique à Temps Partiel
C.D.A.P.H. : Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées
C.D.D. : Contrat à Durée Déterminée
C.D.I. : Contrat à Durée Indéterminée
C.H. : Centre Hospitalier
C.R.O.S.M.S. : Commission Régionale de l'Organisation Sanitaire et Médico-Sociale
C.S.E. : Cadre Socio-Educatif
C.S.P. : Code de la Santé Publique
C.V.S. : Conseil de la Vie Sociale
D.A.F. : Direction des Affaires Financières
D.D.A.S.S. : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
D.I.M. : Département d'Informations Médicales
D.M.S. : Durée Moyenne de Séjour
D.R.H. : Direction des Ressources Humaines
D.U.D. : Document Unique de Délégation
E.H.E.S.P : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
E.S. : Educateur Spécialisé
E.T.P. : Equivalent Temps Plein
G.C.S : Groupement de Coopération Sanitaire
H.A.S. : Haute Autorité de Santé
H.D.T. : Hospitalisation à la Demande d'un Tiers
H.L. : Hospitalisation Libre
H.O. : Hospitalisation d'Office
H.P.S.T. : Hôpital-Patient-Santé-Territoire
I.D.E. : Infirmier Diplômé d'Etat

I.F.A.S. : Institut de Formation pour Aides-Soignants
I.F.S.I. : Institut de Formation en Soins Infirmiers
I.M.E. : Institut Médico-Educatif
M.A.S. : Maison d'Accueil Spécialisé
M.E. : Moniteur-éducateur
P.D.T. : Placement à la Demande d'un Tiers
P.L. : Placement Libre
P.L.S. : Position Latérale de Sécurité
P.O. : Placement d'Office
R.H. : Ressources Humaines
S.P.D.T. : Soin Psychiatrique à la Demande d'un Tiers
S.P.L. : Soin Psychiatrique Libre
S.P.R.E. : Soin Psychiatrique à la demande d'un Représentant de l'Etat
T.S.A. : Trouble du Spectre Autistique

Introduction

L'ordonnance hospitalière n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation¹ indique, dans son article 51 : « *Les établissements de santé publics et privés peuvent créer et gérer les services et établissements sociaux et médico-sociaux visés à l'article 3 de la loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales et à l'article 46 de la loi n°75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées.* » Le Centre Hospitalier (C.H.) de Montpon, comme d'autres établissements de santé depuis 1996, s'est saisi de cette opportunité pour faire évoluer son offre de service à destination de certains usagers et a ouvert en septembre 2013 une Maison d'Accueil Spécialisé (M.A.S.).

Les Maisons d'Accueil Spécialisé sont des établissements médico-sociaux dont la mission est de « *recevoir les personnes handicapées adultes n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie et dont l'état nécessite une surveillance médicale et des soins constants* »². Ce nouvel établissement médico-social est donc destiné à accueillir, en premier lieu, les patients du C.H. bénéficiant d'une orientation M.A.S. délivrée par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (C.D.A.P.H.), et présents pour la plupart depuis de nombreuses années dans l'hôpital.

Après avoir occupé le poste de cadre de l'unité qui accompagnait les patients les plus déficitaires du C.H. et qui a été transformée en M.A.S., j'ai été nommé directeur de ce nouvel établissement médico-social. Les 31 premiers résidents de la M.A.S. sont donc les 31 patients qui étaient hospitalisés jusque-là dans l'unité Maud MANNONI, et l'équipe qui a pour mission de les accompagner est constituée en majorité par les professionnels qui travaillaient (souvent depuis plusieurs années) auprès de ces patients. Patients que nous prenions en charge dans des conditions architecturales déplorables : 24 des 31 patients dormaient dans des chambres à 4 lits. Dans ces conditions, les principales données prises en considération par l'équipe étaient les symptômes, les troubles du comportement, certains professionnels pouvant dire « *ce résident est tellement bien en ce moment que nous ne faisons pas de transmissions sur lui* ». Une réflexion significative de l'idée que nous nous faisons des besoins de ces usagers, une fois propres et bien nourris, tout ce que nous pouvions faire était du bonus et pouvait rapidement être annulé au moindre contretemps.

Dans ce contexte particulier de création d'un établissement médico-social par un C.H., l'enjeu est, selon moi, de donner une véritable identité médico-sociale à cette

¹ Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, version consolidée au 22 juin 2000.

² Loi n°46-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

nouvelle structure. Nous nous occupons des mêmes usagers : ils étaient patients, ils sont maintenant résidents. L'équipe est constituée par les mêmes métiers, ou presque, des moniteurs-éducateurs (M.E) et des Aides Médico-psychologiques (A.M.P.) font partie de cette équipe depuis plusieurs années.

Le 31 août 2013 nous étions une unité d'hospitalisation, le 1^{er} septembre 2013 nous sommes devenus une M.A.S. Mais qu'est-ce qui a véritablement changé ? Le cadre législatif ? Les locaux ? Le cadre règlementaire a évolué et le financement est différent mais cela a-t-il un impact sur ce que nous proposons quotidiennement aux patients/résidents ? Puisque l'équipe est la même et que les résidents sont les mêmes, faut-il continuer à accompagner les résidents comme nous l'avons toujours fait ? Ces patients qui, pour certains, ont eu un parcours dans le secteur médico-social qui n'a pas fonctionné !

Pourquoi faire différemment ? Nous avons accueilli à l'ouverture de la M.A.S. des personnes issues du secteur médico-social, y compris de M.A.S. En quoi, cette M.A.S. est différente des autres M.A.S. du secteur et ne faut-il pas continuer ce que nous faisons lorsque nous étions une unité psychiatrique de l'hôpital puisque cela répondait aux besoins du territoire ?

Notre nouveau statut nous oblige pourtant à modifier notre regard. Les résidents que nous accompagnons dans cette M.A.S. sont là pour plusieurs années, voire plusieurs dizaines d'années puisque notre mission, en tant que M.A.S. du secteur médico-social est de les accompagner jusqu'à leur mort. Dès lors, peut-on imaginer une vie qui ne serait organisée qu'autour du soin ? S'il est vrai que les troubles du comportement sont un des éléments qui caractérisent le public que nous accompagnons, ce ne sont que des épisodes, qui ramenés à chaque individu sont relativement ponctuels. Leur projet de vie, leur projet personnalisé ne peut donc pas être construit uniquement sur des réponses aux manifestations pathologiques, mais doit prendre en compte le fait que ces personnes vivent dans ces lieux et qu'à ce titre elles doivent se sentir « chez elles ».

Comment, dans une M.A.S. issue d'un hôpital psychiatrique, avec les mêmes usagers et la même équipe, envisager une évolution de l'accompagnement ? Comment passer d'une logique où ce qui prime est la vision sanitaire, à une logique où la dimension de vie sociale des résidents doit nous guider ? Que faire pour passer du soin au prendre soin ? Cela demande de profondes mutations et un changement de culture dans l'accompagnement, dans la manière dont nous « pensons » ces résidents.

Pour travailler sur cette problématique, je commencerai par faire un état des lieux de la situation actuelle. Je présenterai le C.H. Montpon, son histoire et son évolution au gré de l'évolution de la psychiatrie française. Viendra ensuite une présentation fine de ce qu'est cette M.A.S. au sein de ce C.H., ses résidents, son équipe, les liens forts entre le C.H. et la M.A.S... Enfin, j'évoquerai l'évolution des politiques publiques en faveur des

personnes handicapées qui sont un guide dans la manière de conduire un établissement médico-social. Ceci fera ressortir des écarts entre l'attendu et le réel qui m'amèneront à réfléchir sur la manière de les réduire.

J'aborderai ensuite la question des cultures sanitaires et sociales qu'il faut faire cohabiter dans ce projet pour qu'une véritable culture d'établissement médico-social soit portée par l'équipe de cette M.A.S. Je m'appuierai sur les écrits concernant l'accompagnement du changement et des dynamiques de groupes. Des ouvrages comme celui de R. SAINSAULIEU « sociologie de l'entreprise, organisation, culture et développement »³, ou encore « l'articulation du sanitaire et du social »⁴ de M. JAEGER seront un étayage de cette élaboration théorique. Pour ce qui est de donner une réalité médico-sociale aux pratiques professionnelles dans cette M.A.S., je ferai référence à différents ouvrages comme ceux de P. CHAVAROCHE qui a beaucoup réfléchi à l'accompagnement des personnes lourdement handicapées en institution. Je tenterai également d'élaborer les notions de soin et de prendre soin pour donner des repères aux professionnels dans ce passage d'une unité sanitaire à un établissement médico-social.

Dans la troisième partie de ce mémoire, je passerai de la phase théorique à la phase opérationnelle du projet ; avec la mise en œuvre des outils permettant à l'équipe de s'approprier la dimension sociale et médico-sociale de l'accompagnement quotidien des résidents de cette M.A.S. J'élaborerai également un outil d'évaluation qui mesurera l'avancée de ce projet d'impulsion d'une culture d'établissement qui rejaillisse dans les pratiques quotidiennes auprès des résidents. La mise en place d'indicateurs pertinents et précis me permettra de mesurer la réduction des écarts entre ce qui se fait actuellement et ce qui devrait se faire.

Comment impulser une culture médico-sociale dans une M.A.S. issue d'un hôpital psychiatrique qui a pour vocation d'accompagner des personnes dont les troubles du comportement n'ont pas permis l'accès au secteur médico-social traditionnel ? En quoi, cette M.A.S. issue de l'hôpital psychiatrique peut-elle être l'outil qui répond de manière pertinente aux besoins de ces usagers ?

Ce travail de mémoire est une présentation de ma place de directeur d'établissement médico-social dans l'élaboration, la conduite, le suivi et l'évaluation du projet d'établissement, outil central pour un directeur.

³ SAINSAULIEU R., 1997, *Sociologie de l'entreprise, organisation, culture et développement*, 2^{ème} édition, Presse de Sciences Po et Dalloz, Paris, 480 pages.

⁴ JAEGER M., 2012, *L'articulation du sanitaire et du social*, Dunod, Paris, 192 pages.

1 Pourquoi penser médico-social en psychiatrie

1.1 Le C.H. Montpon : hôpital psychiatrique du département de la Dordogne

1.1.1 Histoire du C.H. Montpon et évolution réglementaire de la psychiatrie

Le C.H. de Montpon est l'hôpital psychiatrique du département de la Dordogne. A ce titre, il est habilité, selon l'article L3222-1 du code de la santé publique, à soigner des personnes atteintes de troubles mentaux. Ce centre hospitalier a été construit en 1920. Il venait répondre à la commande de la loi sur les aliénés de 1838⁵ qui définissait dans son article 1^{er} : « *Chaque département est tenu d'avoir un établissement public, spécialement destiné à recevoir et à soigner les aliénés* ». Il est régi par la loi du 27 juin 1990⁶ qui a réformé celle de 1838.

La mission du C.H. de Montpon, comme tout établissement de santé, est d'accueillir en situation de crise, de traiter pour stabiliser puis de réorienter.

a. Histoire du Centre Hospitalier de Montpon

Fondée par le Cardinal de Talleyrand au 14^{ème} siècle, Vauclaire⁷ a été choisi pour accueillir une Chartreuse car, comme l'indique l'étymologie de son nom (Vallis Clara) c'est une vallée pleine d'agréments traversée par les ondes paisibles de l'Isle. La Chartreuse a traversé les siècles malgré les guerres, les destructions et les pillages. En 1905, les moines sont proscrits. Vauclaire devient un hôpital militaire américain pendant la première guerre mondiale. Il est ensuite transformé en asile d'aliénés. En 1937, sous le coup de la Loi de 1838, il prend le nom d'hôpital psychiatrique. Il sera celui du département de la Dordogne. Le 10 mars 1975, l'hôpital psychiatrique de Vauclaire est classé Centre Hospitalier Spécialisé.

Plusieurs points caractérisent le C.H. de Montpon. Tout d'abord sa situation géographique : situé aux confins du département de la Dordogne, l'hôpital se trouve à 4 km du centre de Montpon, 7^{ème} ville du département, 6000 habitants. Au cœur de la vallée de l'Isle, dans un cadre magnifique et dans de très beaux bâtiments classés, l'hôpital est très isolé.

Depuis 2005, une nouvelle politique d'établissement a permis de redynamiser le schéma directeur et la rénovation des unités de soins vieillissantes depuis une vingtaine

⁵ Loi sur les aliénés n°7443 du 30 juin 1838.

⁶ Loi n°90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de leurs troubles mentaux et à leur condition d'hospitalisation, JO du 30 juin 1990.

⁷ Nom du lieu-dit où se situe aujourd'hui le Centre Hospitalier de Montpon.

d'années. L'hôpital est en pleine restructuration avec la délocalisation d'un secteur sur Bergerac en 2011, un bâtiment neuf pour l'unité d'admission des Deux Vallées en 2010, une unité d'addictologie sur Périgueux en 2009.

Une mission ministérielle avait pointé en 2004 des carences médicales importantes. La fermeture du C.H. a été envisagée. Depuis l'hôpital est sous la surveillance des tutelles⁸, en sursis, d'où un regard particulièrement acéré quant aux projets qu'il peut porter et à son fonctionnement.

Enfin, les autres C.H. du département développent des activités psychiatriques⁹, autour de l'accueil d'hospitalisations sous contrainte, jusque-là monopole de l'hôpital de Montpon. Ceci va avec une redistribution des moyens¹⁰ puisque nous sommes dans une politique de rationalisation des coûts. Dans ce contexte, la création de structures médico-sociales est envisagée, par la direction et les personnalités politiques du territoire pour répondre aux besoins de certains usagers. C'est également une opportunité pour maintenir une activité sur le site de Vauclaire. Ainsi, la M.A.S. Maud Mannoni, premier établissement médico-social du C.H. de Montpon a ouvert ses portes le 2 septembre 2013.

b. Evolution règlementaire de la psychiatrie.

La psychiatrie, oscille, depuis toujours, entre les deux dimensions qui la fondent et l'animent :

- sa reconnaissance comme une discipline médicale qui la hisse au rang de soin. Cette dimension permet de considérer les personnes prises en charge par la psychiatrie comme malades, pouvant bénéficier de soins et guérir. Guérir, en psychiatrie, étant la possibilité pour la personne de se réinscrire dans notre société.

- sa fonction de régulation de l'ordre public en donnant la possibilité à la société d'enfermer des personnes dont le comportement n'est pas ou plus compatible avec la vie au sein de celle-ci. Cet enfermement est possible, sans être limité dans le temps, sur prescription médicale et/ou sur la demande d'un représentant de l'Etat¹¹. La loi du 5 juillet 2011 a introduit un regard extérieur sur la prescription médicale avec l'intervention dans les premiers jours d'une hospitalisation sous contrainte d'un juge des libertés et de la détention.

⁸Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales, Agence Régionale de l'Hospitalisation, Ministère de la Santé, aujourd'hui ce serait l'ARS, Agence Régionale de Santé.

⁹ Ouverture prévu en 2010 d'une unité d'accueil de patients hospitalisés sous contrainte par le CH de Périgueux.

¹⁰ En 2010, l'équivalent de 10 postes infirmiers, 300000 €, est retiré à l'hôpital de Montpon pour être donné à l'hôpital de Périgueux qui ouvre des lits d'hospitalisation sous contrainte.

¹¹ Loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. JORF n°0155 du 6 juillet 2011.

Les textes de lois, qui construisent la psychiatrie française actuelle, montrent bien ces deux dimensions de la psychiatrie entre lesquelles elle oscille au fil des décennies.

Pour commencer, la loi de 1838¹² qui instaure l'obligation pour chaque département de créer son propre établissement pour accueillir les malades mentaux. D'une certaine manière c'est le début, en France, de la prise en considération de la maladie mentale en tant que telle, avec la création de structures, sur l'ensemble du territoire permettant l'accueil de ses personnes dans des lieux spécifiques appelés « asiles ». La loi de 1838 a été inspirée par des médecins dits « aliénistes » dans un souci de considérer les troubles mentaux comme une maladie pouvant être traitée.

Dans les années 50 se conjuguent deux phénomènes qui révolutionnent la psychiatrie :

- la fin de la 2nde guerre mondiale qui a vu des hommes organisant l'extermination d'autres hommes dans des conditions inhumaines. De là naît un questionnement sur l'accompagnement des personnes privées de liberté et donc des malades enfermés dans les asiles de l'époque.

- l'arrivée des neuroleptiques, traitements médicamenteux permettant de diminuer les troubles du comportement générés par la maladie mentale.

C'est ainsi que naît le courant désaliéniste qui sera le précurseur de la psychiatrie de secteur. Les circulaires du 15 mars 1960¹³ entérinent cette nouvelle organisation, c'est le début de l'ouverture des hôpitaux psychiatriques et la possible réinsertion des malades mentaux.

Vient ensuite la Loi de 1990¹⁴ réformant les placements et les transformant en hospitalisation. Le premier alinéa de l'article L.326 du code de la santé publique est ainsi rédigé : "*La lutte contre les maladies mentales comporte des actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale.*" Le changement de sémantique quant à la prise en charge en hôpital psychiatrique modifie l'idée que l'on se fait de ce qu'est la psychiatrie. Le placement devient l'hospitalisation¹⁵. Il y a dans les termes utilisés moins de passivité et l'hospitalisation semble moins définitive que le placement. Dans les années 70-80, nous avons assisté, sur le C.H. Montpon, à une forme de désinstitutionalisation avec la sortie de patients pris en charge par l'hôpital depuis des

¹² Loi sur les aliénés n°7443 du 30 juin 1838.

¹³ Circulaires du 15 mars 1960 :

- relative au plan directeur des hôpitaux psychiatriques anciens (les unités de soins ne doivent pas dépasser 25 lits d'hospitalisation)
- relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales (naissance du secteur)

¹⁴ Loi n°90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation.

¹⁵ On passe de la notion de placement (libre PL, à la demande d'un tiers PDT ou d'office PO) à la notion d'hospitalisation (libre HL, à la demande d'un tiers HDT ou d'office HO).

années, voir des décennies, et la réduction du nombre de lits dans les unités (aujourd'hui entre 20 et 25 lits, alors que certaines pouvaient compter jusqu'à 80 lits).

Avec la loi du 5 juillet 2011¹⁶ réformant la prise en charge des personnes hospitalisées sous contrainte, la sphère judiciaire entre de manière active dans l'hôpital. L'hospitalisation en psychiatrie devient « soins psychiatriques », terme plus général qui permet de proposer à des personnes devant bénéficier des soins sous contrainte que ceux-ci ne se déroulent pas seulement au sein même de l'hôpital mais puissent également se dérouler à l'extérieur sous forme de suivis divers (hôpital de jour, visites à domicile, C.A.T.T.P., consultations...)

Avec cette loi, la justice s'invite au cœur de la mission de l'hôpital puisque, dans le cadre de chaque soin psychiatrique sous contrainte, (S.P.R.E. : Soins psychiatriques à la demande du représentant de l'Etat – remplace l'hospitalisation d'office -, S.P.D.T. : Soins psychiatriques à la demande d'un tiers – remplace l'hospitalisation à la demande d'un tiers -) un juge des libertés et de la détention rencontre chaque patient et examine chaque situation avec le pouvoir de lever des mesures.

Cette loi est la conséquence de deux logiques contradictoires qui vivent au sein de l'hôpital psychiatrique :

- en premier lieu le souhait de protéger des personnes qui subissent des soins sous contrainte sans avoir le choix. Le juge leur donne un autre espace de parole, en dehors de l'hôpital et de la sphère médicale, ce qui permet un regard extérieur sur les soins prodigués et sur le risque de toute-puissance présent dans l'accompagnement de personnes vulnérables. C'est clairement une remise en question du pouvoir médical, avec les questions que pose une audience publique pour le secret médical et le respect de la vie privée des personnes malades.

- C'est ensuite une tentative de préserver l'ordre public en contrôlant les risques de manquement médical. Cela fait suite aux histoires très médiatiques impliquant des malades mentaux, comme les meurtres de Pau en 2004 ou de Grenoble en 2008.

La question posée autour de la maladie mentale est celle de la maîtrise. Peut-on atteindre le risque zéro ? Les statistiques montrent que dans l'immense majorité des crimes perpétrés, il n'y a que très rarement l'implication de malades mentaux, et lorsque cela arrive, ils sont plus souvent victimes qu'agresseurs¹⁷.

¹⁶ Loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. JORF n°0155 du 6 juillet 2011.

¹⁷ « Les meurtres commis par des malades mentaux sont de l'ordre de 3 à 5% ; les schizophrènes ont trois fois plus de risques d'être victimes d'un crime violent. » 28^{ème} Colloque de défense pénale. Marseille, 16 et 17 mai 2009.

1.1.2 Le public accueilli sur le C.H. Montpon et les besoins d'orientation vers la M.A.S.

a. Les résidents qui ont intégré la M.A.S. Maud MANNONI depuis son ouverture.

Les 31 patients de l'unité psychiatrique Maud MANNONI sont les premiers résidents de la M.A.S. Ces patients souffrent de handicaps mentaux profonds et de troubles cognitifs majeurs, auxquels peuvent s'associer des troubles importants du comportement. Les diagnostics les plus fréquents sont les suivants :

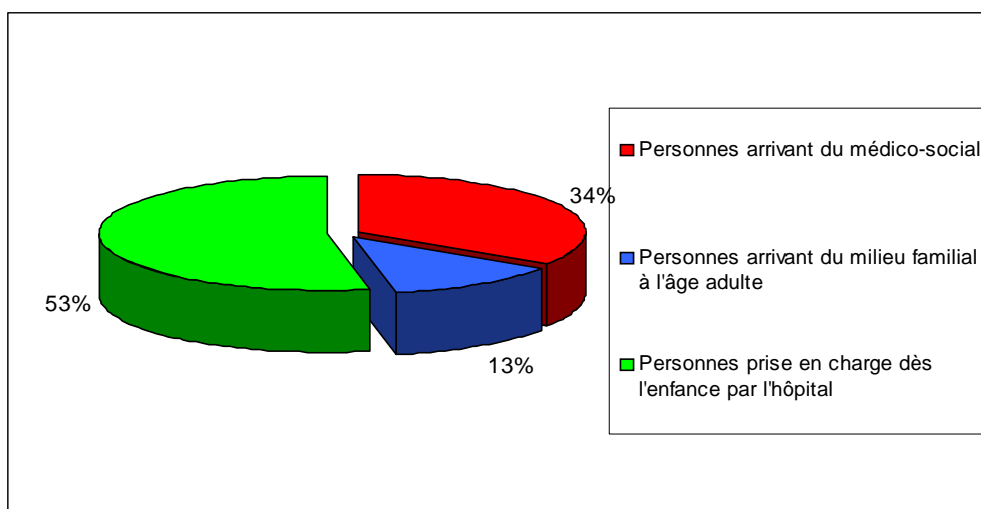
- Autisme,
- Psychose infantile associée à de graves déficits physiques et mentaux,
- Aliénation mentale profonde.

Ces pathologies peuvent être accompagnées de handicaps sensoriels tels que la cécité ou la surdité, ou d'une perte de mobilité liée au vieillissement. La plupart des patients de l'ancienne unité de psychiatrie Maud MANNONI n'a pas accès au langage.

La Durée Moyenne de Séjour (D.M.S.) dans l'unité de soins Maud MANNONI est de 21,2 ans¹⁸. De fait, les patients issus de cette unité et orientés vers la M.A.S. ont été pris en charge depuis plusieurs dizaines d'années en hospitalisation complète sur le C.H. Comme l'illustre le graphique ci-dessous, ils ont pour une grande partie d'entre eux connus un parcours institutionnel et/ou familial chaotique depuis l'enfance.

La moyenne d'âge des patients de cette unité est de 43,8 ans. Ces patients ont de 24 à 60 ans.

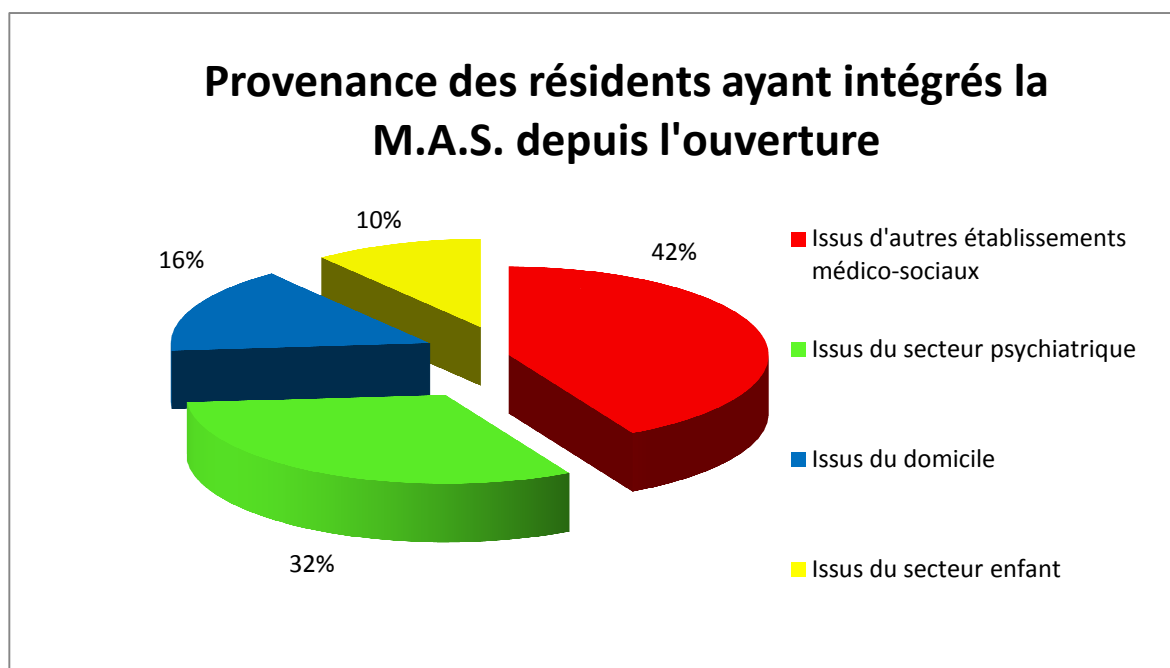
Provenance, en pourcentage, des personnes accueillies à Maud MANNONI avant leur arrivée dans l'unité de soins psychiatriques



¹⁸ Cf. Annexe n°1 : Parcours des patients accueillis sur l'unité Maud MANNONI

La connaissance de ces patients qui sont les premiers résidents de la M.A.S. Maud MANNONI oriente le projet d'établissement et l'accueil des résidents dans cette M.A.S.

Viennent ensuite les 19 résidents¹⁹ que nous avons accueillis sur la M.A.S. Maud MANNONI après son ouverture en septembre 2013.



Au regard des graphiques ci-dessus, je constate que la majorité des résidents que nous avons accueillis sur la M.A.S. depuis son ouverture sont issus du secteur médico-social ; viennent ensuite des personnes accueillies depuis de nombreuses années dans des unités d'hôpitaux psychiatriques.

La moyenne d'âge des 19 résidents qui ont intégré la M.A.S. est de 38 ans, et 94% de ceux-ci ont des pathologies du Trouble du Spectre Autistique (T.S.A.) de type autisme, autisme infantile, psychose infantile...

Comme on peut le voir, la majorité des résidents de la M.A.S. sont issus du secteur médico-social ou de la psychiatrie avec des parcours similaires aux 31 patients qui étaient sur l'unité Maud MANNONI.

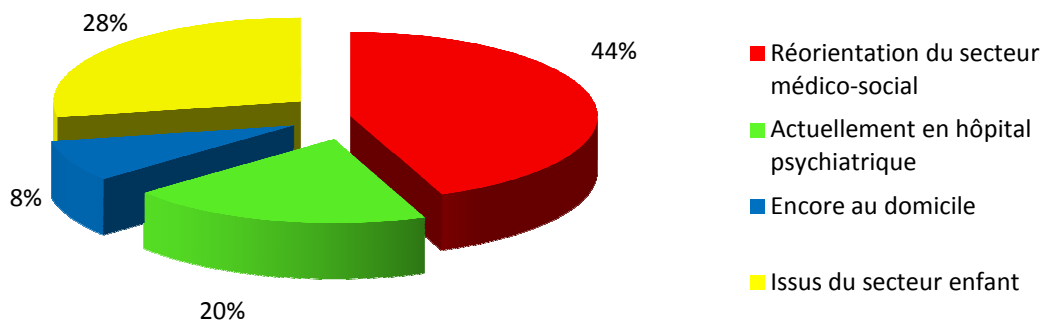
b. La liste d'attente actuelle de la M.A.S.

Afin de repérer quel est le besoin en terme d'orientation M.A.S., je vais faire une analyse fine du profil des résidents pour lesquels des demandes sont arrivées depuis l'ouverture²⁰.

¹⁹ Cf. annexe n°2 : Admissions sur la M.A.S. depuis septembre 2013

²⁰ Cf. annexe n°3 : Demandes d'admissions sur la M.A.S. Maud MANNONI

Résidents en attente d'admission sur la M.A.S.



La liste d'attente de la M.A.S., avec de nombreuses demandes émanant d'autres établissements médico-sociaux pour adultes et d'hôpitaux psychiatrique, confirme le constat fait pour les résidents déjà accueillis sur la M.A.S. : le besoin est essentiellement ciblé sur des populations présentant des troubles du comportement. Néanmoins, concernant la liste d'attente, je peux voir que de plus en plus de demandes émanent du secteur enfant²¹.

c. Constats au regard de cet état des besoins.

Au regard des caractéristiques des personnes qui ont intégré la M.A.S. Maud MANNONI ou de celles qui demandent à l'intégrer, je constate qu'ils impactent l'accompagnement que nous proposons dans cette M.A.S. :

- Tout d'abord les résidents accueillis sur la M.A.S. ont de longs parcours institutionnels, parfois en psychiatrie et parfois dans le secteur médico-social. Ces parcours sont souvent marqués de nombreuses ruptures, de réorientations...

- je peux également voir qu'entre les entrées et les demandes d'admission, beaucoup sont des réorientations. Celles-ci sont notamment liées à des troubles du comportement croissants ou à une augmentation de la dépendance.

²¹ Cf. Annexe n°3 : Demandes d'admissions sur la M.A.S. Maud MANNONI

- Lorsque je regarde les pathologies/handicaps des personnes qui sont entrées ou sur liste d'attente, je remarque que beaucoup d'entre elles faisaient partie du champ de la psychiatrie jusqu'en 2005, année où la loi a défini la notion de handicap psychique²².

- Le dernier constat que je peux faire à partir de ces données est la demande croissante d'entrée de personnes issues du secteur enfant. J'interprète cette augmentation des demandes comme une reconnaissance de l'implantation de la M.A.S. dans le paysage médico-social du territoire, se détachant des représentations anciennes liées au fait qu'elle est issue d'un hôpital psychiatrique. C'est un élément positif car les parents dont les enfants sont en I.M.E. aujourd'hui ont une image très négative de la psychiatrie et ils arrivent à la M.A.S. Maud MANNONI avec beaucoup d'appréhensions liées à cela.

1.2 Le médico-social au C.H. Montpon : la M.A.S. Maud MANNONI

1.2.1 Le public cible de la M.A.S.

Conformément aux dispositions du décret du 20 mars 2009²³ les Maisons d'Accueil Spécialisé ont pour vocation d'héberger et d'accompagner des personnes en situation complexe de handicap, présentant également une altération de leurs capacités d'action et de décision dans les actes essentiels de la vie quotidienne.

Le décret précise les troubles et pathologies dont sont atteintes ces personnes :

- Un handicap grave à expression multiple associant déficience motrice et déficience intellectuelle sévère ou profonde et entraînant une restriction extrême de l'autonomie et des possibilités de perception, d'expression et de relation,
- Une association de déficiences graves avec un retard mental moyen sévère ou profond entraînant une dépendance importante,
- Une déficience intellectuelle, cognitive ou psychique sévère ou profonde associée à d'autres troubles, dont des troubles du comportement qui perturbent gravement la socialisation et nécessitent une surveillance constante.

Le décret définit les besoins de ces personnes comme suit :

« 1° besoin d'une aide pour la plupart des activités relevant de l'entretien personnel et, le cas échéant, de la mobilité ;

« 2° besoin d'une aide à la communication et à l'expression de leurs besoins et attentes ;

²² Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, JORF n°36 du 12 février 2005, p.2353.

²³ Décret n°2009-322 du 20 mars 2009 relatif aux obligations et services accueillant ou accompagnant des personnes handicapées adultes n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie. JORF n°0072 du 26 mars 2009, p.5375, texte n°17.

« 3° besoin d'une aide pour tout ou partie des tâches et exigences générales et pour la relation avec autrui, notamment pour la prise de décision ;

« 4° besoin d'un soutien au développement et au maintien des acquisitions cognitives;

« 5° besoin de soins de santé réguliers et d'accompagnement psychologique.

« Les besoins d'aide mentionnés du 1° au 3° résultent de difficultés dans la réalisation effective des activités concernées qui, lorsqu'elles sont accomplies, ne peuvent l'être qu'avec l'aide d'un tiers ou avec une surveillance continue.

« Les besoins d'aide, de soutien ou de soins justifient un accompagnement médico-social soutenu.

« Ces besoins sont évalués par l'équipe pluridisciplinaire de la maison départementale des personnes handicapées, dans les conditions fixées à l'article R. 146-28».

La M.A.S.. Maud MANNONI s'adresse aux personnes qui présentent un état de santé résultant :

- Soit d'une association de déficiences graves avec un retard mental moyen, sévère ou profond entraînant une dépendance importante ;
- Soit d'une déficience intellectuelle, cognitive ou psychique, sévère ou profonde associée à d'autres troubles, dont des troubles du comportement qui perturbent gravement la socialisation et nécessitent une surveillance constante.

Cette structure vise à leur offrir un lieu de vie sécurisé, garantissant une cohabitation équilibrée entre les résidents et favorisant leur bien-être.

1.2.2 L'histoire du projet de la M.A.S. sur le C.H. Montpon

Le projet de création d'une M.A.S au C.H. de Montpon existe depuis 1998, date à laquelle il a été évoqué pour la première fois dans le projet d'établissement. Il fait suite aux ordonnances Juppé de 1996²⁴ « *les établissements de santé publics et privés peuvent créer et gérer des services et établissements sociaux et médico-sociaux.* » Des personnes ont été recrutées et missionnées²⁵ par le C.H. Montpon pour écrire ce projet et le faire vivre dès 2003.

L'unité Maud MANNONI qui accueille les résidents qui pourraient bénéficier de ce projet, est l'unité de l'hôpital où personne ne veut aller travailler. La majorité des professionnels qui y travaillent le sont par obligation : mobilité obligatoire instaurée par l'encadrement qui fait que tous les professionnels des services de soin changent d'affectation tous les 3 ans. L'encadrement soignant et médical bouge beaucoup car

²⁴ Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

²⁵ Le cadre socio-éducatif de l'hôpital et le cadre supérieur de santé détaché à la direction des soins devaient chacun sur un mi-temps écrire et faire naître le projet M.A.S., ceci dès 2003.

personne ne veut vraiment travailler auprès de ces patients, déficitaires, qui ne progressent pas (donc d'un certain point de vue, ne sont pas très « gratifiants »), et ont des troubles du comportement difficiles à gérer et que l'on traite le plus souvent par des formes de contention (physique ou chimique) qui peuvent être proches de la maltraitance.

Historiquement, c'est l'unité où étaient envoyés les professionnels sanctionnés par la hiérarchie. Concernant ce dernier point, il s'agit d'un épiphénomène qui reste ancré dans les esprits de tous les professionnels du C.H. Montpon et de l'unité Maud MANNONI.

Un changement de direction en novembre 2006 réactive ce projet. La directrice demande aux personnes missionnées pour l'élaborer qu'un dossier C.R.O.S.M.S.²⁶ soit déposé à l'automne 2007. Inscrit à l'ordre du jour de la séance du 21 mars 2008 de cette instance, ce dossier a reçu l'avis suivant : *« Le Comité n'a pas remis en cause les besoins existant au sein de l'unité hospitalière Maud MANNONI. Toutefois, il a émis un avis défavorable en raison d'un coût de fonctionnement exorbitant, et en l'absence d'une étude de besoins complète, au-delà du périmètre de l'hôpital, d'un projet de vie à dimension médico-sociale et d'un véritable projet architectural assorti de plans. »*

Je suis nommé sur le poste de cadre de l'unité Maud Mannoni en janvier 2008. Il m'est demandé d'accompagner la transformation en médico-social. Trois mois plus tard arrive l'avis défavorable du C.R.O.S.M.S. La directrice décide de renouveler le dossier et me demande d'écrire le projet de vie du futur établissement.

Le projet de la M.A.S. sera élaboré par l'équipe de l'unité Maud MANNONI à compter de septembre 2008. Les membres volontaires de l'équipe auront l'opportunité de participer à toutes les étapes de la conception de cette M.A.S. : l'écriture du projet C.R.O.S.M.S., l'écriture du projet d'établissement, le choix de l'esquisse architecturale, les réunions de travail avec l'architecte, les rencontres avec les entreprises durant le chantier, la construction de la journée type des résidents, les rythmes de travail des professionnels... Il y a un certain nombre de professionnels²⁷ travaillant aujourd'hui sur la M.A.S. Maud MANNONI, qui ont participé au projet de création de cette structure médico-sociale, de l'écriture du projet C.R.O.S.M.S. en septembre 2008 à l'ouverture de l'établissement en septembre 2013.

²⁶ Commission Régionale de l'Organisation Sanitaire et Médico-Sociale.

²⁷ 15 professionnels (3 moniteurs-éducateurs, 4 aides-soignants, 4 aides médico-psychologiques, 2 agents des services hospitaliers, 1 infirmière et moi-même comme directeur de cette unité puis comme directeur de la M.A.S.) ont participé à toutes les étapes du projet, ce qui est très positif en termes de dynamique de changement mais avec le risque d'un rappel régulier à des pratiques, habitudes antérieures.

1.2.3 Le projet et la réalisation architecturale de la M.A.S.

L'esquisse architecturale et la maîtrise d'œuvre de la M.A.S. ont été retenues par le C.H. Montpon au printemps 2009 pour une ouverture du nouveau bâtiment le 2 septembre 2013. Il y a donc eu une longue collaboration entre l'équipe chargée du projet architectural et l'équipe chargée de l'accompagnement des usagers. Cette collaboration a permis une appropriation des contraintes de chacun pour tenter de concevoir un bâtiment répondant à la fois aux différentes réglementations liées à la conception architecturale (réglementation sécurité incendie, hygiène, obligations acoustiques et thermiques...) et aux besoins des utilisateurs du bâtiment que sont les résidents et les professionnels qui travaillent avec eux.

a. Les éléments qui ont permis de guider la conception architecturale.

Afin de définir les orientations du projet architectural nous nous sommes appuyés sur ce qui caractérise l'accompagnement des résidents en M.A.S. :

- le constat que les personnes vivant sur la M.A.S. ont besoin d'un lieu sécurisé et qu'elles n'aient pas accès seules au monde extérieur car elles pourraient s'y mettre en danger.

- la contrainte d'une vie institutionnelle où se côtoient de nombreuses personnes (environ 70 personnes dans le bâtiment en journée) et où le collectif peut être un élément difficile à vivre.

- des résidents qui ont besoin d'une surveillance constante mais qui ont le droit, eux-aussi, d'avoir des espaces-temps où ils ne sont pas sous le regard d'un professionnel (même si celui-ci est bienveillant)

- la nécessité pour les résidents d'avoir la possibilité de vivre différents moments sociaux selon les lieux où ils se trouvent.

- le fait de ne pas avoir un sentiment d'enfermement lorsque l'on est dans le bâtiment car ce sentiment fait naître chez certains résidents des troubles du comportement.

b. Les propositions architecturales mises en place

A partir des éléments cités ci-dessus, voici les grandes caractéristiques que peut proposer le bâtiment qui accueille aujourd'hui les résidents de la M.A.S. Maud MANNONI.

Sur le point qui consiste à donner la possibilité aux résidents de vivre différents espaces et moments sociaux, les différents locaux de la M.A.S. ont été pensés sur trois niveaux sociaux :

- les chambres pour lesquelles nous faisons un parallèle avec le domicile. Ainsi se sont des espaces qui peuvent être personnalisés par le résident et/ou son entourage : mise en place d'une télévision, possibilité d'y mettre quelques meubles personnels, d'y

accrocher des cadres, des photos... Nous avons fait le choix de ne pas avoir de faux-plafonds dans les chambres et d'y installer des radiateurs afin que cet espace puisse être le plus ressemblant à un domicile classique. Les numéros des chambres sont identifiés comme des numéros de maison dans une rue.

- les groupes, que nous nommons des quartiers, où est possible une première rencontre sociale, un partage de vie avec d'autres résidents, mais qui reste un espace sécurisé où les intrusions extérieures sont limitées.

- les espaces transversaux, qui sont tous au centre du bâtiment, autour de ce que nous avons nommé « la place du village ». Il y existe une grande circulation de résidents et de professionnels. C'est dans cet espace que se trouvent l'infirmierie, l'administration, le salon de coiffure et les différentes salles d'activité (snozoelen, balnéothérapie, psychomotricité...).

Cette proposition permet aux résidents de choisir, selon les moments de la journée, leur humeur, leur état d'esprit, d'anxiété, dans quel espace ils souhaitent être et qui ils veulent rencontrer.

Sur le point qui consiste à faire en sorte que les résidents ne subissent pas trop la dimension collective de l'accompagnement, voici les propositions qui ont été faites :

- chaque quartier accueille 10 résidents en accueil au long cours et un résident en accueil de jour (dans l'ancien bâtiment les résidents ont été accueillis par groupe de 16).

- dans l'ensemble du bâtiment, il existe des espaces de repli, des recoins, permettant aux résidents qui en éprouvent le besoin de se « cacher », se « blottir » dans un coin.

- l'espace jour de chaque quartier est séparé en trois parties : une salle à manger, un salon et un jardin sécurisé toujours accessible aux résidents.

Concernant le fait d'être dans un bâtiment sécurisé où l'on ne ressent pas (trop) l'enfermement, il est proposé une libre circulation des résidents dans l'ensemble de la structure. Ceci implique que les professionnels puissent accueillir et gérer les interactions entre les résidents de la M.A.S., au-delà des résidents qu'ils ont pour mission d'accompagner dans le quartier. La circulation entre les différents espaces de la M.A.S. est interrompue sur les temps forts du quotidien durant lesquels les résidents ont besoin d'un maximum de sécurité. Ceci afin de limiter les manifestations anxieuses liées à ces temps de grande proximité physique où le corps joue un rôle fondamental (les repas et le temps des toilettes).

Enfin, concernant le fait que les résidents ne puissent pas sortir très souvent de la M.A.S. (du fait de leur dépendance et de leur difficulté d'être à l'extérieur), a été pensé un espace permettant l'interface entre le dedans et le dehors : si ceux-ci ne peuvent pas sortir, nous faisons venir l'extérieur jusqu'à eux. Cet espace est un lieu modulable que nous appelons salle des fêtes et qui peut être une pièce de 150 m² ou 3 pièces

polyvalentes de 50 m². Il donne à la fois sur la place du village de la M.A.S. et directement sur l'extérieur. Depuis l'ouverture de la M.A.S. s'y sont déroulés différents moments : l'inauguration de la M.A.S. - où se sont côtoyés les résidents, les professionnels, les familles et les représentants des tutelles -, les vœux de la direction de l'hôpital, des journées de formation pour les professionnels du C.H. Montpon, une journée portes-ouvertes, deux concerts et une exposition.

Le bâtiment que nous avons aujourd'hui pour accompagner les résidents de la M.A.S. permet la mise en œuvre d'un véritable projet de vie à dimension médico-sociale ; il offre aux personnes qui y vivent la possibilité de l'investir comme si elles étaient chez elles.

1.2.4 Les références qui orientent le projet de la M.A.S. Maud MANNONI

Le projet d'établissement de la M.A.S. Maud MANNONI s'appuie sur trois références qui orientent la manière d'accompagner le résident dans cet établissement.

a. La référence à la psychiatre Maud MANNONI²⁸.

Maud MANNONI car ce médecin a fait le pari d'une évolution possible pour les enfants que l'on disait « arriérés ». Elle a pour cela inventé des modes d'accompagnement alternatif qui ont permis à certains de ces enfants d'évoluer de manière différente de celle qui leur était prédite.

Elle a fondé en 1969 l'école expérimentale de Bonneuil/Marne. C'est un lieu d'accueil, de vie et d'enseignement pour enfants psychotiques ou arriérés, une structure communautaire qui s'inspire à la fois de l'antipsychiatrie et des travaux de Donald WINNICOTT²⁹ et de Mélanie KLEIN³⁰. Ce lieu, opposé à toute ségrégation, entretenant le mouvement entre l'intérieur et l'extérieur accueille tout à la fois l'enfant en grande difficulté et ses symptômes particuliers. Sont pris en compte tous ses comportements qui perturbent la vie en société et qui peuvent entraîner un phénomène d'exclusion.

Un questionnement permanent sur le fonctionnement des institutions domine la réflexion de Maud MANNONI. Elle insiste dans sa pratique et dans ses ouvrages sur le nécessaire travail à mener auprès des patients en termes d'écoute de leur souffrance et de leurs angoisses. Il s'agit également de les considérer comme des sujets désirants et non pas comme des aliénés.

²⁸ Maud MANNONI (1923-1998), psychiatre-psychanalyste belge proche de Françoise DOLTO, Fernand DELIGNY et Jacques LACAN.

²⁹ Donald WINNICOTT (1896-1971), pédiatre, psychiatre et psychanalyste anglais a développé, entre autres concepts, ceux de « l'objet transitionnel » et de « mère suffisamment bonne ».

³⁰ Mélanie KLEIN (1882-1960), psychanalyste britannique d'origine autrichienne a travaillé, entres autres, sur les concepts de « clivage de l'objet » et « d'identification projective ».

b. La référence à la psychothérapie institutionnelle

Ce concept a été développé à partir des années 50 par le Dr François TOSQUELLES³¹ ou encore le Dr Jean OURY³². L'idée de la psychothérapie institutionnelle est de permettre à une équipe de fonctionner de manière plus harmonieuse, donc plus soignante. Elle valorise le rôle des soignants et notamment des infirmiers, auprès des patients.

L'idée essentielle consiste en la perception du milieu hospitalier, non plus comme un asile mais comme un lieu de vie et de soins. Par le terme de psychothérapie institutionnelle, ce n'est pas « l'établissement », au sens du bâti, mais « l'institution », en tant qu'unité organisée autour de règles de vie en commun, qui est visée.

Une cohésion doit se créer entre l'ensemble des professionnels : équipes soignantes, administratives et techniques. La thérapie doit s'inscrire dans une dynamique collective fondée sur des modalités de fonctionnement et des valeurs communes et partagées.

La psychothérapie institutionnelle marque donc véritablement une rupture avec la conception asilaire. Elle reconnaît la singularité de chaque être humain et cherche à proposer au patient une thérapeutique sur mesure. Elle estime qu'au travers de l'institution, la rencontre et la relation avec le patient permet à la thérapie de prendre place. De plus, de nouvelles notions se sont développées, qui éloignent le soin en psychiatrie de la tradition asilaire : la libre circulation des patients hospitalisés, la responsabilisation du patient qui se trouve au centre de sa thérapie, l'institution étant structurée autour de cette finalité ; une organisation thérapeutique très encadrée avec la conduite d'analyse des résistances, notamment au niveau du personnel et de l'hôpital.

Ainsi, le patient et le cadre thérapeutique sont placés au cœur de la philosophie de prise en charge développée par la psychothérapie institutionnelle.

L'idée retenue par l'équipe de la M.A.S. est celle de l'accompagnement vers une forme d'autonomie du résident, en considérant qu'il ne subit pas l'institution mais peut décider de ce qu'il souhaite réaliser dans sa vie, dans la mesure de ses capacités. L'équipe s'est également appuyée sur les principes de la psychothérapie institutionnelle pour définir l'architecture de la future M.A.S. La configuration des locaux permet de promouvoir la dimension citoyenne de la vie en collectivité et de donner ainsi aux usagers l'occasion d'être acteurs de leur accompagnement.

³¹ François TOSQUELLES (1912-1994), psychiatre catalan, est un des inventeurs de la psychothérapie institutionnelle, principe qu'il a mis en place sur l'hôpital de Saint-Alban.

³² Jean OURY (1924-2014), psychiatre-psychanalyste, est une des figures de la psychothérapie institutionnelle, il a été l'élève de F. TOSQUELLES et a fondé la clinique de La Borde.

c. La référence à Philippe CHAVAROCHE³³

L'équipe de la M.A.S. s'est également appuyée sur les écrits de Philippe CHAVAROCHE pour construire le dispositif d'accompagnement des résidents.

Dans ses ouvrages il explore, détaille et analyse tous les aspects de l'accompagnement, souvent difficile, mais dont la dimension humanisante est fondamentale pour les résidents vivant des situations de grande dépendance.

Philippe CHAVAROCHE inscrit la force du travail en M.A.S., auprès de résidents lourdement handicapés, dans la quotidienneté, avec tout le sens qu'il y a à assumer ce rôle d'accompagnement des gestes du quotidien et de rendre cette dimension du travail vivante plutôt que de se laisser absorber par la dimension mortifère de la répétition.

Les professionnels de la M.A.S. ont enrichi leur réflexion des observations et de l'expertise de terrain de Philippe CHAVAROCHE, notamment l'importance de rester vigilant en permanence afin d'éviter tout risque de maltraitance. Ces enseignements incitent les professionnels à questionner leurs pratiques au quotidien avec l'objectif de garantir une amélioration continue de l'accompagnement des résidents.

1.2.5 La composition de l'équipe de la M.A.S. Maud MANNONI.

Dans cette partie, je vais aborder la composition de l'équipe de cette M.A.S. et ce que cela implique sur l'accompagnement quotidien des résidents.

a. Les différents métiers composant l'équipe de la M.A.S.

	Métiers présents sur la M.A.S.	Nombre d'E.T.P.
Professions assurant l'accompagnement des gestes quotidiens des résidents	Aide soignant	19
	AMP	18
	Moniteur-éducateur	5
Professions intervenant de manière transversale sur la M.A.S. et auprès des résidents	ASH	8
	IDE	5
	Educateur spécialisé	1
	Psychomotricien	1
	Secrétaire	1
Equipe d'encadrement de la M.A.S.	Psychologue	0,5
	Cadre socio-éducatif	1
	Médecin généraliste	0,5
	Médecin psychiatre	0,25
	Directeur	1

L'équipe de la M.A.S. Maud MANNONI est donc composée, comme les équipes de M.A.S. traditionnelle, d'un équilibre en termes de nombre entre des professionnels issus de la filière soignante et paramédicale et des professionnels issus de la filière socio-

³³ Philippe CHAVAROCHE est formateur en travail social au Ce.F. (Centre de formation de la fondation John Bost en Dordogne). Bénéficiant d'une expérience d'encadrement dans des établissements accueillant des adultes gravement handicapés (autistes, psychotiques déficitaires, polyhandicapés), il intervient dans de nombreuses institutions sanitaires et médico-sociales.

éducative, ce qui fait de cette structure un établissement construit pour avoir une culture médico-sociale. Cependant, la composition de l'équipe pluridisciplinaire ne suffit pas à refléter la culture d'un établissement. Je vais maintenant décomposer les parcours de professionnels de la M.A.S. pour démontrer la nécessité d'un travail autour de la culture médico-sociale même si l'équilibre des métiers en présence devrait déjà conduire à cela.

b. les origines des professionnels travaillant sur la M.A.S.

	Métiers présents sur la M.A.S.	E.T.P	Embauchés à l'ouverture de la M.A.S.	Issus de l'équipe de l'unité M. MANNONI	Commentaires
Accompagnement quotidien	A.S.	19	6	13	
	AMP	18	12	6	Sur les 6 A.M.P. issus de l'équipe de M. MANNONI, 2 ont été formées par le C.H. et font partie de l'équipe depuis 6 ans
	M.E.	5	2	3	Sur les 3 M.E. issus de l'unité M. MANNONI, 2 étaient A.S. et ont fait la formation de M.E. durant les 5 années avant l'ouverture de la M.A.S.. La 3 ^{ème} travaille sur le C.H. depuis 30 ans, était A.S.H. et s'est formée M.E. en 1995. Elle travaille dans l'unité M. MANNONI depuis 2001.
Professions transversales	A.S.H.	8	1	7	Un membre de cette équipe travaille dans cette unité depuis 12 ans.
	I.D.E.	5	1	4	Une des I.D.E. travaille auprès de cette population depuis 15 ans.
	E.S.	1	1	0	L'éducatrice a été recrutée sur la M.A.S. à l'ouverture mais travaillait depuis 2002 sur le C.H. Montpon dans des services de soins
	Psychomot	1	1	0	Le poste de psychomotricien est occupé par deux professionnels à ½ temps, l'un recruté sur l'extérieur, l'autre venant d'une autre unité du C.H. et travaillant sur celle-ci depuis 20 ans
	Secrétaire	1	1	0	La secrétaire travaillait à la D.R.H. avant d'intégrer la M.A.S. et travaille sur le C.H. depuis 20 ans
	Psycho	0,5	0,5	0	Recrutée à l'ouverture de la M.A.S.
Encadrement	C.S.E.	1	1	0	La cadre était jusqu'à l'ouverture de la M.A.S., assistante sociale sur le C.H. depuis 15 ans.
	Généraliste	0,5		0,5	Le médecin généraliste est à ½ temps sur la M.A.S. et ½ temps sur le reste de l'établissement
	Psychiatre	0,25		0,25	Idem pour le médecin psychiatre
	Directeur	1		1	Le directeur était le cadre de l'unité M. MANNONI jusqu'à l'ouverture de la M.A.S. et fait partie du C.H. depuis 10 ans.

A travers ce tableau, je peux constater que de nombreux professionnels travaillant dans cette M.A.S. sont issus du C.H. Montpon. Malgré une composition d'équipe pluridisciplinaire de type médico-sociale, celle-ci est fortement empreinte de la culture hospitalière psychiatrique. Au quotidien, je m'aperçois que cela rejaillit sur l'accompagnement proposé aux usagers car la force de l'habitude reprend le dessus, cela fait longtemps que nous nous occupons de ces résidents et nous avons du mal à sortir

des réponses sanitaires que nous leur proposons dans le passé. Ainsi, face aux troubles du comportement les premières réponses sont inmanquablement la contention chimique ou physique, il est encore difficile d'imaginer que des réponses peuvent être basées en premier lieu sur l'accompagnement humain.

1.2.6 Les liens entre le C.H. Montpon et la M.A.S. Maud MANNONI

Le choix a été fait de construire le bâtiment qui allait accueillir la M.A.S. sur le site de Vauclaire donc à proximité du C.H. Montpon. Ceci a permis une économie substantielle car il n'y a pas eu besoin d'acheter le terrain.

Ce choix a également été fait pour garantir aux résidents de la M.A.S. une surveillance médicale constante. Le fait d'être sur le site de Vauclaire permet que la continuité médicale existant pour l'hôpital, avec le système de garde, englobe aussi la M.A.S., solution nécessaire car le premier service d'urgence se situe à 30 km de Montpon. Cette situation permet également une continuité d'intervention infirmière, notamment pour l'équipe de nuit qui n'en compte pas sur la M.A.S. De ce fait et en cas d'urgence, de jour comme de nuit, l'équipe de la M.A.S. peut appeler l'hôpital et avoir une intervention médicale ou infirmière (pour la nuit) dans les minutes qui suivent.

Cette proximité a une incidence bénéfique sur le fonctionnement quotidien de la M.A.S., mais qui ancre aussi la M.A.S. dans sa culture hospitalière.

a. Les liens logistiques.

Différents liens logistiques existent entre le C.H. Montpon et la M.A.S. Maud MANNONI. De manière générale, ces liens ont tendance à être préétablis comme les liens de n'importe quel service du C.H. avec les services logistiques. Ceci a pour incidence une non prise en considération de l'identité médico-sociale de la M.A.S. et donc de l'accompagnement particulier qui y est proposé, à des usagers particuliers. Voici quelques exemples de ces liens :

- les repas de la M.A.S. sont fournis par une cuisine centrale qui élabore les repas de tous les patients du C.H. Les résidents de M.A.S. ont souvent besoin de menus particuliers du fait des pathologies et handicaps dont ils souffrent. La variété des aliments dans les menus n'est pas prise en compte différemment pour des résidents dont la D.M.S. est de 21,2 ans que pour des patients dont la D.M.S. est de 7 jours.

- la prestation blanchisserie est également réalisée par le C.H. Montpon. La proposition de personnaliser certains trousseaux, de fournir des couettes à certains résidents a provoqué de vives résistances dans ce service.

- les services techniques avec lesquels il a fallu et il faut négocier pour chaque aménagement/individualisation des chambres des résidents.

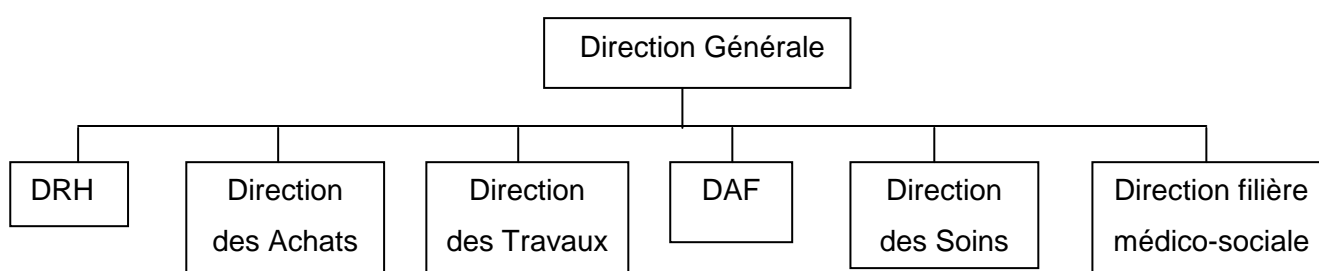
- le service de médecine polyvalente qui assure les liens entre le C.H. Montpon et les C.H. généraux pour les consultations somatiques des résidents. Le statut particulier des résidents, (qui ne sont plus des patients, dont on considère qu'ils sont chez eux...) a généré des dysfonctionnements et des incompréhensions entre la M.A.S. et ces établissements. En effet, lorsque vous êtes hospitalisé en psychiatrie, les soins réalisés par un autre établissement sont facturés à l'établissement d'origine, en médico-social, on considère que le résident vit chez lui et donc, lors de consultations à l'extérieur, c'est le régime général qui s'applique.

- la pharmacie du C.H. Montpon et le Département d'Informations Médicales (D.I.M.) qui exigeaient un circuit du médicament (administration et traçabilité) identique à celui des autres unités de soins alors que la réglementation qui s'applique en médico-social n'est pas la même que celle qui s'applique en sanitaire³⁴.

b. Les liens administratifs

Sur ce même principe, des liens administratifs très forts existent entre la M.A.S. Maud MANNONI et le C.H. Montpon. Ce qui caractérise particulièrement ce lien est l'organisation hiérarchique des services administratifs du C.H. Montpon.

Voici comment se compose l'organigramme de l'hôpital :



La filière médico-sociale a été créée le 1^{er} octobre 2013 et la direction m'en a été confiée. Cette filière est composée de la M.A.S., 1^{er} établissement médico-sociale du C.H. Montpon ouvert le 2 septembre 2013, de la Maison des adolescents de la Dordogne, nouveau service qui s'est ouvert le 21 janvier 2013, de la filière socio-éducative englobant tous les professionnels issus de formations socio-éducatives et travaillant dans différents services du C.H. et du service des majeurs protégés composé de 3 professionnels assurant des mesures de tutelles pour des patients/résidents accueillis sur le C.H. Montpon mais également pour des personnes prises en charge dans d'autres établissements.

³⁴ Circulaire DGS/PS 3/DAS n°99-320 du 4 juin 1999 relative à la distribution des médicaments.

La direction de la filière médico-sociale a la particularité, contrairement aux autres directions adjointes, de traverser tous les domaines gérés par les autres directions, les ressources humaines, les finances, les achats, la filière soin ou les travaux.

Ces liens impliquent une coordination importante entre la direction de la filière médico-sociale que j'exerce, qui concerne les fonctions de directeur de la M.A.S. pour ce mémoire, et les différentes directions fonctionnelles. La question du circuit de décision est posée pratiquement chaque fois que je fais une demande aux différents services administratifs sans passer par la validation du directeur fonctionnel ou de la direction générale. Cette coordination et ce lien ne sont pas une évidence pour deux raisons :

- ce type de direction de structure n'existait pas jusqu'à présent au C.H. Montpon. La seule direction transversale reconnue était la direction générale du C.H.

- jusqu'en juin 2013 j'occupais des fonctions de cadre de proximité au C.H. Montpon et tous les directeurs étaient mes supérieurs hiérarchiques. La configuration du nouveau poste de directeur de la filière médico-sociale nécessite une déconstruction et une reconstruction des relations entre les différents directeurs et moi.

Au quotidien l'impact de cette organisation peut être :

- qui prend la décision d'achat, d'investissement pour la M.A.S. ?
- qui décide de la durée des Contrats à Durée Déterminée (C.D.D.) ou du passage en Contrat à Durée Indéterminée (C.D.I.) pour les personnels affectés sur la M.A.S. ?
- qui décide de l'affectation des personnels sur la M.A.S. ?
- est-ce que la démarche qualité du C.H. Montpon s'applique sur la M.A.S. ?
- qui fait le lien avec les partenaires sociaux concernant les questions sur les conditions de travail des professionnels sur la M.A.S. ?

c. Conséquences de ces liens étroits

La première conséquence de ces liens étroits entre la M.A.S. et le C.H. Montpon est une sécurité d'organisation par un accompagnement logistique et administratif rodé.

Par contre cela provoque une indifférenciation de la M.A.S. par rapport à l'ensemble organisationnel du C.H. Montpon, et donc une réelle difficulté à imaginer cet établissement médico-social comme pouvant avoir des besoins propres.

Se pose ensuite la problématique de la constitution de l'équipe de direction du C.H. Montpon dont je fais partie en tant que directeur de la M.A.S. Cette configuration nouvelle questionne régulièrement le circuit des décisions. La M.A.S. est-elle vraiment autonome ? Le directeur de la M.A.S. peut-il prendre des décisions sans l'aval des directeurs fonctionnels ? Des décisions concernant la M.A.S. peuvent-elles être prises sans l'aval du directeur de la M.A.S. ?

Ces liens étroits entre la M.A.S. et le C.H. Montpon posent la question de l'identité de ce nouvel établissement médico-social. En effet, un des enjeux forts pour les résidents

de la M.A.S., pour les familles d'usagers et pour l'équipe est de proposer une offre de service différente de celle qui était faite jusqu'alors. Or, je me rends compte que le statut juridique et l'agrément médico-social ne suffisent pas à l'établir. En tant que directeur de la M.A.S., je dois faire un travail de positionnement de cette nouvelle entité dans son environnement interne et externe au C.H.

1.3 Des politiques publiques qui évoluent et qui orientent l'accompagnement des usagers du secteur médico-social.

Après avoir fait un état des lieux sur les besoins des usagers et l'offre de service proposée, il me paraît intéressant de faire un point sur l'évolution du cadre législatif qui entoure le secteur médico-social depuis maintenant 40 ans. En quoi l'évolution de ces lois ont-elles un impact sur l'accompagnement quotidien des usagers ? En quoi les frontières entre le secteur médico-social et le secteur sanitaire sont-elles parfois infranchissables et en quoi sont-elles aussi poreuses ?

1.3.1 Histoire et construction du secteur médico-social : de la loi de 1975 à la loi 2002-2.

Historiquement, la prise en charge des plus nécessiteux a été assurée par l'hôpital/asile. Les deux lois de 1975³⁵ viennent marquer « *une fracture nette entre le champ de la maladie et du soin d'une part, celui du handicap et de l'inadaptation d'autre part.* »³⁶ A partir de là, est posé un cadre législatif précis pour le développement d'une action sociale et médico-sociale pour les personnes handicapées qui ne sont plus considérées comme « malades » et ayant besoin de soin mais comme ayant besoin d'un accompagnement leur permettant d'intégrer la société avec leur handicap.

La loi du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées promeut dans son article 1^{er} la prévention et le dépistage du handicap afin que l'Etat puisse apporter des réponses adaptées aux personnes handicapées. L'objectif recherché est d'assurer aux personnes handicapées toute l'autonomie dont elles sont capables. Ainsi naissent les taux d'incapacité qui permettent d'allouer des ressources ou des moyens venant compenser le handicap. L'idée générale est de subvenir aux besoins des personnes handicapées, de donner les moyens à leurs familles, leur entourage ou à elles-mêmes de vivre dans des conditions décentes malgré le handicap. Ainsi sont mises en place différentes dispositions du type : établissements spécialisés gratuits pour les

³⁵ Loi n°75-534 d'orientation en faveur des personnes handicapées et n°75-535 relative aux institutions sociales et médico-sociales du 30 juin 1975.

³⁶ JAEGER M., 2012, *L'articulation du sanitaire et du social*, 3^{ème} édition, Dunod, Paris, p.2.

enfants proposant une éducation spéciale, l'Allocation Adulte Handicapé ou encore l'Allocation d'Education Spéciale.

Concernant les M.A.S., elles commencent à apparaître dans l'article 46 de la loi d'orientation comme des « établissements ou services d'accueil et de soins destinés à recevoir des personnes handicapées adultes n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie et dont l'état nécessite une surveillance médicale et des soins constants. »³⁷

C'est le décret du 26 décembre 1978³⁸ qui institue les « maisons d'accueil spécialisé ». La circulaire du 28 décembre 1978³⁹ précise quelles sont les personnes qui relèvent de leur accueil⁴⁰.

La loi 2002-2⁴¹ va plus loin que la loi de 1975 concernant les usagers. La première orientation qu'elle défend est celle de l'affirmation et de la promotion des droits des bénéficiaires et de leur entourage. Elle pose comme principes fondamentaux pour chaque personne accompagnée dans un établissement médico-social « le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité et de sa sécurité »⁴².

Elle impose la mise en place d'outils permettant l'exercice de ces droits, notamment le droit à la citoyenneté pour les personnes handicapées. Ces outils sont la charte de la personne accueillie, le règlement de fonctionnement, le livret d'accueil, le contrat de séjour auquel est annexé le projet individualisé revu tous les ans, le projet d'établissement revu tous les 5 ans, le Conseil de la Vie Sociale (C.V.S.) et la mise à disposition de l'information permettant de solliciter l'avis ou le conseil d'une personne qualifiée. Au-delà du remplacement de l'utilisateur comme acteur de son accompagnement, la loi 2002-2 intègre dans son texte la notion d'évaluation des pratiques et des besoins.

Au travers de ces deux grandes lois qui ont organisées le secteur social et médico-social ces 40 dernières années, nous pouvons voir déjà une évolution du regard posé par la société sur la personne handicapée : elle passe d'une place où l'on vient compenser son handicap en 1975 à une place où elle redevient actrice de sa vie en 2002.

³⁷ Article 46 de la loi n°75-534.

³⁸ Décret n°78-1211 du 26 décembre 1978 portant application des dispositions de l'article 46 de la loi n°75-534 d'orientation en faveur des personnes handicapées.

³⁹ Circulaire du 28 décembre 1978 relative aux modalités d'application des dispositions de l'article 46 de la loi n°75-534 d'orientation en faveur des personnes handicapées.

⁴⁰ CHAVAROCHE P., 2010, *Travailler en MAS, l'éducatif et le thérapeutique au quotidien*, Editions Erès, Toulouse, p.7.

⁴¹ Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. JORF du 3 janvier 2002 p.124.

⁴² Article L.311-3 du Code l'Action Sociale et des Familles (CASF)

1.3.2 Evolution du cadre législatif et règlementaire sur les frontières entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social.

Deux textes de loi majeurs concernant le secteur sanitaire et social sont venus brouiller les pistes concernant les frontières entre les notions de soin et d'accompagnement.

a. La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

La « *notion de handicap psychique est apparue dans les années 1960 pour signifier la nécessité de dépasser la distinction formelle entre handicap et maladie mentale.* »⁴³ La notion de handicap renvoyant au secteur médico-social, le terme psychique renvoyant lui au champ de la psychiatrie.

La loi du 11 février 2005⁴⁴ pour l'égalité des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées évoque pour la première fois, sur un plan législatif, la notion de handicap psychique. Au-delà du changement de paradigme qu'introduit cette loi sur la question de la place de la personne handicapée dans notre société, la notion de handicap psychique marque clairement cette frontière symbolique entre le sanitaire et le médico-social.

De nombreux patients de l'hôpital peuvent répondre à cette définition de handicap psychique. Je pense notamment à toutes les personnes qui sont hospitalisées au long cours (celles dont les hospitalisations excèdent 292 jours). La notion de handicap psychique les transfère de manière automatique du champ sanitaire au champ médico-social. Or, ce transfert de compétence n'est pas si simple pour deux raisons :

- il y a un manque chronique de place dans le secteur médico-social, ce qui ne permet pas d'envisager beaucoup de sorties de l'hôpital.

- les structures médico-sociales traditionnelles ne sont pas toujours préparées à accueillir les troubles liés au handicap psychique ou à la maladie mentale.

La conséquence de ce constat est que de nombreuses personnes restent hospitalisées dans des conditions qui ne répondent pas véritablement à leurs besoins. La prise en charge est axée essentiellement sur le soin sans prendre suffisamment en considération la notion de lieu de vie. L'hôpital, dont la mission première est d'accueillir la crise, la traiter et la stabiliser ne peut pas toujours orienter vers des lieux d'accompagnement au long cours. Il n'est pourtant pas organisé, tant sur un plan matériel

⁴³ JAEGER M., 2012, *L'articulation du sanitaire et du social*, 3^{ème} édition, Dunod, Paris, p.41

⁴⁴ Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, JORF n°36 du 12 février 2005, p.2353.

que sur celui des compétences professionnelles, pour prendre en compte cette dimension de lieu de vie.

La notion de handicap psychique introduit par la loi de 2005 est donc un véritable point d'ancrage pour penser l'accompagnement médico-social des personnes hospitalisées au long cours en hôpital psychiatrique.

b. La loi Hôpital-Patient-Santé-Territoire (H.P.S.T.)

La loi du 21 juillet 2009 dite H.P.S.T.⁴⁵ vient modifier le paysage sanitaire et médico-social régional. Avec cette loi notamment, il y a une redistribution des compétences et une volonté de coordination, d'homogénéisation et de régulation de l'offre de service sanitaire et médico-sociale sur un territoire. Ainsi, la tutelle des hôpitaux, qui était déjà régionalisée, passe de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (A.R.H.) à l'Agence Régionale de Santé (A.R.S.), ce qui ne change pas fondamentalement les choses pour les établissements de santé. Par contre, s'agissant des établissements médico-sociaux, l'organisme tutélaire qu'était la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (D.D.A.S.S.) disparaît et ses compétences sont transférées à l'A.R.S. Cela change sensiblement les rapports avec les tutelles puisque l'organisme tarificateur passe d'une vision départementale à une vision régionale.

Le deuxième grand changement de cette loi est que, de deux tarificateurs qu'étaient l'A.R.H. et la D.D.A.S.S., il n'en reste qu'un : l'A.R.S. Ce qui signifie que le financement des établissements médico-sociaux va être comparé, mis en lien avec celui des établissements hospitaliers, et vice-versa.

« Dans chaque région et dans la collectivité territoriale de Corse, une agence régionale de santé a pour mission de définir et de mettre en œuvre un ensemble coordonné de programmes et d'actions concourant à la réalisation, à l'échelon régional et infrarégional :

« — des objectifs de la politique nationale de santé définie à l'article L. 1411-1 du présent code

« — des principes de l'action sociale et médico-sociale énoncés aux articles L. 116-1 et L. 116-2 du code de l'action sociale et des familles

« — des principes fondamentaux affirmés à l'article L. 111-2-1 du code de la sécurité sociale.

« Les agences régionales de santé contribuent au respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. »⁴⁶

⁴⁵ Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, JORF n°0167 du 22 juillet 2009

⁴⁶ Article 118 de la loi dite H.P.S.T.

Ce changement est forcément une inquiétude pour le secteur médico-social. Cependant, il me semble que c'est aussi une opportunité pour le rapprochement de ces deux secteurs que sont le sanitaire et le médico-social. En effet, jusque-là, la communication n'était pas forcément bonne, les logiques différentes (l'une axée sur le soin et l'autre axée sur le handicap) ne permettaient pas une bonne compréhension des contraintes des uns et des autres. Ceci engendrait des passages à l'acte de part et d'autre, les usagers faisant des allers-retours entre les institutions médico-sociales et l'hôpital, chacun disant que la problématique de l'utilisateur ne correspondait pas à ses compétences-missions.

Il me semble donc qu'il y a sans doute un intermédiaire à trouver permettant de conjuguer les logiques du secteur médico-social et celles du secteur sanitaire. Inventer des lieux de vie qui n'excluent pas le soin et des lieux de soin où l'on pourrait vivre.

1.3.3 Les recommandations européennes : une M.A.S. est-elle une forme de désinstitutionnalisation par rapport à l'hôpital psychiatrique ?

La recommandation du Conseil de l'Europe concernant la désinstitutionnalisation pour les enfants⁴⁷ dit qu'il est recommandé « *aux gouvernements des Etats membres de prendre toutes les mesures législatives, administratives et autres adaptées à cette situation et respectueuse des principes énoncés en annexe de la présente recommandation, afin de remplacer l'offre institutionnelle par des services de proximité dans un délai raisonnable et grâce à une démarche globale* ».

Cette recommandation part du principe que la réponse actuelle, concernant le champ de l'enfance, n'est pas satisfaisante. Aujourd'hui, cette question de la désinstitutionnalisation ne concerne que les enfants. Qu'en est-il des adultes handicapés ? Faut-il penser, pour eux également, une autre forme d'accompagnement qui soit plus proche de la vie de « tout un chacun » ?

La M.A.S. Maud MANNONI, qui a ouvert en septembre 2013, doit être pensée - dans les modalités d'accompagnement qu'elle propose, dans son projet, dans les projets individualisés qui vont être faits avec et pour les résidents - comme une forme de désinstitutionnalisation. Bien sûr, une MAS n'est pas la vie en ville. Cependant, lorsque l'on dit que si les résidents ne peuvent pas aller à l'extérieur nous ferons entrer l'extérieur dans la M.A.S., n'est-ce pas déjà une forme de désinstitutionnalisation ?

⁴⁷ Recommandation CM/Rec(2010)2 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la désinstitutionnalisation des enfants handicapés et leur vie au sein de la collectivité.

1.3.4 La question centrale : du soin au prendre soin.

Le pari de la M.A.S. Maud MANNONI est de proposer un accompagnement médico-social pour des personnes qui n'ont pu y accéder ou qui n'ont pu y demeurer. Comment dans ce contexte, faire du médico-social pour des personnes qui en ont été exclues ? Comment faire en sorte de proposer malgré tout une véritable réponse médico-sociale et que la M.A.S. ne reste pas une unité sanitaire de l'hôpital ?

Au terme de ce diagnostic, il apparaît que la M.A.S. Maud MANNONI, issue du C.H. Montpon, répond à tous les critères pour être un établissement médico-social digne de ce nom. Elle propose une offre de service adaptée à ses usagers notamment en ce qui concerne la prise en compte de la dimension de lieu de vie.

Le statut juridique a changé en septembre 2013. Le bâtiment, tout neuf, est parfaitement adapté pour un accompagnement de type médico-social. Tous les outils de la loi 2002-2 existent. La composition de l'équipe est construite, telle que décrite dans le décret du 20 mars 2009⁴⁸, sur le principe de la pluridisciplinarité. Tout est réuni pour que cet établissement propose un véritable accompagnement médico-social. Pourtant, de ma place de directeur de la M.A.S. Maud MANNONI, je constate que cette dimension de lieu de vie a encore des difficultés à être une réalité quotidienne ; nous gardons des habitudes centrées sur le soin et nous devons maintenant passer au prendre soin.

Comment, de ma place de directeur de cette structure, vais-je mettre en cohérence tous ces éléments construits sur le principe médico-social afin de proposer aux résidents de la M.A.S. Maud MANNONI, malgré leur parcours en psychiatrie, un accompagnement médico-social ? Comment passer de la prise en charge sanitaire à l'accompagnement médico-social ?

Au terme de ce diagnostic, je fais l'hypothèse que la question qu'il me reste à traiter pour que cette M.A.S. mette en œuvre pleinement son projet d'accompagnement médico-social, est la question de la culture. Je me dois d'accompagner l'équipe de la M.A.S. dans le passage de la culture sanitaire où le symptôme est au centre, à la culture médico-sociale où la personne est au centre.

⁴⁸ Décret du 20 mars 2009 relatif aux obligations des établissements et services accueillant ou accompagnant des personnes handicapées n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie. JORF n°0072 du 26 mars 2009 p.5375.

La question qui va guider ma pratique de directeur au terme de ce diagnostic sera : **Comment impulser une culture médico-sociale dans une M.A.S. issue d'un hôpital psychiatrique et dont la vocation est d'accompagner des personnes dont les troubles du comportement n'ont pas permis l'accès au secteur médico-social traditionnel ?**

Mes hypothèses de travail seront :

- Sur un plan théorique : donner à la M.A.S. une identité et une culture propre doit permettre la mise en œuvre de son fonctionnement médico-social même en dépendant d'un hôpital.

- Sur un plan opérationnel : impulser le changement, en interne comme en externe, doit permettre que la M.A.S. déploie toute la dimension médico-sociale de son accompagnement.

2 Concilions les cultures du « soin » et du « prendre soin » !

La première partie de ce mémoire a montré le chemin qui a été fait par l'équipe de l'unité Maud MANNONI pour la mise en place de la M.A.S. Maud MANNONI. Comme le dit R. SAINSAULIEU, « *pour passer du présent au futur, et prendre le risque de s'engager dans un processus de changement, il devient alors évident que l'anticipation est fondamentalement une question d'évaluation et d'apprentissage culturels.* »⁴⁹

Après avoir fait tout un chemin pour comprendre ce qu'est l'accompagnement médico-social, il faut le mettre en pratique, au quotidien, auprès de ces résidents qui hier étaient pour une grande partie des patients de l'hôpital. Mais qu'est-ce qu'un accompagnement médico-social ? Qu'est-ce que cela change par rapport à ce qui était fait avant ? Qu'est-ce que cela implique de prendre en considération la dimension de lieu de vie ?

Dans cette deuxième partie, je vais vous faire part des enjeux de cette évolution, de la manière dont je pense accompagner cette équipe vers un changement de culture. La culture étant définie comme « *l'ensemble des normes, manières d'agir et de penser [...] d'un groupe donné. [...] La culture prend l'aspect de modèles (langages, types de conduite, attitudes, croyances...) admis par tous qui s'incarnent dans les conduites individuelles et se transmettent.* »⁵⁰

Il faut construire ce passage du soin au prendre soin, tout en gardant à l'esprit l'accueil des symptômes que peuvent présenter les résidents et le travail avec cette réalité difficile qui peut parfois nous mettre à mal professionnellement et humainement.

2.1 Le développement d'une nouvelle offre de service au sein d'une organisation.

2.1.1 Accompagner une équipe vers le changement : du management participatif à la prise de décision.

L'élaboration du projet et la préparation de l'ouverture de la M.A.S. Maud MANNONI a été le quotidien de l'équipe de l'unité Maud MANNONI pendant environ 5 ans. Un certain nombre de professionnels a donc eu l'opportunité de participer à toutes les étapes de ce projet : de l'écriture du projet de vie pour le C.R.O.S.M.S., à l'écriture du

⁴⁹ SAINSAULIEU R., 1997, *Sociologie de l'entreprise, Organisation, culture et développement*, Presses de Sciences Po et Dalloz, Mayenne, p.24

⁵⁰ LAFONT R., 1991, *Vocabulaire de psychopédagogie et Psychiatrie de l'enfant*, 6^{ème} édition, Presses Universitaires de France, Paris, Définition de « culture », p.250

projet d'établissement pour la visite de conformité en passant par l'élaboration des outils de la loi 2002-2 et les choix architecturaux.

Comme démontré par M. CROZIER et E. FRIEDBERG dans « *L'acteur et le système* » : « *Le pouvoir ne se conçoit que dans la perspective d'un but qui, dans une logique instrumentale, motive l'engagement des ressources de la part des acteurs.* »⁵¹ J'ai eu l'opportunité, durant toute cette période de mutation, d'occuper cette place de pouvoir mise au service de l'objectif fixé de transformation de l'offre de service.

Cette expérience me permet aujourd'hui, à partir du vécu managérial que j'ai eu, de faire des choix stratégiques concernant l'accompagnement d'une équipe vers le changement. Je vais ici évoquer les principes managériaux que j'adopte pour accompagner cette équipe dans la mise en œuvre d'une offre de service médico-sociale.

a. Un style démocratique.

Afin de limiter les effets de la résistance au changement et permettre l'évolution de l'accompagnement, je décide d'impliquer au maximum les différents acteurs qui participent à la vie de l'établissement. Tout l'enjeu est d'être à l'écoute de ce qui existe mais aussi de proposer aux professionnels d'envisager une nouvelle organisation et de nouveaux modes d'accompagnement. Je m'appuie en cela sur les théories managériales de K. LEWIN concernant la dynamique d'un groupe restreint⁵², auquel j'assimile l'équipe de la M.A.S., l'échange démocratique donnant selon lui de meilleurs résultats que l'autocratie ou le laisser-faire. Il s'agit donc pour moi d'associer le plus possible les personnes concernées par ce projet : les professionnels, les usagers et leurs représentants.

b. Une tentative pour faire émerger une finalité commune.

P. BOURDIEU⁵³ présente la perception du monde de l'art, notamment du beau et du laid, comme un construit culturel, comme issu de l'éducation reçue. Pour transposer cela à ma problématique, qui est d'implanter une nouvelle culture dans une équipe, il me faut prendre en compte les différences émanant des métiers qui doivent cohabiter dans l'optique d'un service nouveau à l'utilisateur. L'enjeu sera d'instaurer une culture commune, des références qui viendront « éduquer » sur le bon et le mauvais de notre accompagnement. Il s'agit pour moi de construire, dans une phase où les repères, les habitudes sont questionnés, de nouveaux modes d'accompagnements pour

⁵¹ CROZIER M., FRIEDBERG E., 1977, *L'acteur et le système, les contraintes de l'action collective*, Editions du Seuil, Paris, p. 67

⁵² ANZIEU D., MARTIN J.-Y., 1968, *La dynamique des groupes restreints*, PUF, Paris, p. 83

⁵³ BOURDIEU P., 1979, *La distinction, critique sociale du jugement*, Les éditions de minuit, Paris.

« automatiser » le travail ensemble, la complémentarité, la différence au service d'une finalité commune : le mieux-être de l'utilisateur.

J. VANNEREAU dans un article intitulé « *Management de groupe et finalité commune* »⁵⁴ définit le management sur trois niveaux : le management d'un groupe, le management de contradictions et l'articulation des niveaux logiques individuels et collectifs. Je peux, de ma place de directeur d'établissement, fixer des objectifs, donner des directives, des ordres ; mais de cette position je m'exclus du groupe, donc je ne participe pas à la finalité commune. Il me faut être dans et hors à la fois, dans cette place particulière d'interface entre le dedans et le dehors de l'établissement, dans la conciliation des différentes contraintes qui le traversent, dans l'articulation des logiques de structuration et de considération des personnes. Il faut à la fois contrôler et faire adhérer, prescrire et être à l'écoute, imposer et négocier. Cela pour faire émerger cette « finalité commune » nécessaire à la cohérence, au suivi du projet, à la réussite de celui-ci par la modification du regard et des pratiques.

c. La rivalité mimétique comme moteur au projet.

Un autre point d'ancrage managérial, que je choisis, est de donner une identité à cette équipe en mutation. Cette identité⁵⁵ peut se révéler en différenciant cet établissement des autres, en démontrant ce qui le caractérise, ses particularités, sa raison d'être dans un paysage sanitaire et médico-social donné. Ce sont ces caractéristiques, repérées, étayées, construites qui peuvent permettre l'émergence d'une identité et d'une culture au sein de cet établissement. J. VANNEREAU l'évoque en termes de rivalité mimétique⁵⁶. Je compte m'appuyer sur le désir mimétique pour faire évoluer cette équipe. Celui-ci se joue à l'intérieur du groupe où les individus vont tenter d'être ce qu'est l'autre pour avoir ce qu'a l'autre, mais aussi au niveau groupal où l'équipe va mettre en place cette rivalité mimétique par rapport à d'autres équipes. Je dois canaliser et orienter cette dynamique pour une évolution vers des objectifs communs et toujours au service de l'utilisateur.

d. De la théorie à la pratique.

Afin d'utiliser ces concepts managériaux au service des usagers de la M.A.S. Maud MANNONI, voici comment j'ai procédé lors de l'écriture du projet de la M.A.S. et

⁵⁴ VANNEREAU J., 2006, Représentation et Management : Management de groupe et « finalité commune », *Cognitive*, n°9, pp. 51-67.

⁵⁵ MISPELBLUM BEYER F., 2006, *Encadrer un métier impossible ?*, Armand Colin, Paris, p. 117

⁵⁶ VANNEREAU J., 2002, « Pour comprendre les violences relationnelles dans les milieux professionnels », *Performances : stratégies et facteur humain*, n°2, pp. 21-26.

comment, au quotidien, ceci me permet d'instaurer progressivement une culture, une identité à cet établissement médico-social issu de la psychiatrie.

1^{er} temps qui s'appuie sur le management démocratique et l'élaboration d'une finalité commune :

- une réunion institutionnelle présentant à l'équipe l'objectif fixé d'écriture du projet d'établissement de la M.A.S. avec l'organisation de ce travail par la constitution de différents groupes ayant pour objectif de réfléchir sur différents thèmes⁵⁷. Ces groupes sont constitués sur la base du volontariat et ont chacun pour mission de proposer une réflexion permettant la mise en place opérationnelle d'un des éléments de l'accompagnement des résidents (la constitution des groupes de résidents, la construction d'une journée type ou encore les choix d'ameublement des locaux). En fonction des objectifs fixés par ces groupes de travail, les propositions sont entérinées par le groupe lui-même, par moi-même en temps que directeur ou par un vote démocratique et un choix à la majorité des voix exprimées.

Pour exemple, le groupe chargé de choisir les couleurs des locaux a entériné lui-même ses choix, c'est d'une place de directeur que j'ai validé les fiches de poste, et les choix des noms des différents locaux, lieux de la M.A.S. ont été votés démocratiquement.

Dans l'accompagnement de cette équipe, je dois, en tant que directeur, être à la fois avec elle et à la fois en dehors d'elle, afin d'orienter les différents choix en fonction des propositions mais également des différents éléments externes qui interviennent dans le projet : les besoins des résidents, les besoins du territoire, les contraintes financières, les contraintes du droit du travail, la cohabitation des métiers...

2^{ème} temps qui s'étaye sur le principe de la « rivalité mimétique » :

- A partir du moment où se mettent en place les groupes de travail, il s'agit de maintenir une dynamique tout au long de l'élaboration et de la mise en place du projet pour que naissent les idées novatrices et que les professionnels fassent « équipe ». Dans le réel de ce travail, il a fallu permettre aux professionnels d'échanger entre eux afin qu'ils puissent se projeter dans l'avenir à partir de ce qu'ils connaissaient et avec les craintes qu'ils pouvaient avoir de cet « inconnu ». Les débats, le partage d'expériences et d'idées pour dépasser les situations présumées difficiles, ont permis à ces professionnels de mieux se connaître, de ne pas rester sur des *a priori*, de se faire confiance et donc d'être une équipe professionnelle pouvant mettre en œuvre une offre de service.

3^{ème} temps concernant la validation des différents choix du projet d'établissement :

- Tout au long du projet, tous les professionnels ne pouvant participer à tous les groupes de travail, il était mis à leur disposition l'état d'avancement de chaque groupe. Ceci pouvait toujours être critiqué, amendé ou étayé par des informations partagées par

⁵⁷ Cf. annexe n°4 : tableau des groupes de travail ayant élaborés le projet de la M.A.S.

les membres de l'équipe. Les différents modes de décisions décrits plus haut ont permis de valider les propositions des groupes de travail puis de faire une présentation générale du projet afin de revenir sur un processus démocratique et de retrouver la cohérence de la finalité commune posée au démarrage du projet.

- Une fois que l'équipe de l'unité Maud MANNONI a terminé l'écriture du projet d'établissement de la M.A.S., celui-ci a été validé par les instances du C.H. Montpon puis a passé l'épreuve de la visite de conformité pour déboucher sur l'autorisation d'ouverture de la M.A.S. en septembre 2013.

2.1.2 La communication interne et externe pour que soient repérées les nouvelles références et la nouvelle organisation.

Un des enjeux forts, concernant l'identité propre à donner à cette M.A.S. issue d'un hôpital psychiatrique, est la question de la communication sur ce qu'elle est. Quelle est son offre de service ? Qu'est-ce qui la différencie des autres M.A.S. ? Qu'est-ce qui la différencie de l'hôpital et de ce qui se faisait avant dans l'unité Maud MANNONI ?

Cette communication est essentielle pour un positionnement de cet établissement médico-social sur un territoire, mais également et surtout pour les professionnels qui travaillent au quotidien auprès des résidents. C'est en premier lieu eux qui doivent intégrer ce changement de culture et passer du « soin » au « prendre soin » dans l'accompagnement qu'ils réalisent.

Comme l'évoque C. DEJOUR, « *la visibilité est pourtant la condition du passage du statut subjectif de l'ingéniosité à l'objectivation de ces trouvailles.* »⁵⁸ Concernant la M.A.S., le passage du statut d'unité psychiatrique dépendant d'un hôpital à celui d'établissement médico-social passe donc par sa capacité à être repéré dans son identité propre en interne comme en externe. Ceci passera par la construction progressive de nouvelles manières d'échanger avec son environnement (en interne au C.H. avec les circuits de décision par exemple et en externe avec le positionnement vis-à-vis des autres établissements médico-sociaux : relais, soutien...).

De plus, « *la communication d'informations a toujours une grande valeur stratégique. Elle s'effectue donc en fonction des objectifs des individus et de ceux qu'ils prêtent à leurs correspondants.* »⁵⁹ Si mon objectif, en tant que directeur, est d'impulser une nouvelle culture dans ce jeune établissement pour que l'offre de service corresponde aux besoins des usagers, je dois réfléchir à la communication interne et externe. En effet, comme l'explique P. BERNOUX, cette communication a une valeur stratégique.

⁵⁸ DEJOUR C., 1995, *Le facteur humain*, Editions P.U.F., collection « Que sais-je ? », Paris, p.57

⁵⁹ BERNOUX P., 1985, *La sociologie des organisations*, Editions du Seuil, Evreux, p. 165

Stratégique encore une fois pour positionner l'établissement et son offre de service dans un territoire. L'intérêt de ce positionnement est de venir apporter une réponse complémentaire à celle qui existe déjà et également de ne pas être confronté à des demandes inappropriées. En effet, un établissement ayant le qualificatif M.A.S. peut accueillir un public très diversifié, toujours dans le champ d'un handicap sévère mais celui-ci va du handicap physique au handicap psychique en passant par le polyhandicap, les troubles neurologiques ou encore les traumatismes crâniens⁶⁰. Or, une trop grande mixité de ces publics pourrait mettre en danger certains résidents ; faire cohabiter des personnes autistes présentant des troubles du comportement hétéro-agressif et des personnes polyhandicapées « coincées » sur un fauteuil coquille peut nuire à la sécurité des résidents. De plus, des professionnels confrontés à un accompagnement si diversifié risquent de se perdre dans celui-ci, de prioriser l'accompagnement de certains résidents alors que d'autres seront un peu laissés-pour-compte.

P. BERNOUX précise que « *la véritable stabilité d'un système résulte donc de son aptitude à réguler ses échanges avec l'environnement.* »⁶¹ La communication externe avec l'environnement de la M.A.S., que ce soit au niveau du C.H. Montpon ou avec les tutelles et établissements du territoire, permet de positionner celle-ci dans ce qu'elle peut proposer aux usagers et ainsi, réguler les échanges avec cet environnement et stabiliser le fonctionnement interne. Les déséquilibres étant toujours sources d'angoisse tant pour les professionnels que pour les résidents ; autant de sources de troubles qu'il faut ensuite réguler.

En interne, « *le problème de l'organisation est de permettre la différence et l'altérité tout en gardant l'unité. D'où la nécessité du respect de ces différences. Il ne peut exister que dans la reconnaissance, qui passe elle-même par des structures de négociation. Celle-ci est, en effet, le principal moyen social de la reconnaissance, négocier avec quelqu'un, c'est être reconnu par lui. D'où l'importance de cette fonction de négociation dans un groupe. Elle reconnaît chaque individu comme différent et l'admet cependant comme un membre du groupe.* »⁶² La communication interne de la M.A.S. passe, bien sûr, par la clarification des missions de l'établissement, donc de l'offre de service qui doit y être délivrée, mais également par la reconnaissance de chacun, à sa place dans l'organisation. Il est donc essentiel, pour le directeur d'établissement, d'être attentif à cela. Il doit construire un projet en reconnaissant les compétences et les connaissances des experts que sont les professionnels de terrain. D'où l'importance, me

⁶⁰ Décret n°2009-322 du 20 mars 2009 relatif aux obligations des établissements et services accueillant ou accompagnant des personnes handicapées n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie. JORF n°0072 du 26 mars 2009 p.5375.

⁶¹ SAINSAULIEU R., 1997, *Sociologie de l'entreprise, organisation, culture et développement*, 2^{ème} édition, Presse de Sciences Po et Dalloz, Paris, p.143

⁶² BERNOUX P., 1985, *La sociologie des organisations*, Editions du Seuil, Evreux, p. 179

concernant, de m'appuyer sur l'histoire, sur les professionnels qui accompagnent les résidents depuis longtemps pour savoir d'où l'on part et ainsi fixer le cap qui nous guidera durant la phase de changement.

2.1.3 L'appui sur l'existant pour lancer l'innovation.

Comment développer une nouvelle manière de faire avec l'utilisateur sans tenir compte de ce qui se faisait jusqu'à présent. Je décompose ce travail en trois temps :

- Donner la parole aux professionnels de terrain pour qu'ils puissent « raconter » la manière dont ils travaillent, ce qu'ils pensent de l'accompagnement quotidien des usagers, qu'ils évoquent les difficultés qu'ils peuvent rencontrer... « *Ces échanges actifs entre professionnels, ces changements de posture, ces (re)mises en question, voire la déconstruction de la pratique, ainsi que les apprentissages théoriques et pratiques, ont pu définir, voire affirmer, une posture professionnelle commune. La professionnalité pouvant également désigner les acquis des personnes, et leur capacité à les utiliser dans une situation donnée.* »⁶³ Confronter les pratiques, c'est permettre à chacun d'exposer sa manière de voir, sa façon de faire, son « tour de main », et ainsi de s'en saisir à la fois comme une richesse pouvant soutenir une nouvelle approche et, en déconstruisant celle-ci, adopter une autre posture professionnelle.

- Aller à la rencontre d'autres pratiques professionnelles, d'autres constructions théoriques et pratiques de l'accompagnement pour s'enrichir de la différence. « *L'un des principes de la pensée complexe, c'est de rester ouvert à tout éventail de modes de pensée, de n'en privilégier aucun a priori, mais d'en choisir un qui semble adapté à la situation, le plus « écologique ».* »⁶⁴ C'est par cette ouverture, par le biais de rencontres entre professionnels organisées autour « d'opportunité » (synthèses, accueil temporaire, visite, immersion, formations...) que peuvent émerger de nouvelles manières de penser l'accompagnement des résidents. L'important pour le directeur, dans cette phase, est de se saisir des opportunités, parfois de les provoquer, d'être à l'écoute et de valoriser les propositions qui ne manquent pas d'être portées par les professionnels eux-mêmes.

- Expérimenter de nouvelles manières de faire autrement que sur le papier, en faisant vivre aux professionnels et aux usagers de nouvelles expériences. Dans ces situations il ne faut pas hésiter à tenter de mettre en pratique les idées nouvelles, de ne pas se cantonner aux expériences passées, parfois malheureuses. Mais pour cela, il faut garantir à l'équipe un soutien, une certaine sécurisation qui autorise une expérimentation. Comme l'évoque R. SAINSAULIEU, « *des périodes d'apprentissage créées de la*

⁶³ AMISTANI C. (Dir.), SCHALLER J.-J. (Dir.), 2008, *Accompagner la personne gravement handicapée, l'invention des compétences collectives*, Editions Erès, Ramonville St-Agne, p.144.

⁶⁴ GENELOT D., 2001, *Manager dans la complexité, réflexions à usage des dirigeants*, 3^{ème} édition, INSEP Consulting Edition, Paris, pp.104-105

solidarité autour de l'expérience de dépannage et de chef-d'œuvre à plusieurs. »⁶⁵ Une fois que la période d'apprentissage a généré de la solidarité, et dans le meilleur des cas un « *chef-d'œuvre à plusieurs* », alors la nouvelle pratique, la nouvelle manière de voir l'accompagnement, le nouveau « tour de main », peut être entériné par les professionnels de terrain.

Mais, « *la difficulté vient de ce que l'apprentissage de la nouvelle pratique sociale se fait à l'intérieur de l'ancienne, de ce qu'il faut inventer des relations différentes dans un système qui vit une certaine pratique.* »⁶⁶ Le directeur d'établissement que je suis doit donc mettre en œuvre les moyens permettant l'émergence de ces nouvelles pratiques qui inventent forcément de nouvelles organisations et qui bouleversent l'ordre établi jusque-là. Inventer une nouvelle manière d'accompagner le résident, ce n'est pas rejeter en bloc ce qui s'est fait avant, il faut savoir repérer quels savoir-faire conserver, notamment dans cette situation de transition du sanitaire vers le médico-social, pour des résidents pour qui le médico-social traditionnel n'a pas fonctionné.

2.2 Articuler la dimension sanitaire et la dimension médico-sociale dans l'accompagnement des usagers de la M.A.S.

2.2.1 Le soin en psychiatrie

a. La notion de « cure »

« *Les soins de réparation, « CURE » de l'anglais « to cure » : curer, réséquer, traiter en ôtant le mal... qui sont les soins de réparation ou de traitement de la maladie.* »⁶⁷ Avec la notion de cure est associé le principe de la guérison. Or, qu'est-ce que la guérison ? La définition du Petit Larousse Illustré nous parle de « *Disparition complète d'un mal physique ou moral* »⁶⁸. Guérit-on en psychiatrie ? Peut-on guérir d'une psychose infantile, de l'autisme ? D'autant plus lorsque les notions de maladies sont parfois intrinsèquement liées aux notions de handicap.

« *Les soins de réparation (le « CURE ») ont pour but de limiter la maladie, de lutter contre elle et de s'attaquer aux causes. L'objet de réparation est devenu la fonction organique, la fonction mentale, l'organe, le tissu, voire la cellule isolée de son tout. Cela met en œuvre un processus d'analyse qui, s'il distingue les causes organiques, des causes psychiques, en a écarté les causes socio-économiques ; les soins de réparation étant le plus souvent réalisés en isolant chaque personne de son environnement, de sa*

⁶⁵ SAINSAULIEU R., 1997, *Sociologie de l'entreprise, organisation, culture et développement*, 2^{ème} édition, Presse de Sciences Po et Dalloz, Paris, pp.131-132

⁶⁶ BERNOUX Philippe, *La sociologie des organisations*, Editions du Seuil, Evreux, 1985, p. 203

⁶⁷ Le concept de « CARE » Les soins liés aux fonctions de la vie Actualités des formations continue de santé et du Grieps

⁶⁸ 2011, *Le Petit Larousse Illustré 2012*, Larousse, Paris, Définition de « guérison », p.521.

niche écologique, de son groupe, et même de lui-même en tant que personne et donc de tout de qui peut donner signification au processus santé-maladie... »⁶⁹

Ceci rejoint la logique de fonctionnement de l'hôpital qui mesure son activité à partir « d'actes » - entretiens, démarches, réunions...-, de file-active – nombre de patients suivis par un service, un établissement -, et de D.M.S. – la Durée Moyenne de Séjour qui est un indicateur important de performance -. Cette logique tend à mesurer et à normer ce que chaque maladie demande à l'hôpital comme moyens – humains, techniques et spatio-temporels – ceci afin d'en fixer le coût dans un objectif d'efficience. Les professionnels médicaux et paramédicaux sont actuellement formés sur ce modèle du soin, et la confrontation à des usagers relevant de maladies psychiatriques chroniques peut mettre à mal ce modèle.

La mission de l'hôpital est d'accueillir une situation de crise, de traiter la crise en la stabilisant puis d'orienter vers un ailleurs qui n'est plus l'hôpital. Ce modèle n'est absolument plus fonctionnel dans une M.A.S. qui elle, est un lieu de vie. Il faut donc que les professionnels qui ont été formés à cette pratique du cure fassent un effort d'acculturation pour imaginer un autre mode d'accompagnement différent qui n'est pas ciblé seulement sur le symptôme, sur les manifestations liées à la maladie et qu'il faut traiter.

D'où l'intérêt de s'intéresser à la notion de care dont je vais vous parler maintenant.

b. La notion de « care »

Cette notion de care doit être définie pour apporter un éclairage dans cette évolution des pratiques nécessaires pour passer d'une dimension du soin « curatif » à celle d'un « prendre soin », d'un accompagnement plus que d'une réparation.

« La notion de care [...] a été développée au sein d'écrits anglo-saxons d'abord, puis francophones, afin de différencier l'attitude du prendre 'soin' de celle d'un 'guérir' plus technicien. Cette notion se réfère à un accompagnement de proximité où une place importante est donnée à l'expérience des professionnels qui travaillent au plus près des personnes dépendantes. L'enseignement du care décrit des attitudes et comportements non pas déterminés par la règle ou le droit, mais par l'adaptation des réponses à une situation donnée, toujours singulière : « La pratique du care implique de sortir de son

⁶⁹ Le concept de « CARE » Les soins liés aux fonctions de la vie, Actualités des formations continue de santé et du Grieps

propre cadre de référence pour entrer dans celui de l'autre »⁷⁰. *L'éthique du care est donc une réponse contextualisée et personnalisée.* »⁷¹

Cette définition, tirée de la recommandation de bonnes pratiques de l'A.N.E.S.M. (Agence Nationale de l'Evaluation et de la Qualité des Etablissements et Services Sociaux et Médico-sociaux), m'amène un élément essentiel pour l'accompagnement des résidents de la M.A.S. Maud MANNONI, c'est le fait d'adapter les réponses à une situation donnée, une réponse contextualisée et personnalisée. Ceci implique que les professionnels soient armés pour cette adaptation immédiate, qu'ils se sentent en sécurité et en confiance, notamment avec la direction, pour se permettre ces prises d'initiative.

Carol GILLIGAN parle du care comme d'une « *capacité à prendre soin d'autrui* », un « *souci prioritaire des rapports avec autrui* »⁷². D'ailleurs le care s'inscrit dans un échange entre le professionnel et l'usager, « *Celui qui donne le soin a besoin de la réponse de l'autre. C'est le moment où transparait l'initiative de l'autre, où celui-ci reprend la main. A cette phase de réception du soin correspond la capacité à répondre.* »⁷³ C'est donc véritablement une place de sujet qui est donnée à l'usager dans l'approche qu'est le care. Contrairement au cure où il est prodigué des soins à une partie du corps du patient pour soigner le symptôme, le care demande de la part du professionnel une grande qualité d'écoute de l'autre, d'autant plus lorsqu'il accompagne des résidents de M.A.S. pour lesquels la parole n'est souvent pas acquise. Il faut donc décrypter les signes qui permettent de comprendre ce que veut nous dire le résident en réponse au « soin » réalisé.

Comme l'explique A. ZIELINSKY, 4 étapes sont nécessaires pour la mise en place du care : l'attention, « *si nous ne sommes pas attentifs aux besoins de l'autre, il nous est impossible d'y répondre* »⁷⁴ ; la responsabilité, « *l'existence d'autrui me convoque à la responsabilité : à ne pas faire comme s'il n'existait pas* »⁷⁵ ; la compétence qui « *fait passer du désir à la réalité. Elle rend possible l'adéquation de la réponse à la demande* »⁷⁶ ; et enfin la réceptivité car « *celui qui perçoit le besoin est appelé à y répondre. Celui qui reçoit le soin est amené à l'évaluer. La capacité à entendre la réception du soin exige de partir de l'autre, et non de l'idée que je me fais de ses besoins*

⁷⁰ NODDINGS N., 1984, *Caring : A feminine approach to ethics moral education*, Universty of California Press, p.24, in recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM, 2008, *La bientraitance : définitions et repères pour la mise en œuvre*, p.13

⁷¹ Recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM, 2008, *La bientraitance : définitions et repères pour la mise en œuvre*, p.13

⁷² GILLIGAN C. in ZIELINSKY A., décembre 2010, "L'éthique de care, une façon de prendre soin", *Etudes*, n°4136, p.632.

⁷³ ZIELINSKY A., décembre 2010, "L'éthique de care, une façon de prendre soin", *Etudes*, n°4136, p.635.

⁷⁴ *Ibid.*, p.635.

⁷⁵ *Ibid.*, p.637.

⁷⁶ *Ibid.*, p.638.

ou attentes. »⁷⁷ Cette dernière étape est sans doute la plus importante pour passer du « soin » au « prendre soin », du « cure » au « care » pour les professionnels intervenant auprès de résidents de M.A.S. Ne pas s'arrêter à l'idée que je me fais des besoins ou attentes de l'autre, ne pas se positionner comme celui qui « sait » ce qui est « bien » pour l'autre mais se laisser enseigner par lui. Cette disposition remet en question profondément le positionnement du professionnel éducatif ou soignant qui, de par sa culture, sa formation, est censé « savoir » ce qui est bien pour l'autre. C'est ainsi qu'il est censé « corriger » les défaillances, faire en sorte que l'autre aille mieux ou soit mieux intégré à son environnement.

Le care c'est « se laisser instruire par celui à qui est prodigué le soin. La compréhension s'affine, la compétence s'ajuste au contact de celui qui, d'objet, devient sujet du soin. »⁷⁸ C'est donc fondamentalement donner une autre place à l'usager, usager qui peut avoir un avis sur ce qui est bien pour lui, avis que nous devons respecter. C'est aussi accepter de douter de nos propres pratiques, accepter que ce que nous faisons n'est pas forcément la vérité et que la pratique doit être ajustée à chaque instant et en fonction du contexte.

« Prendre soin ne se résume pas à donner, mais cherche à solliciter la participation, le choix et finalement l'action d'autrui. [...] Le care est une relation entre deux acteurs. »⁷⁹ C'est en ce sens que la relation est changée. Elle passe d'une verticalité - celui qui sait, fait pour celui qui ne sait pas, celui qui soigne le patient -, à une horizontalité - celui qui donne le soin est à l'écoute de celui qui le reçoit pour être instruit de ce qu'il doit faire.

En M.A.S., ce passage d'une relation verticale à une relation horizontale est difficile pour les professionnels car le handicap, la maladie, ses symptômes et ses séquelles mettent en œuvre des mécanismes de défenses importants. L'identification à l'autre, celui qui est « imparfait », est considérée comme un danger, notamment lorsque face à des crises doivent être utilisés des outils de contenance ou de contention comme nous allons le voir plus loin. Or, je pense que cette capacité à s'identifier, à se projeter dans ce que ressent l'autre, cette capacité d'empathie, permet de lutter contre des dérives inhérentes à l'accompagnement de personnes extrêmement dépendantes et vulnérables.

⁷⁷ *Ibid.*, p.639.

⁷⁸ *Ibid.*, p.639.

⁷⁹ *Ibid.*, p.640.

2.2.2 En quoi consiste l'accompagnement social en M.A.S. ?

Après avoir défini ce que sont le « soin » et le « prendre soin », éléments essentiels du travail auprès de résidents de M.A.S., il me semble qu'il faut s'attarder sur la dimension sociale d'un accompagnement médico-social. En effet, les personnes handicapées ont besoin d'être accompagnées pour la réalisation des gestes de la vie quotidienne, la toilette, les repas, mais nous ne pouvons nous contenter de répondre à ces besoins. Une vie ne peut pas se résumer à la réponse à ces besoins fondamentaux. En répondant à ces besoins, nous répondons au premier étage de la pyramide des besoins de Maslow⁸⁰. Après les besoins physiologiques viennent les besoins de sécurité, d'appartenance, d'estime et d'accomplissement de soi. Or, une réponse à ces besoins se trouve sans doute dans la dimension sociale de l'accompagnement en M.A.S. que je vais tenter de définir maintenant.

La définition du Petit Larousse nous dit que le social est ce « *qui concerne les rapports entre un individu et les autres membres de la collectivité.* »⁸¹ Une M.A.S. étant bien un lieu collectif, la dimension sociale de l'accompagnement concernerait donc les liens entre les résidents et les personnes qui traversent la M.A.S., que ce soit d'autres résidents, des professionnels ou des visiteurs. Ceci implique, dans le travail à faire auprès des résidents, d'être attentif à cela, voire de favoriser cette vie sociale.

Le Vocabulaire de Psychopédagogie et de Psychiatrie de l'enfant définit le social comme une appartenance à une société⁸². Société dont la racine latine, *socius*, signifie « *qui accompagne ou associé* »⁸³. Le Dictionnaire critique d'action sociale explique que « *le social est ainsi ce par quoi chacun entre en relation avec ses semblables et se trouve avec eux dans des relations d'interdépendance.* »⁸⁴ Dans cet ouvrage, le social est relié à la question d'un « lien social » et de la « socialisation ». Ainsi, « *Les phénomènes de socialisation se comprennent dans un rapport dialectique entre une personne en construction, sujet inachevé traversé par des conflits internes, et un environnement social et culturel qui élabore à un moment et dans un espace donné une conception provisoire de la notion de personne.* »⁸⁵ Tous ces concepts indiquent que la dimension sociale de l'accompagnement en M.A.S. se situe dans le lien, lien entre les résidents, lien entre les

⁸⁰ Abraham MASLOW, 1908-1970, psychologue, a élaboré une explication de la motivation par une hiérarchisation des besoins souvent représentée, à tort, sous forme de pyramide, 2012, L'Express, http://fiches.lexpress.fr/personnalite/abraham-maslow_507321.

⁸¹ 2011, *Le Petit Larousse Illustré 2012*, Larousse, Paris, Définition de « social,e,aux », p.1015.

⁸² LAFONT R., 1991, *Vocabulaire de psychopédagogie et Psychiatrie de l'enfant*, 6^{ème} édition, Presses Universitaires de France, Paris, Définition de « social », p.957

⁸³ *Ibid.*, Définition de « société », p.957

⁸⁴ BARREYRE J.-Y. / éd., BOUQUET B. / éd., CHANTREAU A. / éd., et al., 1995, *Dictionnaire critique d'action sociale*, Bayard, Paris, Définition de « social », p. 365

⁸⁵ *Ibid.*, Définition de « socialisation », p. 367

résidents et les professionnels et lien entre les professionnels ; comment une institution médico-sociale est en quelque sorte une forme de petite société.

Les concepts qui tournent autour de « social » sont également inscrits dans un mouvement. Ils vont contre l'idée que les choses sont figées, gravées dans le marbre et inéluctables. La dimension sociale est donc, pour moi, l'innovation, l'évolution, le pari sur le possible pour ces résidents que la société a souvent mis dans une « case », celle de la maladie mentale, du handicap, en tout cas de l'anormalité. Le social ne serait-il pas cette idée que ces personnes « anormales » puissent, d'une certaine façon avoir une vie « normale » ?

Dans un projet d'établissement, la dimension sociale correspond à tout ce qui sort des activités dites quotidiennes, celles que nous avons évoquées plus haut comme le nursing, la réponse aux besoins primaires. C'est donc la mise en place d'activités occupationnelles, thérapeutiques ou éducatives.

P. CHAVAROCHE parle de deux volets de l'accompagnement en M.A.S., le quotidien et les activités. C'est la combinaison des deux qui est importante et structurante, sans primauté de l'une sur l'autre⁸⁶.

La dimension sociale de l'accompagnement en M.A.S. consiste, au-delà de la mise en place d'activités diverses, à considérer le résident comme un individu faisant partie d'une société, d'une certaine manière comme un citoyen, ceci malgré son handicap ou sa maladie. L'enjeu est pour nous de travailler sur la capacité des résidents de la M.A.S. à faire partie de notre société, ceci tout en étant attentif à ne pas les mettre à mal.

2.3 La construction d'une offre de service médico-sociale qui se nourrit de ses origines psychiatriques.

2.3.1 Passer de la notion d'unité d'hospitalisation à celle de lieu de vie.

Jusqu'en août 2013, l'unité Maud MANNONI accueillait dans ses locaux 32 patients psychotiques ou autistes ayant évolué sur un mode déficitaire. La D.M.S. dans cette unité était de 21,2 ans avec certains résidents présents sur le C.H. Montpon depuis plus de 40 ans. Je pense notamment à une patiente de 60 ans entrée à l'hôpital à l'âge de 10 ans et qui n'en est jamais ressortie (même pas pour des permissions puisque la famille n'a, très rapidement, plus donné de nouvelles). Pourtant, pour ces résidents, l'unité d'hospitalisation Maud MANNONI n'était pas considérée comme un lieu de vie. De fait, leur chambre, espace le plus intime dans une collectivité, était pour la plupart partagée

⁸⁶ CHAVAROCHE P., 2010, *Travailler en MAS, l'éducatif et le thérapeutique au quotidien*, Editions Erès, Toulouse, pp.97-104

par 4 résidents (cela concernait 24 des 32 patients) et inaccessible en journée sauf s'il était fait une indication de sieste (pas particulièrement à la demande du patient mais plutôt pour contenir des troubles du comportement envahissant dans l'espace de jour).

Dans la logique hospitalière, la chambre est anonyme. Ainsi, j'ai pu, pour gérer des troubles du comportement ou des cohabitations inadéquates entre certains résidents, faire changer de chambre certains patients sans leur demander leur avis. Parfois pour régler la difficulté générée par un résident autour de la nuit, il a fallu changer de chambre jusqu'à 7 autres résidents.

Passer à la notion de lieu de vie, c'est d'abord permettre à ces résidents et à leur famille d'investir un espace, dans la M.A.S., comme étant le leur, duquel ils ne seront pas mis dehors pour des raisons d'organisation sans être questionné, sans avoir donné leur autorisation. D'ailleurs, le principe est posé qu'il n'y aurait pas de changement de chambre. Cependant, j'imagine qu'avec le temps et certaines circonstances la question se posera, notamment autour de l'accompagnement d'une dépendance qui s'installe et la nécessité d'une proximité avec certains locaux (grande salle de bain, bureau de l'équipe...).

Avec ce principe posé, a été donnée l'autorisation aux résidents, aux familles et/ou aux représentants légaux, de personnaliser cet espace qu'est la chambre. Ainsi, certaines familles ont porté un peu de mobilier, d'autres ont demandé que l'on accroche des cadres, des photographies ou encore de tapisser un mur avec un décor choisi avec le résident.

Mais, le plus grand changement dans cet espace qu'est la chambre, c'est la liberté d'y aller et venir. Bien sûr, il existe des temps où le ménage se fait et où nous demandons au résident de libérer sa chambre, mais ce temps est réduit au minimum. Nous sommes aussi attentifs, étant donné le handicap des personnes que nous accompagnons, à ce que la chambre ne devienne pas le lieu d'un repli autistique. Mais la règle reste que l'accès à la chambre est libre. Pour preuve, aux résidents en capacité de gérer une clef, il leur a été remis celle de leur chambre. Se sont donc eux qui ouvrent et ferment leur chambre.

Pour éviter également l'usage de la chambre comme un lieu d'isolement d'un résident décidé par l'équipe, toutes les chambres ont été équipées d'un bouton moleté. Ceci permet à la personne qui est dans la chambre de s'y enfermer ou de l'ouvrir si elle le souhaite. Le verrouillage de la porte de la chambre n'est donc plus un isolement subi par le résident mais un choix qu'il fait s'il souhaite ne pas être dérangé.

La définition de « vie » donnée par le Petit Larousse est « *dynamisme, vitalité qui caractérisent, animent un lieu* »⁸⁷ ; le Vocabulaire de Psychopédagogie indique que « *la vie implique aussi le mouvement, voire le déplacement, pour certains, enfin l'évolution* »⁸⁸.

Je retiendrais de ces définitions que la notion de vie implique un phénomène dynamique, du mouvement et de l'évolution. C'est ce qu'il faut insuffler sans cesse dans des lieux comme les M.A.S.. La difficulté de l'accompagnement, que peut renvoyer la grande dépendance physique et psychique, a tendance à figer, rigidifier les organisations pour limiter le plus possible l'imprévu. Or, l'imprévu c'est la vie. La notion de lieu de vie implique donc de permettre, en permanence, la possibilité que des événements inattendus surgissent. Il faut lutter contre notre volonté de maîtrise de l'autre, d'autant plus lorsque l'autre est extrêmement dépendant et vulnérable.

La chambre des résidents, telle que décrite plus haut, a été pensée dans cet esprit-là. De ma place de directeur, chaque jour je dois lutter pour que les phénomènes de maîtrise ne prennent pas le dessus sur la notion de vie.

2.3.2 Peut-on accompagner les phases de crises lorsque l'on est en médico-social ?

Une des questions majeures, dans cette phase de transformation d'une unité d'hospitalisation sanitaire vers un établissement médico-social, a été celle de la gestion des crises, des troubles du comportement générant de l'auto ou hétéro-agressivité de la part d'un résident. Tant que nous étions unité sanitaire, envoyer en psychiatrie n'avait pas de sens puisque nous étions la psychiatrie. Par contre, en devenant médico-social, pourquoi ne fonctionnerions nous pas comme d'autres établissements médico-sociaux qui envoient en psychiatrie le temps de la crise et de sa stabilisation ? Il serait assez aisé d'organiser des hospitalisations sur le C.H. Montpon dans le cadre de soins sous contraintes.

Nous avons fait le choix, inscrit dans notre projet d'établissement, de dire que nous gérerions les situations de crises des résidents sans les envoyer dans des unités voisines d'hospitalisation. Ceci pour au moins deux raisons :

- nous avons un savoir-faire sur la gestion des crises du fait de notre passé d'unité d'hospitalisation.

- avec la fermeture de l'unité Maud MANNONI il n'y a plus d'unité accueillant des personnes véritablement déficitaires et le « mélange » avec des populations classiques ne nous semble pas opportun.

⁸⁷ 2011, *Le Petit Larousse Illustré 2012*, Larousse, Paris, Définition de « vie », p.1141.

⁸⁸ LAFONT R., 1991, *Vocabulaire de psychopédagogie et Psychiatrie de l'enfant*, 6^{ème} édition, Presses Universitaires de France, Paris, Définition de « vie », p.1051

Afin d'objectiver cette question des crises majeures pour lesquelles une réponse médicale et soignante est nécessaire, je vais faire un état des lieux de ce que cela représente dans l'accompagnement et ensuite faire des propositions de gestion de celles-ci dans la M.A.S.

a. Les situations de crise de résidents

Les résidents accueillis sur la M.A.S. sont pour beaucoup issus de la psychiatrie, avec de longs parcours à l'hôpital, mais aussi dans des structures médico-sociales qui ont cessé leur accompagnement du fait des troubles du comportement présentés. Alors, bien sûr que la crise n'est que ponctuelle, souvent elle est fréquente sur une période plus ou moins courte puis s'apaise pendant de longs mois.

Je vais reprendre la liste des résidents actuellement accueillis sur la M.A.S. Maud MANNONI et voir quels sont ceux qui sont stabilisés et ceux qui peuvent présenter des troubles du comportement. A partir de ces éléments, je ferai une analyse des troubles du comportement présentés afin de repérer des situations qui se répètent. Il faudra ensuite construire des réponses à ces problématiques en restant sur le principe que nous n'envoyons pas les résidents ailleurs sur une période de crise, et que nous devons être attentifs à rester dans la bienveillance dans les propositions que nous ferons.

Sur les 50 résidents accueillis sur l'accueil au long cours de la M.A.S. Maud MANNONI, 16 peuvent présenter des troubles du comportement qui viennent perturber de manière conséquente la vie collective dans l'établissement.

Voici les troubles qu'ils peuvent présenter. Je fais dans ce tableau un repérage des situations pour lesquelles le résident en crise est la seule « victime » et celles pour lesquelles d'autres personnes peuvent pâtir des troubles :

	Trouble du comportement et fréquence	Met en danger d'autres personnes	N'a une incidence que sur le résident lui-même
1	Incapacité à rester sur le lieu de vie, s'énerve, crie, jette des chaises, de manière quotidienne .	✓	
2	Crises clastiques avec auto-mutilation à des moments clef de la journée, phases qui durent plusieurs jours tous les 3 mois environ .		✓
3	Crie, demande d'attention très forte, collage permanent avec le professionnel quelle que soit la situation et auto-mutilation si pas de réponse, demande quotidienne .	✓	
4	Peut se montrer agressif envers d'autres résidents, notamment lorsqu'il est confronté à la frustration ou lorsqu'il cherche l'attention du professionnel. Par phase, l'agressivité peut être présente quelques jours tous les 6 mois environ .	✓	
5	Auto-agressivité en se tapant la tête sur le mur sans arrêt lorsqu'il a des phases d'hallucinations, ces phases durent une semaine deux fois/an .		✓
6	Auto-agressivité lors de phase dépressive, se laisse tomber à terre de toute sa hauteur. Crises qui durent 24H tous les 6 mois .		✓
7	Crie beaucoup, insulte et frappe les autres résidents lors de phases plus ou moins longues où cette agressivité alterne avec des phases dépressives. Une semaine/mois	✓	
8	Crie et agresse le personnel, auto-mutilation également lors des crises. Quelques jours tous les 6 mois .	✓	
9	Sur des phases hautes, frappe les autres résidents, se déshabille et trempe ses vêtements dans les toilettes sans arrêt, 3 jours/mois	✓	
10	Joue avec ses selles et se badigeonne le visage avec au quotidien		✓
11	Agresse et mord lorsqu'il est frustré ou lorsqu'on lui impose quelque chose, selon notre manière de l'aborder, très souvent ou jamais .	✓	
12	Déchire ses vêtements en permanence, les jette à la poubelle en en demandant des nouveaux de manière incessante, au quotidien .		✓
13	Phase de potomanie lorsqu'il est angoissé, environ une fois/2 mois .		✓
14	Demande d'un collage avec le professionnel, peut ne pas supporter d'être habillée et se badigeonner de ses selles, au quotidien		✓
15	Déchire ses habits et peut griffer les autres si nous n'accédons pas à sa demande, phase de moins bien tous les 3 mois .	✓	
16	Se déshabille et renverse les chaises, peut également s'approcher d'un autre résident de manière brusque pour lui faire un câlin, quotidiennement .	✓	
	Total	9	7

Il me semble que les réponses construites seront différentes selon ce que nous présentent les résidents et selon l'impact que cela a sur l'environnement.

Le premier constat que je peux faire est que ces troubles du comportement ne sont pas l'apanage de tous les résidents de la M.A.S. Ils ne concernent qu'un tiers de ceux-ci, ce qui est déjà beaucoup. Cela signifie que les 2/3 des résidents sont stabilisés et ont parfaitement leur place dans une structure médico-sociale.

Deuxième constat, 9 résidents ont des troubles du comportement qui mettent en danger les autres, et pour lesquels la réponse à trouver devient alors une urgence.

Enfin, dernier constat, ces manifestations d'agressivité ne sont quotidiennes que pour 3 résidents. Et je dois préciser que pour ces 3 résidents, les manifestations d'agressivité ne mettent véritablement en danger que lorsque des chaises sont jetées.

Pour ces trois résidents, il faut faire avec ces troubles du comportement, les contenir ou les laisser s'exprimer ; l'environnement a peu d'impact sur eux. Pour les autres situations, le travail des professionnels, leur positionnement, l'ambiance, les locaux ont un impact majeur sur les troubles du comportement et peuvent les aggraver ou les apaiser.

Ci-dessous les propositions que nous pouvons faire, face à ces troubles du comportement, toujours avec l'idée que nous ne nous « débarrassons » pas du résident pendant la crise et que nous sommes attentifs à apporter des réponses qui restent dans une logique de bientraitance.

b. Les marges de manœuvre et possibilités de réponses tout en restant dans la bientraitance.

Face à ces situations de crise, il faut inventer des solutions pour que tous les résidents et professionnels soient en sécurité. C'est une des missions de base du directeur d'établissement que de maintenir un équilibre au sein de la M.A.S., équilibre qui reste cependant toujours fragile. Le parti pris étant que le résident reste accompagné dans les murs de l'établissement, quels sont les outils que peut proposer le directeur d'établissement pour que ce moment particulier soit vécu au mieux par tous ?

Il me semble que dans la construction des réponses, il y a deux niveaux :

- celui de l'anticipation avec les moyens qui peuvent être pensés en amont pour que les professionnels travaillant sur la M.A.S. ne soient pas complètement démunis face à la crise. Pour la M.A.S. Maud MANNONI, étant donné l'étude de besoin et l'orientation du projet d'établissement, nous avons fait le choix de nous doter d'outils pour répondre à ces crises au sein même de la structure avec : une équipe médicale et paramédicale plutôt bien dotée pour un établissement médico-social (5 E.T.P. d'infirmiers, 0,5 E.T.P. de médecin généraliste et 0,25 E.T.P. de psychiatre), du matériel adéquat pour mettre en place, si besoin, une contention physique dans de bonnes conditions, un espace dédié et un protocole précis. Quoi qu'il en soit, toutes les réponses aux crises qui entraînent une restriction de liberté (contention ou isolement), sont élaborées en équipe pluriprofessionnelle et ne peuvent être mises en œuvre que sur prescription médicale. Il est également mis à disposition des professionnels une bibliothèque avec des ouvrages ou des articles dédiés au travail en M.A.S., aux manifestations psychopathologiques, etc. permettant de se nourrir sur un plan théorique du regard d'autres professionnels ou

penseurs qui ont été confrontés aux mêmes difficultés. Cette bibliothèque est gérée par la psychologue. Elle a pour mission d'accompagner les professionnels dans cette approche.

- Dans un deuxième niveau, je mets le temps de l'action. Lorsque les réponses pensées plus haut ne correspondent pas au besoin de l'usager ou qu'elles nous conduisent à tomber dans une phase de maltraitance, sont mis en place des temps de réunions cliniques réservés à la gestion des crises. Le principe est de sortir avec une solution, même minime, même transitoire, en aucun cas de ne laisser repartir des professionnels en souffrance sans réponse. Nous mettons ensuite en place une évaluation quotidienne de la situation avec les professionnels confrontés à la crise, qui sont accompagnés en cela par un membre de l'équipe d'encadrement (cadre socio-éducatif, psychologue ou directeur). Un espace est proposé pour écrire les observations fines des symptômes que présente le résident avec deux fonctions : extérioriser la difficulté, la déposer quelque part et repérer, dans ces observations, des leviers pour l'accompagnement. L'intérêt de ces espaces-temps est qu'ils sont générateurs d'invention, de créativité permettant d'ajuster une réponse adaptée, pour le résident, à ce moment-là. Je pense que le plus important dans ce dispositif, pour les professionnels confrontés à la crise d'un résident, est de se sentir épaulé sur un plan institutionnel, de ne pas se sentir abandonné face aux difficultés devant lesquelles peut les mettre un résident.

Le parti pris de cette approche de la crise et du résident durant celle-ci est l'accueil du symptôme, que celui-ci soit vu comme une manière d'exprimer un malaise et pas simplement comme une manifestation qu'il faut absolument « éteindre ». Ce parti pris permet aux professionnels de se décaler, d'accepter qu'ils n'ont pas toutes les réponses et qu'une partie de celles-ci se trouvent dans leur manière d'aborder le résident. Pour que le résident puisse exprimer son malaise différemment, il faut sans doute que nous accueillions ce qu'il nous présente de manière différente.

2.4 Conclusion

Au terme de cette deuxième partie, les éléments qu'il me paraît essentiel de retenir dans la construction de mon projet de direction sont :

- Que nous sommes bien dans un projet de changement de culture avec la nécessité d'accompagner cette équipe vers la culture médico-sociale, tout en restant attentif à ce qu'elle ne renie pas sa culture du soin, ceci permettant de porter dans le projet d'établissement le fait que nous accompagnons les résidents dans toutes les circonstances, notamment celles de crises qui pourraient relever de la psychiatrie.

- Que pour que ce changement soit opérationnel, je dois le construire avec l'équipe, de manière démocratique et participative car un changement de culture ne s'impose pas, il se construit et se vit.

- Que ce changement de culture passera par l'intégration de nouvelles normes et de nouvelles pratiques comme celle du care. Rester attentif à faire vivre la dimension sociale du projet d'établissement. Le passage d'unité d'hospitalisation à celui de lieu de vie est fondamental dans cette démarche. Il modifie profondément le regard posé sur l'utilisateur et la manière de penser l'accompagnement.

- Que l'accueil de ces résidents est inconditionnel et que nous nous donnerons les moyens, humains, techniques et d'invention, pour accompagner ces personnes handicapées, malgré les troubles du comportement qu'elles présentent, en évitant les phénomènes de rupture et de rejet qu'elles ont connu durant leur existence.

Or, P. BERNOUX explique que « *la création d'une identité de groupe se voit à la création de normes relationnelles particulières. L'identité collective ne peut pas ne pas se traduire en comportements concrets dans l'organisation. Mais un type de comportement possible n'est pas exclusif d'un autre car un individu se rattache à plusieurs groupes sociaux, rattachement qui constitue autant de racines de son identité.* »⁸⁹ L'enjeu de ma démarche de directeur de cette M.A.S., dans l'impulsion de ce changement de culture, sera que des nouvelles normes d'accompagnement se mettent en place sans pour autant renier nos origines psychiatriques, cette réalité que notre établissement « mère » est et reste le C.H. Montpon.

Je vais maintenant, dans la 3^{ème} partie de mon mémoire, vous présenter la manière dont je vais impulser ce changement de culture, en interne comme en externe, afin que cette M.A.S. déploie de manière construite l'accompagnement médico-social de son projet.

⁸⁹ BERNOUX Philippe, *La sociologie des organisations*, Editions du Seuil, Evreux, 1985, p. 201

3 De l'ambition d'un projet médico-social à sa réalisation

Dans la troisième partie de ce mémoire, je vais faire une proposition de plan d'action pour impulser ce changement de culture, ce passage du sanitaire au médico-social, du soin au prendre soin, pour que la M.A.S. Maud MANNONI déploie intégralement la dimension médico-sociale de son projet d'accompagnement. « *La difficulté vient de ce que l'apprentissage de la nouvelle pratique sociale se fait à l'intérieur de l'ancienne, de ce qu'il faut inventer des relations différentes dans un système qui vit une certaine pratique.* »⁹⁰ Il va falloir que je fasse avec cette réalité d'inventer une nouvelle manière de faire en partant d'une ancienne pratique et en passant par une période de cohabitation de deux pratiques.

Un projet n'a de valeur que s'il peut être évalué et corrigé au besoin. Dans la seconde partie de ce chapitre je proposerai un outil permettant d'évaluer mon plan d'action à partir d'indicateurs pertinents. « *La qualité est d'abord la redécouverte des valeurs fondatrices d'une institution ou d'un service.* »⁹¹ Je m'appuie sur cette citation tirée du livre « Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales » pour construire cette démarche d'évaluation qui intègre bien évidemment la démarche qualité.

3.1 Faire cohabiter les cultures du « soin » et du « prendre soin » : de la pluridisciplinarité à la transdisciplinarité.

De la pluridisciplinarité à la transdisciplinarité : peut-être, avant de donner un plan d'action pour passer d'une manière de faire à une autre, faut-il que je définisse ces deux concepts.

Le travail pluridisciplinaire consisterait à mener une réflexion sur un « objet d'étude » en le passant au travers du prisme du regard de différents professionnels ayant des formations, des statuts, des places différentes ; chacun parlant de là où il est. Le travail pluridisciplinaire « *concerne plusieurs disciplines, domaines d'étude.* »⁹² La pluridisciplinarité définie comme ceci ressemble à la juxtaposition de regards « d'experts ». Ceci correspond assez bien au travail fait actuellement sur la M.A.S. Maud MANNONI. Des enjeux de pouvoirs et/ou d'incompréhensions ont cours entre des professionnels/experts intervenants à différents niveaux de l'accompagnement : quotidien, médical, activité, rééducation, soin...

⁹⁰ BERNOUX Philippe, *La sociologie des organisations*, Editions du Seuil, Evreux, 1985, p. 203

⁹¹ DUCALET P., LAFORCADE M., 2000, *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociale*, Editions Seli Arslan, Paris, p.10.

⁹² <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/pluridisciplinaire/61794>

« *La transdisciplinarité s'intéresse à la dynamique engendrée par l'action de plusieurs niveaux de Réalité à la fois.* »⁹³ Il me paraît intéressant, de la place de directeur de la M.A.S. Maud MANNONI, d'impulser le passage de la pluridisciplinarité à la transdisciplinarité car le travail transdisciplinaire « *dépasse les cloisonnements entre les disciplines.* »⁹⁴ En effet, la transdisciplinarité peut permettre de prendre en compte la complexité de l'accompagnement, sans s'enfermer dans des conflits stériles qui concernent les professionnels plus que les usagers. La transdisciplinarité permet la pensée complexe, maintient une équipe dans le questionnement professionnel et dans l'ajustement des pratiques pour répondre au besoin de chaque usager. C'est la raison d'être d'un établissement médico-social : construire pour chaque personne qui lui est confiée un projet personnalisé.

3.1.1 Que chacun ait une place dans l'organisation et la reconnaissance de sa spécificité.

Avant de passer à la transdisciplinarité, qui reste l'objectif à atteindre dans le management de cette équipe, je pense essentiel de conforter chacun dans sa place. Chaque professionnel doit être persuadé de l'importance de son action auprès du résident sans qu'aucune des dimensions de l'accompagnement ne prenne le pas sur une autre. Le quotidien n'est pas plus ou moins important que le soin médical ou encore que les activités ou ateliers proposés. C'est l'ensemble qui fait cohérence dans le projet personnalisé du résident.

Comme l'évoque K. SANSON : « *Penser et élaborer un cadre de travail qui permette aux intervenants d'éprouver un sentiment de suffisante sécurité sur le plan narcissique (c'est-à-dire de reconnaissance de leur fonction, de protection et de non-isolement face aux impacts émotionnels et aux risques de débordement) constitue à mon sens ce vers quoi l'institution doit tendre si elle veut soutenir l'élaboration d'une culture d'équipe et favoriser en dernier ressort la réalisation de son mandat auprès des personnes accueillies. Autrement dit, se sentir suffisamment tranquille pour pouvoir accueillir et contenir la détresse, l'agressivité ou l'avidité d'un autre me semble relever en grande partie de la qualité de l'étayage fourni par l'équipe, qui dépend lui-même de la structure du cadre institutionnel et de la qualité de son portage par les cadres hiérarchiques.* »⁹⁵ Je dois, donc, de ma place de directeur de la M.A.S. Maud MANNONI, mettre en place des outils permettant que chacun se sente à sa place dans l'organisation.

⁹³ NICOLESCU B., 1996, *La transdisciplinarité*, Manifeste, Éditions du Rocher, Monaco, <http://agora.qc.ca/dossiers/Transdisciplinarite>

⁹⁴ <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/transdisciplinaire/79087>

⁹⁵ SANSON K., 2006, « Pluridisciplinarité : intérêt et conditions d'un travail de partenariat », *Le Journal des psychologues* 9/2006 (n°242), p. 24-27

Je pars d'un état des lieux où le projet d'établissement existe déjà. Des outils managériaux sont élaborés et il faut les faire vivre au quotidien. Je pense notamment aux fiches de postes qui sont la définition de ce que fait un professionnel dans une organisation, de ce qu'est sa mission. C'est d'autant plus important que chacun des professionnels a été recruté pour une compétence particulière, et que les phénomènes de groupes tendent à gommer les différences entre les individus. Plusieurs temps me semblent nécessaires pour faire vivre cet outil qu'est la fiche de poste :

- tout d'abord, réaffirmer l'existence de celles-ci dans le projet d'établissement et s'assurer que chaque professionnel soit au courant du descriptif de sa fiche de poste, donc de sa mission et de sa place dans l'organisation. Pour atteindre cet objectif, je propose de rendre les fiches de postes nominatives (même si dans l'organisation plusieurs personnes peuvent avoir la même fiche de poste) et que chaque professionnel signe la fiche de poste qui correspond à sa mission. Un exemplaire signé est conservé dans le dossier Ressources Humaines (R.H.) du professionnel et un exemplaire lui est remis en main propre.

- ensuite, il me semble essentiel de permettre à chaque professionnel de faire exister sa compétence, sa spécialité, son regard au sein de cet ensemble qu'est l'équipe. Ceci implique que sur les temps de réunion, la parole de chacun puisse être entendue ; elle est au service du résident puisque pour avoir une vision globale et penser un accompagnement cohérent et pertinent il faut que chaque professionnel puisse évoquer et élaborer les observations, de sa place. L'équipe d'encadrement de la M.A.S. (composée du directeur et du cadre socio-éducatif), en charge de l'animation des temps de réunion, doit être attentive à cela.

- durant cette période de construction de l'équipe et de la transdisciplinarité, je propose que différents temps de réunions institutionnelles soient utilisés pour que chaque professionnel puisse présenter à l'ensemble de l'équipe sa mission et sa fiche de poste. Ce temps de présentation par le professionnel est toujours introduit par le directeur de la M.A.S., garant du projet institutionnel, légitimant et validant ainsi la place de chacun dans l'organisation.

- pour terminer sur l'utilisation de cet outil que sont les fiches de postes, je propose que celles-ci soient retravaillées de manière régulière et périodique (tous les trois ans) afin d'être mises à jour et rester vivantes, pertinentes pour la réalisation de l'accompagnement quotidien des usagers.

Pour conclure sur les fiches de postes, je citerai N. ALTER qui présente le passage de la pluridisciplinarité à la transdisciplinarité en disant que « *la coopération représente donc bien plus que la coordination : elle est l'énergie et l'esprit.* »⁹⁶

La transdisciplinarité serait donc la coopération entre les professionnels, l'énergie et l'esprit de l'accompagnement quotidien des résidents de la M.A.S. Maud MANNONI.

3.1.2 Bâtir de la cohérence pour unir nos efforts.

a. De la cohabitation des métiers à la cohérence collective

Comment faire passer l'équipe pluri-professionnelle de la M.A.S. Maud MANNONI de la pluridisciplinarité à la transdisciplinarité ? Il me semble que cette transformation passe par la construction d'une culture commune, d'une référence qui transcende les clivages et les logiques de repli sur ses connaissances propres et pas toujours au service de l'utilisateur. Cette référence ne peut être, selon moi, que le projet d'établissement de la M.A.S. Il existe aujourd'hui sur un plan réglementaire, et il répond aux exigences des tutelles. Mais comment le faire vivre au quotidien pour qu'il soit véritablement au service des résidents de la M.A.S. et ne dorme pas au fond d'armoires ?

Pour arriver à la transdisciplinarité nécessaire pour l'accompagnement, il faut que nous construisions des références communes. Ceci passe par leur définition, ce qui est réalisé dans le projet d'établissement, mais également par leur connaissance, appropriation et mise en acte au quotidien par chacun des membres de l'équipe. Pour que ceci fonctionne, P. CHAVAROCHE nous dit que « *les acteurs de l'équipe doivent se livrer à un travail permanent d'information mutuelle afin de préciser à partir de quelle place spécifique, de quelle compétence ou de quelle responsabilité ils interviennent dans l'accompagnement.* »⁹⁷

Comment d'une place de directeur d'établissement, faire en sorte que les différents professionnels s'informent mutuellement de leurs actions et de quelle place ils interviennent dans l'accompagnement ?

Nous avons vu un peu plus haut que le travail proposé autour des fiches de postes doit permettre une reconnaissance mutuelle. Mais ici, il s'agit de faire en sorte que les différentes actions proposées soient cohérentes et s'articulent entre elles au service du résident. Plus que la reconnaissance mutuelle, il s'agit ici de la mise en œuvre du projet personnalisé.

⁹⁶ ALTER N., 2010, *Donner et prendre, la coopération en entreprise*, Editions La Découverte, Paris, p.17.

⁹⁷ CHAVAROCHE P., 2010, *Travailler en MAS, l'éducatif et le thérapeutique au quotidien*, Editions Erès, Toulouse, p.155

Pour traiter cette question de la cohérence collective autour du projet personnalisé de l'usager je mets en place deux actions qui me permettent d'intervenir à deux niveaux différents:

- pour la question de la cohérence autour du projet personnalisé, est mis en place un temps de réunion projet, qui sera réalisée une fois par an pour chaque résident⁹⁸. Cette réunion est animée par le directeur de la M.A.S. ou le cadre socio-éducatif. Y participent les référents du résident, le médecin, un membre de l'équipe infirmière, l'éducateur spécialisé, le psychomotricien, le psychologue et un membre de l'équipe A.S.H. Les conclusions de cette réunion sont présentées au résident, à son représentant légal et à sa famille par le directeur de la M.A.S. et les référents du résident. C'est à ce moment-là que le projet personnalisé est signé et que se met en œuvre la contractualisation entre l'établissement-prestataire et l'usager.

Ce temps de réunion projet ne me paraissant pas suffisant, un deuxième temps de travail est proposé aux professionnels de la M.A.S., afin que ceux-ci puissent véritablement intégrer tous les enjeux du projet d'établissement et qu'ainsi, l'accompagnement des résidents se fasse dans la cohérence collective souhaitée.

- Une fois par trimestre est proposé un temps de réunion pour évoquer et ré-évoquer les références choisies du projet d'établissement (elles sont présentées dans la première partie de ce document : la référence à Maud MANNONI, à Philippe CHAVAROCHE et à la psychothérapie institutionnelle). Ceci doit permettre de réfléchir à ce que cela implique, dans tous les actes du quotidien, quelle que soit notre place dans l'organisation.

Comme le dit J.P. LEBRUN, « *c'est la désarticulation du singulier et du collectif qui a pu engendrer l'ordinaire aptitude humaine à la plus extraordinaire inhumanité.* »⁹⁹ En tant que directeur d'établissement médico-social, je suis garant de la qualité de l'accompagnement et je dois donc mettre en place une organisation qui permette que les résidents de la M.A.S. Maud MANNONI soient accompagnés dans la bientraitance. Articuler les dimensions individuelles et collectives en travaillant sur la cohérence collective de l'accompagnement participe pleinement, je pense, à cette politique de bientraitance au service des usagers.

⁹⁸ C'est la réglementation qui impose que chaque projet personnalisé soit revu une fois par an. Décret n°2004-1274 du 26 novembre 2004 relatif au contrat de séjour ou document individuel de prise en charge. JO n°276 du 27 novembre 2004 : « Chaque année, la définition des objectifs et des prestations est réactualisée. »

⁹⁹ LE BRUN J.-P. in VANDERBORGHT C. / éd., MEYNKENS-FOUREZ M. / éd., 2012, *Qu'est-ce qui fait autorité dans les institutions médico-sociales*, Collection EMPAN, Editions Eres, Toulouse, p.11 p.69

b. Mettre en place une procédure de recrutement

Afin de maintenir cette cohérence collective et la bienveillance dans l'accompagnement quotidien des résidents, il me paraît essentiel de penser la question du recrutement des professionnels chargés de venir travailler dans la M.A.S. Maud MANNONI. Avec les quelques années que j'ai passées dans cette unité avant qu'elle ne devienne un établissement médico-social, j'ai pu constater que l'immense majorité des professionnels postulant sur la M.A.S. n'avait pas véritablement d'idée du public accompagné et du travail à effectuer auprès de lui.

J'ai fait ce constat à partir d'éléments objectifs : des professionnels non préparés qui ne reviennent pas travailler le 2^{ème} jour, des professionnels qui ne perçoivent pas la dimension humaine de l'accompagnement et qui s'adressent aux résidents comme à des animaux ou à des enfants... Afin de maintenir la qualité de l'accompagnement, je me dois de mettre en place une procédure de recrutement permettant, dans la mesure du possible, de recruter des personnes qualifiées et motivées pour travailler auprès de ce public et de préparer les professionnels recrutés à l'accompagnement des résidents de la M.A.S. Maud MANNONI.

Afin de répondre à cet objectif, je mets en place deux actions :

- tout d'abord un outil¹⁰⁰ de préparation des entretiens de recrutement afin de ne rien oublier durant l'échange qui est souvent très court (environ ½ heure), et ne permet pas de jauger véritablement une personne, une personnalité. Cet outil est une aide pour n'oublier aucune question essentielle concernant l'accompagnement des résidents et le travail d'équipe au sein de la M.A.S. Cela donne une image de l'intérêt de la personne pour le poste pour lequel elle postule (recherches effectuées sur le type de structure, sur le public...) et de ses connaissances et/ou compétences concernant l'accompagnement des résidents. Dans la trame de cet entretien, est prévue, au fil des questions posées, une information sur ce qu'est la M.A.S. Maud MANNONI et l'accompagnement des résidents. Ceci permet aux personnes qui postulent d'avoir une première présentation synthétique de ce qu'est l'accompagnement et de la réalité à laquelle elles vont être confrontées au quotidien en travaillant auprès de ce public.

- la deuxième action concernant le recrutement des professionnels fera le lien avec la partie suivante. En effet, quelle meilleure période d'essai pour des futurs professionnels que les temps de stage durant les formations. J'organise donc un accueil fréquent de stagiaires sur la M.A.S. Cela donne une bonne évaluation de ce qu'ils sont avec les résidents, leur capacité à s'intégrer dans une équipe pluri-professionnelle, etc. Les stagiaires accueillis le sont pour tous les métiers présents dans la M.A.S. (A.S.,

¹⁰⁰ Cf. annexe n°5 : grille d'entretien pour les recrutements professionnels sur la M.A.S. Maud MANNONI

A.M.P., M.E., I.D.E., A.S.H., psychologue, psychomotricien, E.S., ou encore cadre). Les étudiants d'aujourd'hui sont les professionnels de demain et il me paraît essentiel, y compris pour la question du changement de culture que j'impulse en tant que directeur d'établissement, de travailler sur cette question de l'accueil des étudiants dans la M.A.S. C'est ce que nous allons voir maintenant.

c. Penser et organiser l'accueil des étudiants.

Un des axes qui me paraît central dans l'impulsion d'une nouvelle culture est l'organisation de l'accueil des différents stagiaires. En effet, ces étudiants sont les professionnels de demain et les centres de formations nous confient la tâche d'assumer le rôle de formateur de terrain, dans ce moment particulier pour un professionnel qu'est sa formation. C'est donc la possibilité pour nous d'influer sur les futures pratiques de ces professionnels et de leur transmettre les valeurs avec lesquelles nous travaillons et qui nous paraissent nécessaire dans l'accompagnement des usagers.

Comme l'explique N. ALTER¹⁰¹, au sujet de la transmission de savoirs et surtout de savoirs-faires, on ne peut pas simplement s'appuyer sur une banque de données (fiches de postes, journée type, projet personnalisé...). Il faut également favoriser l'échange avec les professionnels. Dans l'échange d'un 'tuteur' à un 'stagiaire', d'un 'professeur' à un 'apprenant' intervient une dimension affective. Puisque le 'sachant' prend du temps pour m'expliquer, je lui dois d'être attentif et de faire plus d'effort de compréhension.

Afin de rendre cet accueil pertinent pour les étudiants et qu'il ne soit pas subi par les professionnels de la M.A.S., ce doit être une politique affichée dans le projet d'établissement et pensée comme une valeur ajoutée dans l'accompagnement du résident.

Voici les propositions faites concernant cette dimension d'accueil des étudiants sur la M.A.S. Maud MANNONI :

- tout d'abord, un lien est fait avec les centres de formation avec lesquels nous avons l'habitude de travailler : I.F.A.S. (Institut de Formation pour Aides-soignants) du C.H. Montpon, I.F.S.I. (Instituts de Formation en Soins Infirmiers) de Périgueux et Libourne, centre de formation au travail social (Bergerac, Bordeaux, Marmande) pour présenter la M.A.S. et la manière dont nous pensons l'accueil des étudiants.

- Je mets en place une procédure concernant l'accueil des étudiants sur la M.A.S. allant de la réception de la demande de stage à l'arrivée de l'étudiant dans l'établissement. Il me semble essentiel de porter une attention particulière au temps de la

¹⁰¹ ALTER N., 2010, *Donner et prendre, la coopération en entreprise*, Editions La Découverte, Paris, pp.15-16.

première rencontre qui s'organise autour d'un entretien obligatoire avec le cadre socio-éducatif ou le directeur avant le début du stage. Durant cet entretien, il faut impérativement présenter la structure, ses caractéristiques, repérer, pour les apaiser, les appréhensions légitimes, nommer un référent de stage, donner l'organisation de travail, positionner l'étudiant au sein de l'équipe et expliquer nos attentes vis-à-vis des stagiaires (poser des questions, questionner les pratiques, avoir un regard critique sur ce qui est proposé...).

- Durant le stage, se dérouleront au minimum deux entretiens formels avec le cadre ou le directeur afin d'échanger sur les vécus et soutenir les questionnements.

- Afin d'être pertinent dans l'accompagnement des étudiants, je mets en place des formations à destination des professionnels de la M.A.S. sur l'accueil et l'accompagnement des stagiaires (formation interne au C.H. Montpon pour les tuteurs infirmiers, formation avec les centres de formation au travail social sur le rôle de tuteur/référent de stage).

- Enfin, pour évaluer notre manière d'accueillir et d'accompagner les étudiants, nous leur demandons de remplir une fiche d'évaluation du stage. Le bilan annuel sur l'accueil des stagiaires à partir de ces fiches nous permet d'ajuster notre accueil afin qu'il soit le plus professionnalisant possible.

Comme l'évoque R. SAINSAULIEU « *s'il y a métier, c'est que la main est dirigée par tout un savoir de compétences opératoires et par une science plus ou moins formalisée mais transmissible de seniors à juniors bien que parfois on ira jusqu'à parler d'art et de chef-d'œuvre, car le résultat obtenu suppose un très haut niveau de réflexion et d'intégration des leçons de l'expérience.* »¹⁰² Mon objectif en tant que directeur de cette M.A.S. est donc bien de former les futurs professionnels que je recruterai demain afin qu'ils aient intégré le savoir-faire nécessaire à l'accompagnement des résidents.

De plus, l'accueil des stagiaires est pour moi un moyen de lutter au quotidien contre la maltraitance. Il impose à tous les professionnels de l'établissement une réflexion sur ses pratiques et, de fait, pose un regard extérieur permanent sur l'accompagnement que nous proposons.

¹⁰² SAINSAULIEU R., 1997, *Sociologie de l'entreprise, organisation, culture et développement*, 2^{ème} édition, Presse de Sciences Po et Dalloz, Paris, pp.40-41

3.1.3 Valoriser le travail particulier fait avec ce public dans la combinaison du « soin » et du « prendre soin ».

Un des principes posé par le projet d'établissement de la M.A.S. Maud MANNONI est que les résidents accueillis le sont de manière inconditionnelle. Ceci implique que, quels que soient les troubles du comportement que présente le résident, nous nous engageons à ne pas le rejeter ni à s'en « débarrasser ». Cette ambition n'est pas toujours facile à vivre pour les professionnels qui sont confrontés, au quotidien, aux troubles du comportement et qui peuvent se trouver parfois très démunis face à ceux-ci. Afin que ce principe de « non-rejet » fonctionne, il faut que de ma place de directeur, je soutienne cette position et que je ne laisse jamais l'équipe seule face à ses difficultés. Ceci nécessite de créer les meilleures conditions, inventer toujours de nouvelles manières d'accompagner afin de ne jamais renoncer.

C'est ici, me semble-t-il, que va se jouer une grande part de la dimension managériale du directeur : comment faire en sorte que l'équipe qu'il encadre mette en œuvre le projet d'établissement dont il est le garant ?

Pour le plan d'action de cette partie, je vais m'appuyer sur les propositions théoriques faits dans le 2^{ème} chapitre de ce mémoire. Je pense notamment que cette valorisation du travail effectué nécessite que le directeur travaille sur un mode démocratique et s'appuie sur les phénomènes de groupe mettant en action la finalité commune et la rivalité mimétique. La finalité commune, afin que cet objectif de ne jamais rompre l'accompagnement soit partagé par tous, doit s'ancrer dans les pratiques professionnelles de chacun sur l'établissement. La rivalité mimétique est à considérer comme un moteur de la créativité absolument nécessaire pour que cet objectif fonctionne.

Pour cela, deux aspects doivent être travaillés au sein de la M.A.S. Maud MANNONI : les conditions pour que cette créativité quotidienne soit réelle et la valorisation de cet engagement et de ces pratiques.

a. Mettre en avant l'invention quotidienne des professionnels dans l'accompagnement de ces usagers.

Dans un premier temps, il s'agit pour moi de réunir les conditions pour que cette inventivité, cette créativité quotidienne soit une réalité. Je pense que pour cela, chacun des professionnels travaillant sur la M.A.S. doit se sentir reconnu dans sa place et son utilité au sein de l'organisation et au service du résident. N. ALTER dit que la reconnaissance « *correspond tout d'abord au sentiment éprouvé lorsque les autres identifient clairement la place de sa propre activité dans une production collective et qu'on en tire satisfaction : de ce point de vue, la contribution à la production collective n'a de valeur pour soi que parce qu'elle est valorisée par les autres. La reconnaissance permet au salarié de s'assurer de sa place, à la fois sur le plan technique et social, et d'être fier*

de son travail puisqu'elle récompense le fait d'avoir donné, de s'être engagé pour une cause commune. »¹⁰³ Dans cette citation, se retrouvent les deux dimensions managériales que je souhaite utiliser : la rivalité mimétique et la finalité commune.

De manière pragmatique, voici comment je pense les conditions permettant l'émergence de cette invention quotidienne au service des usagers :

- un temps de réunion bi-mensuel nommé réunion de coordination clinique. Cette réunion rassemble tous les professionnels présents dans la M.A.S. à ce moment-là, exception faite des quelques professionnels chargés de l'accompagnement des résidents durant ce temps de réunion d'une heure. Le principe est que les problématiques soient posées par les professionnels qui s'y confrontent au quotidien (il s'agit sur la M.A.S. des équipes éducatives et soignantes composées de M.E., d'A.S. et d'A.M.P.). L'objectif fixé est qu'à la fin de la réunion, une réponse soit proposée pour chaque « cas » présenté. Il s'agit souvent d'une petite piste de travail, d'une conduite à tenir, d'un comportement à adopter qui permet d'accompagner le résident jusqu'à la prochaine réunion et au-delà si ça fonctionne. C'est un lieu où ne sont faites que des hypothèses, sans aucune certitude, mais où chacun apporte sa pierre à l'édifice et où l'on fait équipe de manière réelle, dans le sens d'un soutien mutuel. Toute parole est entendue, respectée et prise en compte. Aucun professionnel n'est laissé seul avec sa difficulté.

- ensuite, je propose des temps informels partagés entre les professionnels et l'encadrement (cadre socio-éducatif et directeur) afin d'aller reconnaître les difficultés rencontrées et les éprouver ensemble. Ces temps partagés sont véritablement la reconnaissance, par la hiérarchie, des difficultés rencontrées par les professionnels de terrain dans l'accompagnement quotidien des résidents. Je crois que c'est parce que cette reconnaissance existe que les professionnels font face aux difficultés qu'ils peuvent rencontrer dans leur pratique.

Ces lieux de pensées, puisque c'est de cela qu'il s'agit, doivent permettre de ne pas réduire un résident à ses comportements mais de l'inscrire dans un ensemble, un système et ainsi, de dégager des axes de travail qui ne sont pas une évidence si l'on simplifie trop. Complexifier le problème est souvent une source d'inspiration pour inventer une solution. Comme l'explique D. GENELOT, « *la complexité [...] désigne le vivant, l'imprévisible, l'inventif [...]. La complexité est porteuse de tous les devenirs, de toutes les inventions, avec leur cortège de promesses mais aussi de difficultés.* »¹⁰⁴

¹⁰³ ALTER N., 2010, *Donner et prendre, la coopération en entreprise*, Editions La Découverte, Paris, pp.192-193.

¹⁰⁴ GENELOT D., 2001, *Manager dans la complexité, réflexions à usage des dirigeants*, 3^{ème} édition, INSEP consulting Edition, Paris, p.24.

Complexifier nous permet donc de créer des solutions et de tenir le cap fixé par le projet d'établissement qui est de ne pas céder à la tentation du rejet face aux difficultés devant lesquelles nous met le résident.

b. Donner à voir, à l'extérieur, ce travail pour positionner l'établissement sur le territoire.

Afin d'impulser cette nouvelle culture au sein de la M.A.S. Maud MANNONI, j'ai fait des propositions d'actions pour que les professionnels travaillant sur cet établissement puissent développer une nouvelle manière de faire. Cela ne me semble pas suffisant étant donné notre histoire qui nous ramène en permanence à ce que nous étions il y a encore quelques mois : une unité psychiatrique d'hospitalisation. Pour que ce changement de culture et de pratiques soit possible il ne faut pas que l'environnement de la M.A.S. renvoie les professionnels, en permanence, à ce qu'ils étaient avant. Cela implique de la part du directeur, de communiquer avec l'extérieur pour positionner ce nouveau projet d'établissement, sa nouvelle culture et ses nouvelles pratiques. Lorsque je parle d'environnement de la M.A.S., je pense en premier lieu au C.H. Montpon, entité « mère » de la M.A.S., et au territoire médico-social sur lequel la M.A.S. est implantée.

Comme l'explique P. BERNOUX, « *la deuxième source du pouvoir dans les organisations réside dans la maîtrise des relations avec l'environnement. Parce qu'elle s'insère dans le tissu des relations habituelles qui font la vie de l'entreprise, cette source est plus importante et plus stable. [...] La force de celui qui maîtrise les relations avec l'environnement et les communique à l'entreprise vient de ce qu'il détient la connaissance des réseaux à la fois dans les deux domaines. C'est le fameux marginal sécant « partie prenante dans plusieurs domaines d'action en relation les uns avec les autres » (l'acteur et le système). [...] Un acteur utilise, dans une organisation, les relations qu'il a avec une autre organisation à des fins parfaitement stratégiques.* »¹⁰⁵ En tant que directeur, c'est avec cette vision stratégique que je dois communiquer avec l'environnement de la M.A.S. afin que celle-ci puisse développer sa propre culture et apporter une réponse complémentaire à ce qui existe sur le territoire.

Il me semble que mon action de directeur de la M.A.S. doit se situer sur deux niveaux dans la communication avec l'extérieur pour positionner ce nouvel établissement médico-social dans son environnement : une action de communication avec le C.H. Montpon et une action de communication avec l'extérieur.

- Pour la communication interne au C.H. Montpon, j'utilise les différentes instances existantes dans l'hôpital pour positionner la M.A.S. et son projet, particulier et différent de ce que peuvent faire les autres unités de l'hôpital. Ainsi, au-delà de la validation du projet

¹⁰⁵ BERNOUX P., 1985, *La sociologie des organisations*, Editions du Seuil, Evreux, pp. 164-165

d'établissement de la M.A.S. par les instances du C.H. Montpon, il me faut, de manière régulière les premières années, ré-évoquer ce projet et l'impact que cela a sur le plan organisationnel et des liens avec le C.H. (à titre d'exemple : un médecin ne peut pas faire une entrée sur la M.A.S. pour faire de la place dans une autre unité de soin, il y a nécessité d'avoir une orientation M.D.P.H. pour pouvoir entrer sur la M.A.S...)

- Pour la communication externe avec l'environnement, j'organise une rencontre avec les directeurs des M.A.S du département (actuellement 3 autres M.A.S. sur le département de la Dordogne) pour présenter son projet d'établissement et imaginer des collaborations possibles entre ces différentes structures susceptibles d'accueillir des publics présentant les mêmes problématiques. L'objectif de cette rencontre, qui devra d'ailleurs se reproduire pour co-construire les collaborations, est pour moi de travailler en amont sur les difficultés de l'accompagnement des résidents de M.A.S., d'inventer, avec les collègues directeurs de M.A.S., des solutions pour éviter les ruptures d'accompagnement par un établissement. « *Le système des alliances est nécessaire parce que l'entreprise est confrontée à une somme très importante d'incertitudes, que les solutions ne sont jamais évidentes et que les acteurs s'affrontent à leur sujet.* »¹⁰⁶

- Enfin, de manière moins formelle, je dois me saisir de toutes les opportunités possibles pour évoquer le travail fait sur la M.A.S. Maud MANNONI et ainsi la positionner comme établissement médico-social s'inscrivant dans une complémentarité de réponses avec son environnement : stage C.A.F.D.E.S. à la M.D.P.H. et à la D.T.-A.R.S., réunion pour la constitution du groupement de coopération sanitaire, conférence de territoire, rencontres avec d'autres établissements dans le cadre de synthèses, de sollicitations de places, vœux de la direction du C.H., évènements auxquels participent les résidents, les professionnels et des personnes de l'extérieur, formations faites dans les salles de réunions de la M.A.S...

C'est une manière d'impulser ce changement de culture mais également d'ouvrir l'établissement, de donner à voir ce qui s'y fait, de valoriser le travail effectué par les professionnels de terrain... C'est aussi une façon de maintenir un regard extérieur sur nos pratiques et donc de lutter contre les risques de maltraitance. A terme, il serait intéressant, pour mettre en lumière cet engagement professionnel et l'inventivité nécessaire pour que l'accompagnement des résidents reste pertinent, d'écrire, avec les professionnels de la M.A.S., sur cette créativité et cette ingéniosité dans les petits riens du quotidien.

Comme le dit P. BERNOUX, « *la communication d'informations a toujours une grande valeur stratégique. Elle s'effectue donc en fonction des objectifs des individus et*

¹⁰⁶ BERNOUX P., 1985, *La sociologie des organisations*, Editions du Seuil, Evreux, p. 148

de ceux qu'ils prêtent à leurs correspondants. »¹⁰⁷ C'est la base du métier de directeur d'établissement que de positionner sa structure dans son environnement.

3.2 Elaborer des outils propres au médico-social du C.H. Montpon

3.2.1 La démarche qualité : se nourrir de l'expérience de l'accréditation mais construire une démarche qui soit propre à la M.A.S.

La démarche qualité, qui va se mettre en place sur la M.A.S. Maud MANNONI, est un des éléments qui peut permettre d'impulser ce changement de culture nécessaire pour le passage du sanitaire au médico-social. C'est parce que la logique d'intervention est différente que la réglementation qui encadre la démarche qualité n'est pas la même dans le secteur hospitalier et dans le secteur médico-social.

Le secteur sanitaire, dont dépendait jusque-là l'unité Maud MANNONI, est régi par la loi du 13 août 2004¹⁰⁸ et notamment l'article L.6113-3 du code de la santé publique :

« Afin d'assurer l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, tous les établissements de santé publics et privés doivent faire l'objet d'une procédure externe d'évaluation dénommée certification. Cette procédure, conduite par la Haute Autorité de Santé, vise à porter une appréciation indépendante sur la qualité d'un établissement ou, le cas échéant, d'un ou plusieurs pôles, structures internes ou activités d'un établissement, à l'aide d'indicateurs, de critères et de référentiels portant sur les procédures, les bonnes pratiques cliniques et les résultats des différents services et activités de l'établissement. »

Concernant le secteur médico-social dont fait maintenant partie la M.A.S. Maud MANNONI, la question de l'évaluation des pratiques, donc du principe de la démarche qualité, est introduite par la loi 2002-2¹⁰⁹ et l'article L312-8¹¹⁰ du CASF :

« Les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 procèdent à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent, au regard notamment de procédures, de références et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles validées ou, en cas de carence, élaborées, selon les catégories d'établissements ou de services, par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Les résultats de l'évaluation sont

¹⁰⁷ BERNOUX P., 1985, *La sociologie des organisations*, Editions du Seuil, Evreux, p.165

¹⁰⁸ Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. JORF n°190 du 17 août 2004 p.14598.

¹⁰⁹ Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. JORF du 3 janvier 2002 p.124.

¹¹⁰ Décret n°2007-975 du 15 mai 2007 fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements sociaux et médico-sociaux.

communiqués tous les cinq ans à l'autorité ayant délivré l'autorisation. Les établissements et services font procéder à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent par un organisme extérieur. Les organismes habilités à y procéder doivent respecter un cahier des charges fixé par décret. La liste de ces organismes est établie par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Les résultats de cette évaluation sont également communiqués à l'autorité ayant délivré l'autorisation. Elle doit être effectuée au cours des sept années suivant l'autorisation ou son renouvellement et au moins deux ans avant la date de celui-ci. »

Ce ne sont donc pas les mêmes organismes nationaux qui valident la démarche qualité : la H.A.S. pour les établissements sanitaires et l'A.N.E.S.M. pour les établissements médico-sociaux.

Néanmoins, puisque nous avons cette habitude de l'évaluation des pratiques professionnelles du fait de l'accréditation qui a été mise en place dès 1996 pour le secteur sanitaire, il s'agit pour moi d'en faire un atout pour la mise en place de l'évaluation interne puis externe sur la M.A.S.

Concernant la mise en place de la démarche qualité et l'évaluation des pratiques sur la MAS, voici comment je me propose de procéder :

- rencontre avec le service qualité du CH Montpon pour faire l'état des lieux de ce qui existe comme procédures sur l'hôpital que nous pouvons réutiliser¹¹¹.

- ensuite je vais construire l'architecture de la démarche qualité de la M.A.S. à partir de ce que nous avons pu repérer comme cadres à élaborer pour accompagner les équipes au quotidien. Je choisis de traiter les thématiques suivantes que je déclinerai ensuite en procédures : la gestion des ressources humaines, la sécurité des soins, le respect de loi 2002-2 et la participation des usagers, enfin la logistique. Ces quatre thématiques me semblent couvrir de manière exhaustive les différentes dimensions du projet d'établissement. Elles se déclinent ensuite en procédures à élaborer¹¹².

Je souhaite que la démarche qualité de la M.A.S. soit construite avec comme cap de toujours garder « *le sens de l'action. Il s'agit avant tout de promouvoir un discours et un débat sur l'homme : ses besoins, ses attentes, ses demandes.* »¹¹³ En effet, la qualité doit être au cœur de notre pratique quotidienne au sens décrit par P. DUCALET et M. LAFORCADE :

« Comment, à certains moments et dans certains lieux, est-il possible d'oublier la qualité ? Comment la société et l'utilisateur peuvent-ils tolérer cette amnésie ? Pourquoi le

¹¹¹ Cf. Annexe n°6 : liste des procédures et protocoles qualité du CH Montpon.

¹¹² Cf. Annexe n°7 : architecture des protocoles de la MAS Maud MANNONI

¹¹³ DUCALET P., LAFORCADE M., 2000, *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociale*, Editions Seli Arslan, Paris, p.10.

ystème sanitaire et social admet-il que la qualité ne soit pas l'alpha et l'omega de l'action quotidienne ? [...] Elle [la qualité] reste le plus souvent fondée sur la volonté et l'éthique professionnelle de ceux qui veulent bien s'y soumettre. Le destinataire de l'action sanitaire et sociale – à la différence du client de l'entreprise - n'a pas le statut lui permettant d'imposer la qualité. »¹¹⁴

Nous accompagnons des personnes extrêmement vulnérables et nous avons donc une responsabilité importante car les usagers eux-mêmes ne peuvent pas véritablement se plaindre d'une moindre qualité de leur accompagnement. Ma responsabilité de directeur est donc que cette qualité soit ancrée dans l'esprit des professionnels.

Pour cela, je poursuis la construction de celle-ci sur le mode participatif, en mettant en place des groupes de travail, avec des professionnels représentatifs selon les procédures travaillées, afin que celles-ci soient élaborées sur un mode démocratique. De plus, c'est cette méthode qui fera que la démarche qualité sera pertinente et intégrée par les professionnels. Comme le dit M. THEVENET, « *si les procédures, méthodes, techniques ont été utiles, tous les observateurs constatent que, quelle que soit leur pertinence, elles ne peuvent être efficaces que si les individus au bout de la chaîne appliquent outils et méthodes avec intelligence, avec une référence aux valeurs et aux buts que ces démarches [les démarches qualité] sont supposées servir.* »¹¹⁵

Les premières procédures une fois construites, l'évaluation interne de l'établissement viendra pointer les carences de celles-ci, ce qui permettra un ajustement avant l'organisation de l'évaluation externe.

3.2.2 Les liens logistiques entre la M.A.S. et le C.H. Montpon : une relation d'autonomie dépendante.

Comme nous avons pu le voir en 1^{ère} partie de ce travail, la question des liens logistiques entre le C.H. Montpon et la M.A.S. Maud MANNONI ne sont pas toujours simples. En effet, pour tous les services logistiques du C.H. Montpon, la M.A.S. est un service comme un autre. Or, le budget de la M.A.S. n'est pas fondu dans celui du C.H. C'est un budget annexe. Les tutelles versent au C.H. Montpon le budget de fonctionnement de la M.A.S., mais celui-ci ne peut pas être confondu avec la dotation annuelle de fonctionnement de psychiatrie. Ce qui autorise le directeur de la M.A.S. à faire des choix différents que ceux qui s'imposent sur le C.H. Exemple récent, afin de contrôler les dépenses en personnel sur le C.H. Montpon, la direction de celui-ci décide

¹¹⁴ DUCALET P., LAFORCADE M., 2000, *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociale*, Editions Seli Arslan, Paris, p.9.

¹¹⁵ THEVENET M., 2000, *Le plaisir de travailler, favoriser l'implication des personnes*, Editions d'Organisation, Paris, p.128

qu'il n'y aura plus de remplacement automatique de certains arrêts de travail longs (maternité, longue maladie...). Or le groupe II de la M.A.S., qui correspond aux dépenses en personnel, est excédentaire et permet le remplacement des personnels en maternité ou en longue maladie. En tant que directeur de la M.A.S., je décide de procéder aux remplacements qui me semblent nécessaires mais les services R.H. refusent d'appliquer ce que je leur demande puisque la politique de l'hôpital n'est pas celle-ci.

Pour dépasser cette difficulté, que nous pouvons comprendre avec l'exemple cité plus haut, qui est une réalité quotidienne dans le fonctionnement entre la M.A.S. et le C.H. Montpon (lien avec les cuisines, avec la blanchisserie, avec le service achat, avec la pharmacie...) la solution passe par une délégation formalisée entre la directrice du C.H. Montpon, qui reçoit le budget de la M.A.S., et le directeur de la M.A.S. chargé de son exécution.

Pour construire la question de la délégation, je propose de voir comment fonctionne le circuit de la demande, puis celui de la décision, afin d'élaborer un Document Unique de Délégation (D.U.D.). Il me semble que l'impulsion d'un changement de culture pour passer d'une logique sanitaire à un accompagnement médico-social passe par une certaine autonomie de décisions et de fonctionnement de la M.A.S. par rapport au C.H.

a. Le circuit de la demande

Toutes les demandes concernant la M.A.S. doivent passer par le directeur de la M.A.S. pour une validation (validation par le directeur de la M.A.S. ne vaut pas décision et mise en œuvre), il me semble que cela dépendra des questions traitées. Dans le lien avec le C.H. Montpon, ces demandes concernent essentiellement les fonctions supports que je vais lister ici, ainsi que les questions que cela peut concerner :

- Les questions logistiques : engagement de certains achats, circuit du linge, circuit des médicaments, liens avec les cuisines...

- Les questions de travaux : la remontée des demandes de travaux pour la M.A.S., l'évaluation des coûts de travaux.

- Les questions financières : élaboration des bilans, comptes de résultats et budgets prévisionnels, choix des achats en investissement ou en fonctionnement, choix des comptes utilisés selon les achats, proposition d'affectation des excédents de fonctionnement, propositions de choix d'investissements et de leur durée d'amortissement.

- Les questions R.H. : changement d'affectation, plan de formation, départ en étude promotionnelle, recrutements, ordres de missions, demandes de remboursement.

Pour toutes ces questions, le D.U.D. doit définir ce qui relève de la décision du directeur de la M.A.S., et ce qui relève de la décision du directeur du C.H. Montpon.

b. Le circuit de la décision

Le circuit de la décision doit être inscrit dans le D.U.D. avec précisément ce que le directeur de la M.A.S. peut prendre comme décision sans en référer immédiatement au directeur du C.H. Montpon.

Pour toutes les demandes exceptionnelles non listées dans le D.U.D., le directeur de la M.A.S. en réfère au directeur du C.H. Montpon, en conseil de direction, ce qui permet à tous les directeurs des fonctions supports de donner un avis pouvant éclairer la prise de décision.

3.2.3 La continuité concernant la dimension de la surveillance médicale constante

Concernant la question de la surveillance médicale, l'équipe de la M.A.S. Maud MANNONI comprend du temps médical : un ½ temps de médecin généraliste et ¼ temps de médecin psychiatre. Ceci permet une référence et une cohérence dans le suivi médical des résidents, sur le modèle du médecin traitant qu'a tout assuré social français.

Cependant deux questions se posent concernant la question de la surveillance médicale : la manière dont nous répondons à la question de l'urgence puisque les résidents que nous accompagnons sont parfois fragilisés sur un plan somatique, et la place du médecin dans l'organisation et l'organigramme de la M.A.S. puisque le changement d'agrément modifie le positionnement médical en termes de garant du projet.

a. Le lien avec les médecins du C.H. Montpon pour la réponse aux urgences

Voici comment a été pensée la réponse aux urgences vitales sur la M.A.S. en partant du fait que nous sommes à 30 km du premier service d'urgence.

Etant donné que nous sommes sur le même site que le C.H. Montpon et qu'il existe pour celui-ci un système de garde des médecins généralistes qui fonctionne 24H/24, la M.A.S. bénéficie de ce dispositif.

Ceci implique que l'équipe infirmière de la M.A.S. ait le planning des gardes et astreintes élaboré chaque mois par la direction du C.H. Montpon avec l'équipe de médecins généralistes.

Après chaque période d'absence du médecin référent de la M.A.S. (week-end, repos de garde, congés, formation), celui-ci fait le point avec l'équipe infirmière et avec ses collègues médecins qui ont eu à intervenir durant son absence. Cette prise d'information permet de réajuster, si besoin, les préconisations faites par les médecins de passage avec la connaissance fine qu'a le médecin référent du résident.

Concernant la réponse aux urgences médicales trois actions supplémentaires sont menées sur la M.A.S. Maud MANNONI :

- la constitution d'un chariot d'urgence disposé à l'infirmierie de la M.A.S. et vérifié chaque mois par l'équipe infirmière¹¹⁶.

- le suivi et la mise à jour des formations aux gestes d'urgence pour les professionnels de la M.A.S. Inscriptions à l'A.F.G.S.U. niveau II (Attestation de Formation aux Gestes de Soins d'Urgence) et mise à jour tous les 4 ans par un recyclage.

- formation suivie par tous les professionnels de la M.A.S. une fois tous les deux ans pour la réalisation de deux gestes essentiels dans le travail en M.A.S. : la mise en Position Latérale de Sécurité (P.L.S.) en cas de crise d'épilepsie ou de malaise, et la manœuvre de Heimlich en cas de fausse-route.

b. Un médecin inscrit dans l'équipe de la M.A.S. : une place à construire

La place du médecin dans l'équipe de la M.A.S. est une place qu'il faut construire, inventer, puisqu'elle ne peut pas être une copie conforme de la place du médecin dans une unité hospitalière. La différence majeure, selon moi, est que le garant du projet de service en sanitaire est le médecin chef de service ; en médico-social c'est le directeur d'établissement.

Pour que ce nouveau fonctionnement puisse être mis en œuvre de manière pertinente, il faut que le directeur de la M.A.S. soit positionné clairement vis-à-vis du médecin. Ceci est complexe du fait de la dépendance avec le C.H. Monpton, puisque tous les professionnels de la M.A.S. sont des salariés du C.H. Montpon affectés sur la M.A.S.

Lors de l'ouverture de la M.A.S en septembre 2013, le médecin référent de la M.A.S. était celui de l'unité Maud MANNONI, ce qui n'a pas simplifié cette mutation. Celui-ci partant à la retraite en décembre 2014, je profite de cette opportunité pour repositionner la place du médecin dans la M.A.S. Maud MANNONI. Voici comment j'imagine l'arrivée et le positionnement du nouveau médecin au sein de l'équipe de la M.A.S. :

- participation du directeur de la M.A.S., avec le directeur du C.H. et le D.R.H. à l'entretien de recrutement du médecin de la M.A.S.

- présentation de la fiche de poste du médecin et du projet d'établissement de la MAS, par le directeur de la MAS.

- intégration du médecin à l'équipe de direction de la M.A.S. composée actuellement du directeur, du cadre socio-éducatif et du psychologue. Une réunion de cette équipe de direction a lieu tous les lundis matins ce qui permet d'avoir une cohérence de discours et d'action de l'ensemble de l'équipe d'encadrement de la M.A.S.

¹¹⁶ Cf. Annexe n°8 : planning de vérification du chariot d'urgence

3.3 Evaluer les actions pour évaluer le dispositif.

Dans cette partie, mon désir est d'évaluer la pertinence de ce que je propose en mesurant l'impact de mon action sur la problématique d'accompagnement du changement et d'impulsion d'une nouvelle culture.

L'idée générale est que, de manière concomitante avec le principe d'évaluation, existe une démarche éthique et réflexive dynamique qui s'appuie sur trois principes : un principe de singularité, un principe de réciprocité et un principe de positivité¹¹⁷. La singularité avec l'idée que chaque usager est unique, donc que nous ne devons pas tenter de le faire rentrer dans nos cases. La réciprocité, pour se dire que ce qui est valable pour nous est certainement valable pour l'autre. La positivité, dans le sens où nos actions auprès des usagers doivent être génératrices de bonheur et de joie. Ceci avec l'espoir que cette démarche réflexive sur la pratique professionnelle permette à chacun, lorsqu'il est confronté à des situations complexes, de proposer une action de qualité en direction de l'usager.

Cette citation de l'ouvrage « *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales* » m'apparaît une bonne orientation pour être le socle de ma démarche d'évaluation : « *La seule question qui vaille est pourtant celle de la valeur de l'action sanitaire et sociale pour l'homme qui en est le destinataire* »¹¹⁸

Dans cette partie seront présentés différents tableaux de bords permettant de mesurer l'évolution du projet mis en place, de l'ajuster si nécessaire. Les différentes dates choisies dans les tableaux de bord sont des indicateurs de temps mais ne signifient pas, en soi, une fin du processus d'évaluation. Les tableaux pourront donc, au besoin, être renouvelés les années suivantes pour poursuivre la vérification de l'évolution du projet.

3.3.1 La dimension de lieu de vie existe pour les résidents

a. La question de la personnalisation des espaces « privés ».

Afin de mesurer l'avancée de la personnalisation des espaces « privés » des résidents de la M.A.S., je construis un tableau de suivi:

¹¹⁷ DUCALET P., LAFORCADE M., 2000, *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales*, Editions Seli Arslan, Paris, p. 89.

¹¹⁸ DUCALET P., LAFORCADE M., 2000, *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales*, Editions Seli Arslan, Paris, pp. 9-10.

	Juin 2014	Janvier 2015	Juin 2015	Janvier 2016
Taux de personnalisation des chambres	10/50 soit 20%			
Exemples de personnalisation des chambres	<ul style="list-style-type: none"> - Installation d'une étagère - Installation d'un fauteuil personnel - Installation de photos familiales - Pose d'une tapisserie sur un pant de mur - Accrochage de productions personnelles du résident 			

Ce tableau me permettra de suivre tous les six mois l'évolution de cette possibilité donnée aux usagers de personnaliser des espaces et au besoin, de remobiliser les professionnels autour de cette question.

b. L'accueil et la participation des familles à la vie de la personne et de l'établissement.

Concernant la participation des familles et des représentants légaux à la vie de l'usager et de l'établissement, voici le tableau de suivi que j'établis :

	Juin 2014	Janvier 2015	Juin 2015	Janvier 2016
Taux de participation des résidents au C.V.S.	100%			
Taux de participation des représentants des familles et mandataires judiciaires au C.V.S.	80%			
Propositions faites par les usagers ou les familles lors des C.V.S.	Demande qu'il y ait plus d'animations, sorties proposées aux résidents.			
Participation des mandataires judiciaires aux réunions projets	70%			
Nombre de projets personnalisés signés avec les résidents, leur famille et leur représentant légaux	20%			
Participations des familles lorsqu'elles sont invitées sur la MAS	45%			

c. La liberté d'aller et venir.

Afin de mesurer si nous respectons la liberté d'aller et venir des résidents de la M.A.S., je propose le tableau de bord suivant :

		2013		2014	
Les sorties des résidents en familles	Combien de résidents bénéficient de sortie en famille				
	Nombre moyen de jour de sortie/an				
Les sorties des résidents à l'extérieur de la M.A.S.	Combien de sorties réalisées sur l'année				
	Nombre de résidents concernés				
La circulation des résidents à l'intérieur de la M.A.S. reste libre ?		oui	non	oui	non
Commentaires		Des temps de fermeture des portes des quartiers ont été définis précisément pour les temps forts de la journée (toilettes – repas)			
Les protocoles existant sont respectés de manière stricte lorsqu'il y a une limitation de la liberté d'aller et venir.		oui	non	oui	non
Commentaires		Mises en place d'isolement en chambre avec protocole respecté (sur ordonnance médicale)		Il faut rester vigilant sur ce point car la solution à beaucoup de problématiques serait l'enferment	

La question de la liberté d'aller et venir sur la M.A.S. est très importante. En effet, qu'est-ce qu'un lieu de vie si cette liberté fondamentale n'est pas respectée ? Tout ceci en tenant compte et en respectant la pathologie, le handicap des résidents qui rend cette question plus complexe qu'il n'y paraît.

Néanmoins, le suivi de ces indicateurs concernant la liberté d'aller et venir est essentiel dans cette dynamique de transformation de la psychiatrie vers le médico-social car l'enfermement est un marqueur important de la médecine psychiatrique.

3.3.2 Les alternatives proposées face aux troubles du comportement.

Sommes-nous suffisamment inventifs pour tenir le cap fixé de ne pas nous « débarrasser » d'un résident en proposant des réponses bienveillantes aux troubles du comportement présentés ?

	2013		2014	
	Oui	Non	Oui	Non
Des résidents ont-ils quitté la M.A.S. du fait de leurs troubles du comportement				
Quels sont les différentes propositions qui ont été mises en place pour gérer les troubles du comportement sans rejeter le résident ?	- entretiens réguliers entre un résident, sa famille, son référent et le directeur pour tenir un discours cohérent rendant possible l'accueil du résident dans la M.A.S.		<ul style="list-style-type: none"> - mise en place d'un planning d'accompagnement personnalisé pour une résidente criant beaucoup et frappant les autres résidents : ceci demande l'implication de tous les professionnels de la M.A.S. (de l'A.S.H. au directeur) - écrit d'observations fines sur l'accompagnement d'un résident repris par le psychologue pour élaborer une cohérence d'équipe. - sortie à la cafétéria de l'hôpital de manière structurée avec l'E.S. - mise en place de temps d'accompagnement personnalisé dans la chambre du résident autour d'un massage des pieds avant une période d'isolement définie dans le temps. - achat massif de vêtement à bas coût pour pallier au fait qu'un résident jette tous ses habits. - temps de réunion hebdomadaire avec les résidents d'un quartier pour se projeter dans la semaine à venir et pour reprendre les dysfonctionnements passés. 	

3.3.3 La construction de la culture propre à l'établissement.

a. La participation des professionnels à la vie de l'établissement

Afin de mesurer si la culture d'établissement se co-construit avec les professionnels de la M.A.S., il me semble pertinent d'observer leur engagement et leur présence dans les temps forts qui rythment la dimension médico-sociale du projet :

		2014	2015	2016
Nombre de professionnels participant à des temps forts institutionnels				
Nombre par type de temps forts	Journée porte-ouverte	34/63		
	Réunions institutionnelles	48/63		
	Démarche qualité			
	Concert, exposition, journée à thème	24/63		

b. La communication de ce qu'est cet établissement sur le territoire

La reconnaissance de la M.A.S sur le territoire est un enjeu fort pour l'impulsion de cette nouvelle culture permettant de développer une offre de service pertinente. Pour cela je propose un tableau de bord pour mesurer les présentations de la M.A.S. auprès de partenaires institutionnels. Il est bien évident que ce tableau sera reconduit pour les années à venir.

	2013	2014
Réunions organisées pour présenter la M.A.S.	- Rencontre à la D.T.-A.R.S. entre le directeur du C.H., le directeur de la M.A.S. et le directeur de la D.T.-A.R.S. - inauguration de la M.A.S.	- Rencontre avec les centres de formations avec lesquels le C.H. travaille
Opportunités de présenter la M.A.S. sur le territoire	- Visite de conformité	- Participation du directeur de la M.A.S. à la conférence de territoire. - Stage C.A.F.D.E.S. du directeur de la M.A.S. - Participation du directeur de la M.A.S. au groupe « handicap » du G.C.S. - Accueil de stagiaires - Rencontre avec les directeurs de M.A.S. de Gironde

c. L'accueil des étudiants

L'accueil des étudiants est un indicateur fort dans cette dynamique de d'impulsion de cette nouvelle culture, c'est, entre autre, à travers ces futurs professionnels que pourra s'ancrer cette nouvelle manière d'accompagner les résidents de la M.A.S. Maud MANNONI :

	Etudiants accueillis sur la M.A.S.						Nombre de candidatures de personnes étant passées par un stage sur la M.A.S. Maud MANNONI
	A.S.	A.M.P.	M.E.	A.S.H.	E.S.	autres	
2014	8	6	1	1	1	3	4
2015							
2016							

d. Les candidatures spontanées et orientées vers la M.A.S.

Cet indicateur me permet de mesurer l'impact, en interne comme en externe, de la communication faite sur la M.A.S.

Candidatures arrivant au service R.H., à la direction des soins du C.H. ou sur la M.A.S. et ciblant la M.A.S.	2014	2015	2016
Candidature interne du C.H.	2		
Candidature externe	4		

e. La cohabitation du pouvoir médical et du pouvoir directorial.

Afin que le travail sur la place du médecin dans l'organisation de la M.A.S. Maud MANNONI soit modifiée, et plus pertinente qu'elle ne l'est aujourd'hui, je vérifie que le plan d'action concernant le recrutement du futur médecin a bien pu se mettre en œuvre :

Participation du directeur de la M.A.S. au recrutement médical	oui	non
Présentation du projet d'établissement de la M.A.S. au médecin	oui	non
Présentation et signature de la fiche de poste du médecin	oui	non
Participation du médecin aux réunions de l'équipe de direction de la M.A.S.	oui	non

f. Une démarche qualité propre à la M.A.S. Maud MANNONI

L'objectif est de démarrer l'écriture de la démarche qualité en 2015 pour se projeter dans une évaluation interne en 2016. Pour cela il faut élaborer la démarche qualité sur la M.A.S.. Voici la proposition de suivi de l'avancée des travaux autour de la démarche qualité :

La politique qualité de la M.A.S. est écrite	Décembre 2014	oui	non
Des groupes de travail sont constitués pour élaborer les procédures de la M.A.S.	Janvier 2015	oui	non
Les différentes procédures sont élaborées par les groupes de travail	Novembre 2015	oui	non
L'évaluation interne est lancée	Janvier 2016	oui	non

g. Le fonctionnement des circuits de décisions entre la M.A.S. et le C.H. Montpon.

La question du circuit des décisions entre la M.A.S. et le C.H. Montpon, est en fait un indicateur de l'autonomie de la M.A.S. vis-à-vis du C.H., et ainsi la possibilité d'imaginer des modes de fonctionnement différents sur la M.A.S. que sur le reste de l'hôpital.

Je me propose de suivre un seul indicateur pour mesurer l'avancée de cette autonomie de la M.A.S. par rapport au C.H. :

	2014	2015	2016	2017
Nombre de décisions posées par le directeur de la M.A.S. dans le cadre de la délégation remise en question par d'autres services.				

3.4 Conclusion

La 3^{ème} partie de ce mémoire se veut la traduction, en actes, de l'impulsion du changement de culture dans la M.A.S. Maud MANNONI. Le projet de direction et le plan d'action proposés¹¹⁹ sont un choix stratégique fait en fonction du diagnostic posé en 1^{ère} partie, et de l'élaboration théorique fait dans la 2^{ème} partie. Il tient évidemment compte de l'environnement mais également de la façon dont j'occupe cette place de directeur. Un autre directeur aurait sans doute pu faire d'autres choix. D'où l'intérêt de la construction d'un outil permettant l'évaluation, le suivi et le réajustement du projet au fur et à mesure de l'évolution de celui-ci.

Aujourd'hui, je constate que ce changement de culture est en cours mais qu'il reste du chemin à parcourir. Le changement médical programmé en cette fin d'année va permettre un repositionnement de la dimension du soin comme une partie du projet et non comme la priorité de l'accompagnement des résidents de la M.A.S. Avec le temps, cette nouvelle organisation prend sa place au sein du C.H. Montpon, et la différence de fonctionnement commence à être acceptée et reconnue.

Au sein même de la M.A.S., les priorités se modifient. Après un an de fonctionnement, où nous avons dû nous approprier les nouveaux locaux, intégrer 21 professionnels arrivant de l'extérieur, et accueillir 19 nouveaux résidents que nous ne connaissions pas, des repères commencent à être pris. L'objectif de cette première année était la stabilisation de l'organisation après un changement de grande ampleur. Maintenant que les gestes simples du quotidien sont ancrés dans les pratiques professionnelles, que les résidents ont retrouvé des repères, il s'agit pour moi d'enclencher la deuxième partie du changement avec la mise en œuvre de la dimension médico-sociale de l'accompagnement.

L'outil majeur, pour le directeur d'établissement dans l'accompagnement du changement, est le projet d'établissement. C'est lui qui fixe le cap, la route à suivre. Comme l'explique R. JANVIER, « *s'il est [...] un fluide s'écoulant entre les individus pour les relier/séparer, le projet ne vient pas combler les manques. Il leur donne sens. Il ne bloque pas les éléments comme le ferait un ciment entre une pierre et un mur. Il impulse du mouvement. En référence à l'éthique, le projet d'établissement ou de service est facteur de mobilité.* »¹²⁰ Je me dois donc d'utiliser cet outil pour impulser le changement de culture nécessaire à la mise en œuvre d'un accompagnement pertinent pour les résidents de la M.A.S. Maud MANNONI, et ceci passe par la possibilité qu'auront les

¹¹⁹ Cf. Annexe n°9 : Synthèse du projet de direction et du plan d'action

¹²⁰ JANVIER R., 2011, *Ethique de direction en institution sociale et médico-sociale*, ESF Editeur, Issy-les-Moulineaux, p.38

acteurs de s'exprimer. « *C'est [...] par la multiplication des espaces de débats que l'institution peut être porteuse de la préoccupation éthique.* »¹²¹

Il me semble que c'est cette préoccupation éthique qui permettra à chacun d'orienter sa pratique, quelle que soit la place qu'il occupe dans la M.A.S., toujours au service de la mission et des usagers qui nous sont confiés.

¹²¹ *Ibid.*, p.26

Conclusion

Au terme de ce travail de mémoire, il m'apparaît évident que le changement prend du temps et que la persévérance est une des qualités primordiales que doit avoir un chef d'établissement. Celui-ci ne doit jamais oublier sa mission et la responsabilité qui lui incombe. Comme le dit R. JANVIER, « *cette position symbolique [la place d'exception] autorise celui qui est investi d'une autorité à parler, à fixer la direction à suivre, à ordonner l'organisation.* »¹²² C'est de cette « place d'exception » que le directeur parle. L'impulsion de ce changement de culture au sein de la M.A.S. Maud MANNONI est donc bien de ma responsabilité et je dois tenir le cap fixé.

La manière dont chaque professionnel réalise son travail, le sens qu'il donne à celui-ci, les objectifs qu'il poursuit, retentissent forcément sur le résident qu'il a pour mission d'accompagner. Le directeur d'établissement est là pour donner les moyens aux professionnels, afin que ce travail soit réalisé dans les meilleures conditions. Ces moyens sont bien sûr matériels, mais je ne pense pas que ce soit l'essentiel dans la mission qui nous est confiée d'accompagner des personnes gravement handicapées. Il s'agit plutôt de permettre aux professionnels de maintenir le sens de cet accompagnement surtout lorsque celui-ci est mis à mal par les comportements du résident lui-même. « *Tout l'art du professionnel consiste à percevoir ce qui est fondamentalement et universellement humain derrière ce qui peut sembler monstrueux, insensé, inaudible, affreux, insupportable ou inacceptable. L'éthique en travail social est peut-être cette capacité inaltérable à regarder, envers et contre tout, ce qui reste humain dans l'inhumanité de l'homme.* »¹²³ La mission première du directeur d'établissement est bien celle-ci : faire en sorte que les professionnels chargés de l'accompagnement des gestes du quotidien soient toujours persuadés du bien fondé et de la nécessité de leurs gestes.

En effet, « *l'incompréhension est sans doute parmi les expériences les plus fondamentales, mais aussi une des plus difficiles de la condition humaine.* »¹²⁴ Redonner du sens, faire des hypothèses, se mettre autour d'une table pour réfléchir, inventer, c'est comprendre de nouveau ce pour quoi chacun des professionnels est là. Cette condition est essentielle si l'on souhaite impulser la moindre dynamique, le moindre changement. Le changement de culture de l'équipe de la M.A.S. Maud MANNONI passe par cette remise en sens permanente de chacun de nos gestes. Passer du soin au prendre soin

¹²² JANVIER R., 2011, *Ethique de direction en institution sociale et médico-sociale*, ESF Editeur, Issy-les-Moulineaux, p.31

¹²³ *Ibid.*, p.40

¹²⁴ *Ibid.*, p.73

c'est se fixer un autre objectif, avoir une autre orientation dans sa pratique et être certain du sens de ce travail. C'est la base de la motivation !

Ce changement de culture est en route au sein de la M.A.S. Maud MANNONI et peut sans doute devenir un point de départ pour penser différemment l'accompagnement des usagers de l'hôpital. Comme l'explique F. TOSQUELLES, « *faire de l'effilochage, déchirer du papier, ou même faire des confettis avec des malades très diminués peut, en soi, parvenir à les rendre plus 'vivants', mais cette tâche ne peut prendre sens urbi et orbi (« dans la cité et dans le monde ») que si, dans l'hôpital et puis... ailleurs, il existe des 'fêtes' où le confetti devient une valeur, se consomme.* »¹²⁵ C'est sans doute cela développer un projet médico-social pour ces personnes que nous accompagnons au très long cours, redonner du sens et inscrire tout ce que nous faisons avec eux, même les actions qui pourraient sembler les plus absurdes, dans la cité et dans le monde. Quoi de plus mortifère que de déchirer ses vêtements, de faire toujours le même dessin, de tapoter sur un objet en plastique, de faire tourner une toupie ou de pousser une brouette si nous ne réinscrivons pas ceci dans une forme de norme. Rendre sociaux les gestes les plus désocialisés est sans doute le projet médico-social qui doit guider nos actes, réflexions et choix professionnels auprès de ces résidents.

Pour que cela puisse se faire sur la M.A.S. Maud MANNONI je dois mettre en place les conditions indispensables à cela. « *Qu'il s'agisse de recrutement, de formation, d'expérimentation sur de nouvelles structures, d'ouverture à l'environnement et parfois même de lutte sociale ; l'important est que suffisamment d'interactions nouvelles, en milieu le plus protégé possible des résistances à ce genre d'innovation, permettent la naissance d'identités et de relais sociaux différents.* »¹²⁶ Il me faut à la fois permettre et favoriser les expérimentations, les interactions, l'ouverture et la protection. L'objectif finalement est de faire des professionnels de la M.A.S. Maud MANNONI une équipe. « *Les jeux structurant les relations s'organisent autour des domaines correspondant à la structuration du groupe : l'affectif, le culturel et enfin celui de l'identité.* »¹²⁷

L'installation d'une culture médico-sociale sur la M.A.S. Maud MANNONI passera par la création de cette identité de groupe, par le développement de ces nouvelles normes. L'enjeu, pour le directeur d'établissement, est que cette mutation soit au service de l'utilisateur, qu'il reste le centre de nos préoccupations professionnelles. Ceci demande une vigilance de tous les instants et un engagement sans faille.

¹²⁵ TOSQUELLES F., 1967, *Le travail thérapeutique à l'hôpital psychiatrique*, CEMEA Editions du scarabée, Bordeaux, p.61

¹²⁶ SAINSAULIEU R., 1997, *Sociologie de l'entreprise, organisation, culture et développement*, 2^{ème} édition, Presse de Sciences Po et Dalloz, Paris, p.432

¹²⁷ BERNOUX Philippe, *La sociologie des organisations*, Editions du Seuil, Evreux, 1985, p. 168

Bibliographie

Ouvrages

ALTER N., 2010, *Donner et prendre, la coopération en entreprise*, Editions La Découverte, Paris, 231 pages.

AMISTANI C. (Dir.), SCHALLER J.-J. (Dir.), 2008, *Accompagner la personne gravement handicapée, l'invention des compétences collectives*, Editions Erès, Ramonville St-Agne, 208 pages.

ANZIEU D., MARTIN J.-Y., 1968, *La dynamique des groupes restreints*, PUF, Paris, 397 pages.

BERNOUX P., 1985, *La sociologie des organisations*, Editions du Seuil, Evreux, 378 pages.

BOURDIEU P., 1979, *La distinction, critique sociale du jugement*, Les éditions de minuit, Paris, 670 pages.

CHAVAROCHE P., 2010, *Travailler en MAS, l'éducatif et le thérapeutique au quotidien*, Editions Erès, Toulouse, 199 pages.

CROZIER M., FRIEDBERG E., 1977, *L'acteur et le système, les contraintes de l'action collective*, Editions du Seuil, Paris, 500 pages.

DEJOUR C., 1995, *Le facteur humain*, Editions P.U.F., collection « Que sais-je ? », Paris, 128 pages.

DUCALET P., LAFORCADE M., 2000, *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociale*, Editions Seli Arslan, Paris, 320 pages.

GENELOT D., 2001, *Manager dans la complexité, réflexions à usage des dirigeants*, 3^{ème} édition, INSEP Consulting Edition, Paris, 357 pages.

JAEGER M., 2012, *L'articulation du sanitaire et du social*, Dunod, Paris, 192 pages.

JANVIER R., 2011, *Ethique de direction en institution sociale et médico-sociale*, ESF Editeur, Issy-les-Moulineaux, 128 pages.

VANDERBORGHT C. / éd., MEYNKENS-FOUREZ M. / éd., 2012, *Qu'est-ce qui fait autorité dans les institutions médico-sociales*, Collection EMPAN, Editions Eres, Toulouse, 112 pages.

MISPELBLOM BEYER F., 2006, *Encadrer un métier impossible ?*, Armand Colin, Paris, 301 pages.

SAINSAULIEU R., 1997, *Sociologie de l'entreprise, Organisation, culture et développement*, Presses de Sciences Po et Dalloz, Mayenne, 480 pages.

THEVENET M., 2000, *Le plaisir de travailler, favoriser l'implication des personnes*, Editions d'Organisation, Paris, 280 pages.

TOSQUELLES F., 1967, *Le travail thérapeutique à l'hôpital psychiatrique*, CEMEA Editions du scarabée, Bordeaux, 87 pages.

Articles

NICOLESCU B., 1996, *La transdisciplinarité*, Manifeste, Éditions du Rocher, Monaco, <http://agora.gc.ca/dossiers/Transdisciplinarite>

SANSON K., 2006, « Pluridisciplinarité : intérêt et conditions d'un travail de partenariat », *Le Journal des psychologues* 9/2006 (n°242).

VANNEREAU J., 2006, Représentation et Management : Management de groupe et « finalité commune », *Cognitive*, n°9.

VANNEREAU J., 2002, « Pour comprendre les violences relationnelles dans les milieux professionnels », *Performances : stratégies et facteur humain*, n°2

ZIELINSKY A., décembre 2010, "L'éthique de care, une façon de prendre soin", *Etudes*, n°4136.

« Les soins liés aux fonctions de la vie », *Actualités des formations continues de santé et du Grieps*

Sites internet

Legifrance.fr

http://fiches.lexpress.fr/personnalite/abraham-maslow_507321

<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/pluridisciplinaire/61794>

<http://agora.qc.ca/dossiers/Transdisciplinarite>

<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/transdisciplinaire/79087>

URL : www.cairn.info/revue-le-journal-des-psychologues-2006-9-page-24.htm.

DOI : 10.3917/jdp.242.0024

Dictionnaires

Petit Larousse Illustré 2012, Larousse, Paris

LAFONT R., 1991, *Vocabulaire de psychopédagogie et Psychiatrie de l'enfant*, 6^{ème} édition, Presses Universitaires de France, Paris.

BARREYRE J.-Y. / éd., BOUQUET B. / éd., CHANTREAU A. / éd., et al., 1995, *Dictionnaire critique d'action sociale*, Bayard, Paris.

Recommandations de bonnes pratiques

Recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM, 2008, *La bientraitance : définitions et repères pour la mise en œuvre*.

Liste des annexes

- Annexe n°1 : parcours des patients de Maud Mannoni
- Annexe n°2 : Admissions sur la M.A.S. depuis septembre 2013
- Annexe n°3 : Demandes d'admission sur la M.A.S.
- Annexe n°4 : Groupes de travail ayant élaboré le projet M.A.S.
- Annexe n°5 : Grille d'entretien pour les recrutements professionnels sur la M.A.S.
Maud MANNONI
- Annexe n°6 : Liste des procédures et protocoles qualité du C.H. Montpon
- Annexe n°7 : Architecture des protocoles de la M.A.S. Maud MANNONI
- Annexe n°8 : Constitution et vérification du chariot d'urgence de la M.A.S.
- Annexe n°9 : Synthèse du projet de direction et du plan d'action

Annexe 1 : parcours des patients de Maud Mannoni

	Naissance	À Mannoni	Parcours institutionnel antérieur à l'arrivée à Maud Mannoni
H	21/10/75	01/12/07	Parcours institutionnel depuis l'âge de 3 mois, pouponnière, IME, foyer de vie, Foyer occupationnel La Prada, Famille d'accueil, Unité Charles Perrens en mai 2006
H	15/02/77	1993	IME à partir de 5 ans, service enfant depuis 1988
F	16/03/62	2002	IME, Centre Hélio Marin, Le Bercail de 1985 à 2002
F	16/03/1957	1970	Pédopsy depuis 1970 à Vauclaire
F	02/09/1958	1988	Placement chez grands-parents à 5 ans, essai en IMP à 10 ans, en psychiatrie depuis 1973, à Vauclaire depuis 1976
H	14/09/1958	1982	IME de 1968 à 1981, CAT
H	16/09/70	1987	en pédopsy à Vauclaire de 1976 à 1987
H	30/09/65	2000	Famille d'accueil dès l'âge de 5 ans, service enfant depuis 1974, service adulte depuis 1984
H	22/03/66	1997	IME Papillons Blancs de 79 à 88, Hospitalisations en psy tous les ans entre 1990 et 1997
F	23/03/70	juin-08	MAS Héliodore
F	22/02/67	1986	De 0 à 3 ans en pouponnière, 3 ans placement en Home d'enfant, 1980 pédopsy à Vauclaire
F	28/12/1969	1987	Centre Hélimarin de 72 à 75, 1975 service de pédopsy à Vauclaire
F	18/10/52	1997	Home d'enfant La Barde de 0 à 7 ans, Hospitalisée à Vauclaire depuis 1965
H	25/03/1987	2003	Pris en charge par la pédopsy en HJ dès 3 ans, IME Papillons Blancs pendant 4 ans, Hospitalisation en pédopsy à 13 ans à Vauclaire
H	03/03/1956	1972	placé dans un home d'enfant dès l'âge de 7 ans
H	01/10/1953	1992	famille d'accueil à 14 ans
H	03/06/1958	sept-06	juin 2005 en admission
F	05/04/1967	1988	3 ans pouponnière, centre d'accueil, service enfant de l'hôpital à partir de 13 ans
H	01/06/1956	2005	FAM La Meynardie
F	28/11/1966	févr-08	Unité Charles Perrens depuis 3 ans
F	29/08/1958	1981	accueil institutionnel depuis 1968, pédopsy depuis 1970, 1974 service personnes âgées
H	15/04/1980	janv-07	pédopsy de 4 à 12 ans, IME jusqu'à 20 ans, Foyer occupationnel jusqu'en 2005, FAM Les Muscadelles de 2005 à 2007
H	04/12/1965	janv-04	IME, Impro, 1985 séjour en psychiatrie, FAM La Meynardie de 1985 à 2004
F	26/01/1956	1971	La Bercail de 8 mois à 2 ans, à 10 ans placement à Labarde, à 11 ans placement HO à Vauclaire, à 14 ans placement en service de Personnes âgées, en placement HO jusqu'en 1990
F	07/09/1973	1992	IME Loubejac, hospitalisations régulières à Vauclaire entre 1989 et 1992
H	08/01/1965	1984	1968/69 IMP Hendaye, de 76 à 84 pédopsy à Vauclaire, tentative IMP Papillons Blancs en 1984 échec
H	14/04/1960	1990	1973 à 1978 pédopsy dans le Vaucluse, 1978 psy adulte à Paris, transfert à Vauclaire en 1990 car la mère s'installe en Dordogne
H	01/10/1969	1987	IME à 6 ans en IME, à 8 ans en pédopsy
H	23/03/1976	1995	pédopsy et IME St-Emilion, puis psy adulte et IMPro, puis psy à Garderose, puis Montpon, tentative d'un autre établissement en 1995 mais les troubles du comportements ne rendent pas possible la continuité de cette orientation.
F	07/08/1975	1994	Pédopsy des 3 ans, entrée à l'hôpital en 1991 en admission
H	02/04/1955	1993	tentative de placement en famille d'accueil, 3 mois en 2008
F	22/08/1963	1976	Pédopsy à Vauclaire

Annexe n°2 Admissions sur la M.A.S. depuis septembre 2013

Place	Genre	Diagnostic	Localisation famille	Lieu d'accueil actuel	Age	Points de vigilance
32	H	Surdi-cécité+psychose	Tour (mère+sœur)	FO la Peyrouse		Orientation à la demande de l'ARS
33	H	Psychose infantile	Pas de famille	EHPAD Montpon	60	Attention à l'orientation MAS, pas de possibilité d'entrée sans cela
34	H	Psychose infantile	Cornille (parents+frère)	Domicile parents	28	Toutes les tentatives de séjours en MS ont été mises en échec (troubles du comportement type pervers)
35	H	Trisomique	Montpon (2 sœurs)	Domicile soeur	40	
36	H	Psychose infantile	Pas de famille	Famille d'accueil (injonction CG)	46	
37	H	Psychose infantile	Pas de famille	Famille d'accueil (injonction CG)	56	
38	H	autisme	Pas de famille	Famille d'accueil (injonction CG)	38	
39	H	Psychose infantile	Pas de famille	PSIS	48	
40	H	Psychose infantile	Ribérac (mère+sœur)	PSIS	30	
41	F	Autisme	Bordeaux	MAS St Médard en Jalles	27	Demande d'une autre orientation de la famille pour un accueil temps plein, troubles du comportement avec auto et hétéro-agressivité
42	H		Gardonne	IME Paris	22	
43	H	autisme	Périgueux	Famille	44	Vit en famille depuis de nombreuses années, décès de la mère en 2013 et père placé en EHPAD
44	H	Psychose infantile	Thiviers	PSIS	42	
45	F	Autisme	Bergerac	Famille	25	Arrêt de l'accompagnement à l'IME à 20 ans, puis reste en famille jusqu'au décès de la mère en 2013
46	H	Trisomie + autisme	Lalinde	IME Papillons Blancs	22	22 ans, amendement Cretton, une tentative en FAM échouée suite aux troubles du comportement
47	F	autisme	Pas de famille	MAS Atur	43	
48	F	Psychose infantile	Peu de famille	HP Angoulême	53	
49	F	Trisomie 21	Plus de famille	PSIS	52	Hospitalisée en psychiatrie lors du décès de la mère en 2010
50	F	Psychose infantile + potomanie	Libourne (mère+sœur)	HP Libourne	44	

Annexe n°3 : Demandes d'admission sur la M.A.S.

	Naissance	Diagnostic principal	Histoire de vie	Lieu actuel d'accompagnement
H	01-11-91	Syndrome de Hanwekam, encéphalopathie et comitialité	Parcours depuis l'âge de 6 ans en IME	IME Spécialisé
H	23-08-95	Trisomie 21	Parcours en IME + famille d'accueil	IME
H	03-07-58	Traumatisme crânien	Traumatisme crânien suite à un accident de moto en 1977	FAM pour personne traumatisée crânienne
F	26-07-68	Traumatisme crânien sur anoxie néo-natale avec retard mental	Vie familiale puis placement en FAM pour traumatisés crâniens suite à un AVP, dégradation de l'état général entraînant une modification de l'orientation	SSR
H	19-07-51	Traumatisme crânien	Traumatisme crânien suite à un accident de moto en 1997	FAM pour personne traumatisée crânienne
H	26-08-63	Trisomique atteint de la maladie d'Alzheimer + maladie de Parkinson	Vie au domicile des parents + travail en ESAT, puis accueil de jour en foyer de vie pour personnes handicapées vieillissantes	FAM pour personnes handicapées vieillissantes
H	18-10-94	X fragile avec signes autistiques	Vie en famille avec accompagnement en IME	IME
H	18-03-91	Trisomie 21 avec troubles autistiques + épilepsie	Parcours en IME en Charente	IME
F		autisme	Placement dans un internat en Belgique pendant 10 ans avant un retour sur un IME en région parisienne	IME Spécialisé
F	02-10-57	Retard mental moyen + épilepsie	Parcours en FAM puis en USLD	USLD
F	11-05-62	Encéphalopathie post-vaccinale	Vie familiale	Vie au domicile
F	27-12-60	Psychose à évolution déficitaire + épilepsie	Placée en pouponnière à l'âge de 3 mois, placée en service neuroinfantile de 4 à 12 ans puis hospitalisation en psychiatrie depuis.	Vie en centre hospitalier
H	06-02-62	Démence de la maladie de Pick	Vie familiale puis placement suite à la maladie dégénérative	USLD
H	18-04-68	Tétraplégie suite à un AVP	AVP en 98, actuellement en famille d'accueil	Famille d'accueil
F	20-05-61	Dégénérescence ponto-cérébelleuse d'origine génétique	Dégénérescence cognitive et motrice progressive depuis plusieurs années avec handicap lourd et dépendance complète.	domicile
H	05-09-90	Autisme, trouble de la communication	Suivi durant l'enfance en IME puis accueil dans une MAS de Corrèze, souhait d'un rapprochement familial	MAS
H	22-08-64	Syndrome de Korsakoff	Vie en famille (avec la mère) puis des séjours hospitaliers dus à l'alcoolisme avant un placement en famille d'accueil	Famille d'accueil

Annexe n°3 : Demandes d'admission sur la M.A.S.

H	27-06-67	Traumatisme crânien + enfoncement du tronc cérébral	AVP en 1980, coma pendant un mois, vie en famille depuis avec une maman qui vieillit et perd sa propre autonomie	Famille
H	14-11-80	Altération des facultés mentales, déficience intellectuelle profonde, repli autistique et épilepsie	En maternel de 3 à 7 ans, IME de 7 à 13 ans, IMPro de 13 à 18 ans, placement en famille d'accueil à partir de 98, crise de grand mal épileptique en 2013 ayant entraîné une dépendance plus importante rendant impossible le maintien en famille d'accueil.	hospitalisé
H	14-06-89	Autisme, retard mental sévère auto et hétéro-agressivité	Troubles repéré dès 6 mois, séjour en IME puis placement en FAM en 2013	FAM
F	25-08-68		Vit en famille d'accueil mais a pu montrer des signes d'agressivité	Famille d'accueil
H	28-03-77	Psychose déficitaire, syndrome de X fragile	Début des troubles à l'âge de 4 ans, 5 à 20 ans IME puis hospitalisation en psychiatrie	Hospitalisation en psychiatrie en Charente
H	16-09-64	Encéphalopathie comitiale		Hospitalisation en psychiatrie sur Libourne
H	21-03-62	Psychose infantile		Hospitalisation en psychiatrie sur Libourne
H	57	Autisme		FO Castillonès

Annexe n°4 Groupes de travail ayant élaboré le projet M.A.S.

L'accompagnement des résidents				
Signalétique de la MAS	Constitution des groupes de résidents	Imaginer l'accompagnement quotidien des résidents	Constituer une commission d'admission	Choix d'aménagement des locaux
En cours de réalisation, il faut faire des choix avant le 30-10. Pas plus de 2-3 personnes 3 AS 1 AMP 1 IDE	1 IDE 2 AMP 1 AS 1 ME	3 AS 2 AMP 2 ME 1 IDE		En cours de réalisation, il faut faire des choix avant avril 2013. Il faut des professionnels de chaque catégorie. 1 IDE 1 ME
Les rythmes de travail du personnel				
Construction des plannings en IWE/2	Quels sont les besoins de quels professionnels à quel moment	Intégration des nouveaux professionnels	Lutte contre l'usure professionnelle et les risques psycho-sociaux	Définition des fiches de postes
Groupe de travail à constituer pr catégorie professionnels : 1 groupe ASH, un groupe IDE, un groupe soignant-éducatif 2 ASH 1 ME 2 IDE 1 AMP 2 AS	2 IDE 4 ASH 1 AS 1 AMP 2 ME		2 AMP 1 AS 1 ME	1 AMP 5 ASH
Les outils de la loi 2002-2				
Préparer le livret d'accueil	Préparer le contrat de séjour comprenant le projet personnalisé	Mettre en place un CVS	Construire un outil d'évaluation des pratiques	Réécriture du projet d'établissement
1 IDE			Nécessité d'avoir des professionnels de toutes les catégories.	

		Objectifs	janvier	février	mars	avril	mai	Juin
L'accompagnement des résidents dans la MAS	Signalétique de la MAS	1. Choix colorimétriques des différents éléments	<i>Au fur et à mesure des besoins</i>					
		2. Choix des noms des différents lieux						
		3. Choix des pictogrammes pour indiquer les différents lieux						
	Constitution des groupes de résidents	1. Finaliser les groupes de résidents à partir des 32 résidents que l'on connaît.						
		2. Intégrer les nouveaux résidents dans ces groupes.						
	Comment se déroule l'accompagnement quotidien des résidents	1. Le déroulement d'une journée type : l'accompagnement des gestes quotidiens (horaires, rythmes...), les propositions d'activités (personnalisées, de groupe...)						
		2. L'intervention de quels professionnels à quel moment						
	Commission d'admission	1. Définir qui fait parti de la commission d'admission						
		2. Définir les critères de priorisation pour l'admission des résidents						
	Choix d'aménagement des locaux	1. Choix des mobiliers des lieux de vie et des chambres						
		2. Choix des mobiliers des espaces communs						
		3. Choix du matériel (ménage, véhicules, chariots soins...)						

		Objectifs	janvier	février	mars	avril	mai	Juin
Les rythmes de travail du personnel	Construction des plannings	1. A partir de la définition des besoins en personnel, construction de planning avec la contrainte 1WE/2.						
		2. Déroulement des plannings sur une année.						
	Quel professionnel, à quel endroit, à quel moment	1. Définir où quels professionnels doivent être en fonction des besoins des résidents						
		2. Formaliser sur un tableau hebdomadaire les besoins en qualifications professionnels sur les différents temps et lieux de la journée.						
	Intrégration des nouveaux professionnels	1. Définition de ce que l'on souhaite transmettre aux professionnels qui intègrent la structure (l'éthique du soin, le projet d'établissement, les valeurs qui encadrent la pratique...)						
		2. Définir la procédure d'accueil (qui accueille, quand, comment est présenter la politique d'établissement)						
		3. Organisation de l'accueil dans le service d'affectation (doubleur, tutorat...).						
	La lutte contre l'usure professionnelle	1. Définition de l'usure professionnelle et ses conséquences						
		2. Quels propositions pour lutter concrètement contre l'usure professionnelle						
		3. Quels outils conceptuels permettent de maintenir le sens de l'action auprès des usagers.						
		4. Quelles instances peuvent permettre à chaque professionnel de rester dans une dynamique professionnelle avec une pratique repérée comme difficile.						
	Définition des fiches de postes	1. Définition générale de la pertinence de la présence de chaque professionnel, individuellement et dans une logique d'établissement.						
		2. Définir les fonctions, statuts et rôle de chacun						
		3. Poser les principes de la pluridisciplinarité et de son articulation dans l'établissement (sur un plan conceptuel et organisationnel)						

	Objectifs	janvier	février	mars	avril	mai	Juin
Préparer le livret d'accueil	1. Définir l'ossature d'un livret d'accueil : quels sont les services mis à disposition, l'orientation et l'articulation du travail.						
	2. Réflexion sur la manière dont ce livret d'accueil est accessibles aux usagers de la MAS (résidents, familles, tuteurs, partenaires). Faut-il qu'il y ai plusieurs formats ?						
	3. Formalisation du livret d'accueil ou des livrets d'accueil						
Préparer le contrat de séjour	1. Définir l'ossature du contrat de séjour						
	2. Intégrer le projet personnalisé dans le contrat de séjour						
Mise en place du CVS	1. Définir qui participe au CVS						
	2. Comment et où se réuni le CVS						
	3. Que traite-t-on dans le CVS, obligations règlementaires et choix de l'établissement.						
Construire un outil d'évaluation des pratiques	1. Extraire du projet d'établissement les éléments que nous souhaitons, devons évaluer.						
	2. Définition des indicateurs permettant l'évaluation qualitative des projets mis en place.						
	3. Comment cet outil d'évaluation permet de redonner du sens aux pratiques et de maintenir un cadre d'accompagnement des usagers.						
Réécriture du projet d'établissement de la MAS	1. Rassemblement de tous les éléments travailler en amont pour en faire un document unique de référence.						
	2. Intégrer à cet écrit la définition du public accueilli, des références choisi pour nommer les différents espaces, des valeurs sur lesquelles se construit ce projet d'établissement.						
	3. Définir les espaces de pensée de la structure						
	4. Formalisation du projet d'établissement						

**Annexe n°5 : Grille d'entretien pour les recrutements professionnels sur la
M.A.S. Maud MANNONI**

NOM – PRENOM :	Date de l'entretien :
PRESENTATION	
Présentez-vous rapidement. Votre parcours personnel et professionnel. Qu'est-ce qui vous amène aujourd'hui à postuler sur la M.A.S. Maud MANNONI ?	
Quelle connaissance avez-vous de ce qu'est une M.A.S., son public et ses caractéristiques particulières de l'accompagnement ?	
COMPETENCES	
Quelles compétences pensez-vous avoir pour intégrer cette structure ?	
Comment vous situez-vous par rapport au travail d'équipe ?	
PUBLIC	
Comment imaginez-vous votre travail au sein de la M.A.S. ? Collaboration avec les autres professionnels ?	
Comment réagissez-vous par rapport à des situations d'urgences : troubles du comportement d'un résident par exemple ? Violence physique ?	
DISPONIBILITE	
Quand êtes-vous disponible ?	
DIVERS	
Avez-vous des questions ?	

Annexe 6 : listes des protocoles et procédures qualité du C.H. Montpon

Service Qualité/ AR

Index Classeur Qualité Rouge Document "Sécurité"

au 07/07/2014

QUALITE

PROCEDURES

Intitulé	Codification	
Accident d'Exposition au Sang (AES) : conduite à tenir	PRO/CLI/039/F	ok
Accueil Prévention et sécurité au poste de travail.....	PRO/DG/054/B	
Alerte biologique concernant l'eau : Transmission et traitement	PRO/CLI/037/C	
Astreinte technique électrique à domicile.....	PRO/STE/041/B	
Déchets : modalités d'élimination sur l'ensemble de l'établissement.....	PRO/DSE/019/E	ok
Déchets à risque infectieux.....	PRO/CLI/015/D	ok
Déclaration d'Evénement Indésirable.....	PRO/DG/050/E	ok
Dysfonctionnement des pompes de relevage : Alerte et conduite à tenir.....	PRO/STE/067/A	
Eau potable : production.....	PRO/STE/066/F	
Fiches de pénibilité : élaboration et prise en compte.....	Pro/DG/003/A	
Gestion des clés de l'armoire à pharmacie et de l'armoire à stupéfiants.....	Pro/PHA/061/A	ok
Identification sécurisée du patient.....	PRO/DG/026/B	ok
Infections nosocomiales : organisation de la lutte	PRO/CLI/010/D	
Légionelles : actions préventives et correctives.....	PRO/CLI/034/D	
Légionelles : actions préventives et correctives (unités de soins).....	PRO/CLI/034/bis/D	
Maladies contagieuses : déclaration	PRO/CME/048/C	
Maladie de CREUTZFELD JACOB en ophtalmologie : prévention de la transmission	PRO/CLI/001/B	
Participation du CLIN et de l'EOHH dans la gestion des travaux et des restructurations	Pro/CLI/030/D	
Protocole de sécurité - Opération de chargement/déchargement.....	Pro/DG/053/A	
Risques professionnels : évaluation.....	PRO/DG/052/D	
Système de sécurité (PTI) : utilisation UF site Montpon.....	PRO/DG/042/E	ok
Système de sécurité (PTI) : utilisation site ESCALES -.....	PRO/ADD/043/B	
Système de sécurité (PTI) : utilisation site Bergerac.....	PRO/DG/069/A	

PROTOCOLES

Astreintes de sécurité - Service Escales	P/DG/045/B	
Gale : conduite à tenir	P/CLI/022/F	ok
Patient infecté et/ou porteur de BMR : <u>Conduite à tenir et isolement septique</u>	P/CLI/031/E	ok
Traitement d'une urgence vitale.....	P/CME/035/C	
Vaccination des personnels médicaux et soignants : surveillance.....	P/CLI/032/A	

FICHES REFLEXES

Annexe 6 : listes des protocoles et procédures qualité du C.H. Montpon

Service Qualité/AR

Index Classeur Qualité Rouge Document "Sécurité"

au 07/07/2014

Intitulé	Codification
Mise en fonction de l'émetteur PTI "A-51".....	FR/DG/042/Cbis
Utilisation du distributeur de préservatifs.....	FR/CLI/008/D
Utilisation de l'émetteur-récepteur PTI "U922".....	FR/DG/042/C

Annexe 6 : listes des protocoles et procédures qualité du C.H. Montpon

Service Qualité/AR

Index Classeur Qualité Bleu
Documents "Soins et Hygiène"

au 07/07/2014

SERVICE QUALITE

PROCEDURES ET PROTOCOLES D'HYGIENE

Antiseptiques : Principes d'utilisation	P/CLI/049/E	ok
Ateliers cuisines : consignes d'hygiène pour la réalisation des	Pro/CLAN/060/A	
Bio-nettoyage de la chambre du patient.....	PRO/CLI/012/F	ok
Bio-nettoyage des bassins thérapeutiques en Pédopsychiatrie	PRO/PPI/022/B	
Bio-nettoyage des cuisines sur l'extra-hospitalier.....	PRO/CLI/011/E	
Bio-nettoyage des paniers coursiers destinées au transport des médicaments.....	Pro/PHA/065/B	ok
Bio-nettoyage des véhicules sanitaires.....	PRO/DSE/033/D	
Chambre mortuaire.....	PRO/CLI/004/C	
Contrôles micro-biologiques en hygiène hospitalière.....	PRO/CLI/007/E	
Hygiène des mains.....	P/CLI/033/E	ok
Hygiène et circuit du médicament.....	PRO/PHA/045/F	ok
Médicaments : modalités de conservation au réfrigérateur dans les unités de soins.....	Pro/PHA/059/B	ok
Nettoyage des salles de pataugeoires et balnéothérapie.....	PRO/CLI/014/E	
Nettoyage des sanitaires et wc.....	PRO/CLI/013/E	ok
Nettoyage et désinfection des dispositifs médicaux non stériles.....	PRO/CLI/044/F	ok
Nettoyage/Désinfection du matériel de coiffure au salon de l'établissement.....	Pro/CLI/051/A	
Prélèvements biologiques : conditionnement, collecte et stockage - Site de Montpon	PRO/CLI/029/D	ok
Prélèvements biologiques : conditionnement, collecte et stockage - Site de Bergerac.....	PRO/CLI/029bis/D	

PROTOCOLES DE DESCRIPTION ET ORGANISATION DES SOINS

Accueil 24h/24 et continuité des soins - site de Montpon.....	P/CME/036/D	ok
Accueil 24h/24 et continuité des soins - site de Bergerac.....	P/CME/036bis/D	
Accueil d'un adolescent (UHA).....	P/PPI/015/C	
Accueil et prise en soins en CMP (Extra-Hospitalier Nontron).....	P/DV/050/E	
Accueil et soins d'un patient détenu en SPRE.....	P/DS/005/C	
Activité non planifiée à l'extérieur du CH pour des patients adultes en Hospitalisation Libre.....	P/DV/012/C	
Activité thérapeutique non planifiée à l'extérieur de l'établissement (UHA).....	P/PPI/011/E	
Administration des traitements médicamenteux aux patients.....	P/CDM/028/C	→
Admission à l'Hôpital de Jour Adultes de Nontron : Pré-admission.....	P/DV/009/E	
Admission à l'Hôpital de Jour Adultes de Nontron.....	P/DV/010/E	
Aérosolthérapie	P/PHA/044/C	ok
Alcoologie : prise en charge initiale des patients présentant des problèmes d'alcool.....	P/CME/038/B	
Alcoologie CATTN Nontron : Groupe de parole	P/DV/026/C	ok
Analgésiques locaux : principes d'utilisation	P/CLUD/046/B	ok
Atelier thérapeutique à l'Hôpital de Jour Adultes de Nontron.....	P/DV/008/E	
Atelier thérapeutique : réalisation d'ateliers en consultations extra-hospitalières Nontron.....	P/DV/006/E	
Chambre d'isolement et/ou contention.....	P/CME/025/E	
Constipation : prévention et prise en charge.....	P/CLAN/037/A	ok
Douleur : conduite à tenir en cas de patient douloureux.....	P/CLUD/039/C	ok
Douleur : principes d'utilisation de la neurostimulation transcutanée.....	P/CLUD/047/A	
Douleur : prise en charge.....	P/CLUD/040/C	ok
Douleur : utilisation de l'échelle des visages.....	P/CLUD/057/A	
Electrocardiogramme	P/DS/043/B	ok
Entretien infirmier lors de la prise en charge (avec ou sans VAD) en extra-hospitalier Nontron.....	P/DV/013/D	
Escarres : prévention.....	P/CDM/027/D	ok
Escarres : traitement	P/CDM/002/D	ok

Annexe 6 : listes des protocoles et procédures qualité du C.H. Montpon

Service Qualité/ AR

Index Classeur Qualité Bleu Documents "Soins et Hygiène"

au 07/07/2014

Glycémie capillaire.....	P/CLI/042/C	ok
Groupe à médiation corporelle pour patients addictifs.....	P/DV/024/C	
Hémoculture : modalités de prélèvements.....	P/DS/055/A	ok
Hospitalisation de jour d'un enfant (HJE Montpon et Mussidan).....	P/PPE/052/D	
Hospitalisation HJ Nontron.....	P/DV/051/D	
Injections intra-musculaires en extra-hospitalier.....	P/DS/016/E	
Injection retard : prescription, délivrance, acheminement et administration.....	P/PHA/054/A	ok
Interventions infirmières en maison de retraite et en centre de rééducation.....	P/DS/014/E	
Neuroleptiques : surveillance cardiaque et biologique des traitements.....	P/CDM/007/B	ok
Nutrition : dépistage des patients à risque	P/CLAN/018/B	ok
Oxygénothérapie.....	P/PHA/017/F	ok
Partenariat entre le SPIP de la Dordogne et l'unité de soins Escales du CH de MONTPON	P/DV/030/A	
Partenariat entre les CCAA de Périgueux et de Bergerac avec l'unité Escales	P/DV/029/A	
Perfusion sous cutanée.....	P/CLI/053/A	ok
Ponction artérielle ou veineuse femorale (Escales) : réalisation	P/CLI/004/D	
Pose de cathéter veineux périphérique	P/CLI/003/B	ok
Pose d'une aiguille de Huber sur chambre implantable.....	P/CLI/020/B	
Précautions standards en Hygiène	P/CLI/034/C	ok
Risque suicidaire : identification et évaluation.....	P/CME/048/A	
Séjour thérapeutique : organisation	P/DS/001/F	
Sondage urinaire	P/DS/021/F	ok
Sortie du patient âgé : retour ou changement de lieu de vie.....	P/CME/019/A	
Traitements personnels des patients : gestion.....	P/PHA/023/A	

FICHES REFLEXES

Aérosolthérapie : Réalisation du soin.....	P/PHA/044/C
Oxygénothérapie : Réalisation du soin	P/PHA/017/F

Annexe 6 : listes des protocoles et procédures qualité du C.H. Montpon

Service Qualité/AR

Index Classeur Qualité Blanc
Documents "Administratifs"

au 07/07/2014

SERVICE QUALITE

PROCEDURES

<u>Intitulé</u>	<u>Codification</u>
Archivage et accès au dossier patient	PRO/DG/028bis/E ✓
Archives administratives.....	Pro/DG/009/A
Collège dans le cadre des soins sans consentement : fonctionnement.....	PRO/DG/064/B
Commandes de fournitures de bureau et petit matériel : crédits délégués aux pôles	PRO/DAF/057/A ✗
Compte-rendu de synthèse patient (HJE Montpon) : Rédaction.....	PRO/PPE/24/C
Consultations externes pour des patients hospitalisés à Vauclaire : prise de rendez-vous.....	Pro/CME/056/A → à voir
Controleur des lieux de privation des libertés : intervention dans l'établissement.....	PRO/DG/040/B → à voir
Décès : conduite à tenir	PRO/DG/047/E ✓
Demandes de stage dans l'établissement : réception, traitement et instruction	PRO/DRH/031/D ✓
Dépôt des objets et valeurs des patients hospitalisés.....	PRO/DC/068/A
Détention illégale de stupéfiants par un patient accueilli.....	PRO/DG/063/A
Développement Professionnel Continu : modalités de gestion des documents relatifs aux programmes.....	Pro/DRH/018/A
Données médicales : transmission par le DIM.....	PRO/DIM/058/A
Dossier du patient : organisation et consultation	PRO/DG/23/D → OK
Dossier informatisé du patient : délivrance sur réquisition.....	PRO/DG/006/A OK
Dossier patient unique : politique.....	PRO/DG/028/E OK
Dossier patient : droits d'accès Cortexte étudiants infirmiers.....	PRO/DIM/072/A OK
Entrée et sortie des adolescents.....	PRO/DG/032/B
Entrée et séjour des patients adultes en soins psychiatriques libres ou sans consentement	PRO/DG/016/H
Evaluation de la satisfaction des patients en cours de séjour.....	PRO/DG/35/B → à voir
Examens complémentaires : modalités de prescription et de traitement.....	Pro/CME/074/A OK
Fiches métiers et fiches de poste : modalités de rédaction et de suivi	PRO/DRH/038/C
Gestion des dossiers et des informations concernant le personnel.....	PRO/DRH/036/B
Gestion des plaintes ou réclamations des patients ou de leurs proches	PRO/DTQC/049/B
Gestion documentaire sur le réseau IntraWeb	PRO/DG/021/C
Information du patient en cas de dommage grave lié aux soins.....	PRO/DG/008/A → à voir
Livret d'accueil aux nouveaux personnels et visite de l'établissement.....	PRO/DRH/017/C
Livrets d'accueil et questionnaires de sorties : remise et gestion.....	PRO/DG/027/D
Personne de confiance : désignation et révocation.....	PRO/DC/070/B ✓
Procédure des procédures.....	PRO/DG/020/C
Recueil, suivi et communication des indicateurs de qualité/sécurité des soins : Modalités.....	PRO/QGR/073/B
Régie d'avance : modalités de fonctionnement.....	PRO/DA/075/A
Sinistres subis par le personnel : traitement par la Direction des Achats.....	PRO/DA/071/A →
Sortie de courte durée ou définitive des patients en SPL ou sans consentement	PRO/DG/046/E
Transports de patients hospitalisés sans consentement.....	PRO/DG/005/C

Annexe n°7 : architecture des protocoles de la M.A.S. Maud MANNONI

	Thématiques	Protocoles
Gestion documentaire protocoles MAS Maud MANNONI	Accompagnements des résidents	<i>Bienveillance et prévention de la maltraitance</i>
		<i>Elaboration du projet personnalisé</i>
		<i>Remise du livret d'accueil</i>
		<i>Remise du règlement de fonctionnement</i>
		<i>Signature du contrat de séjour</i>
	Gestion des Ressources Humaines	<i>Accueil des nouveaux professionnels</i>
		<i>Accueil des stagiaires</i>
		<i>Elaboration des plannings</i>
		<i>Lutte contre l'usure professionnelle et mobilité interne</i>
		<i>Organisation du service en mode dégradé</i>
	Logistique	<i>Balnéothérapie MAS</i>
		<i>Circuit du linge dans la MAS</i>
		<i>Nettoyage des locaux</i>
		<i>Livraison, réchauffage et distribution des repas</i>
	Soins	<i>Circuit du médicament sur la MAS</i>
		<i>Gestion des urgences médicales</i>
<i>Restrictions de libertés pour des motifs thérapeutiques.</i>		

Annexe n°9 : synthèse du **Projet de direction** et **Plan d'action**

Objectifs	Actions	Echéances								
		07-14	10-14	01-15	04-15	07-15	10-15	01-16	04-16	07-16
Reconnaissance de la spécificité de chaque professionnel	Rendre les fiches de postes nominatives et les faire signer à chaque professionnel			✓						
	Faire vivre la parole de chaque professionnel sur les temps de réunions	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Organisation de réunions institutionnelles pour la présentation de chaque fiche de poste	✓	✓	✓	✓					
	Réactualisation des fiches de poste									✓
Construire une cohérence collective	Mise en place des réunions projet pour chaque résident une fois/an en présence de l'équipe pluridisciplinaire	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Mise en place de réunions trimestrielles sur les références théoriques de l'établissement	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Faire des recrutements professionnels pertinents	Mise en place du guide d'entretien lors des recrutements	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Favoriser l'accueil des stagiaires sur la MAS	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Rendre pertinent l'accueil des stagiaires	Rencontrer les centres de formation pour présenter la MAS Maud MANNONI	✓				✓				✓
	Mise en place d'une procédure formalisée d'accueil des stagiaires			✓						
	Organiser les entretiens entre les stagiaires et l'encadrement sur le temps de stage		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Former les professionnels de la MAS à l'accueil des étudiants : objectif 2 professionnels formés/an					✓				✓
	Faire un bilan de l'accueil des stagiaires et ajuster leur accompagnement			✓				✓		

SAJOUS

Matthieu

Novembre 2014

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

ETABLISSEMENT DE FORMATION : IRTS Aquitaine

**IMPULSER UN CHANGEMENT DE CULTURE POUR PASSER DE LA PRIMAUTE
DU SOIN A L'ACCOMPAGNEMENT MEDICO-SOCIAL EN MAS**

Résumé :

Le changement de statut juridique d'une structure doit venir répondre à des besoins d'utilisateurs. Ce changement peut être une réalité administrative sans véritablement changer l'offre de service. Comment, un directeur d'établissement, peut-il faire de cette réalité administrative et législative une véritable opportunité pour les utilisateurs dont il a pour mission de garantir la qualité de l'accompagnement ?

Au travers de ce mémoire, je vous propose un travail de réflexion sur l'accompagnement d'une équipe de M.A.S. dans l'intégration, au quotidien, de ce changement de pratique pour aboutir à l'émergence d'une nouvelle culture et la co-construction d'une identité d'établissement.

Le passage d'un fonctionnement de type sanitaire à un accompagnement médico-social en M.A.S. prend du temps, c'est à travers l'engagement professionnel et une attention de tous les instants que l'impulsion du changement est possible.

La M.A.S. Maud MANNONI prend peu à peu sa place dans son environnement, avec sa spécificité, son identité, son offre de service particulière, à la frontière des champs de la psychiatrie et du handicap. L'enjeu est de venir répondre de manière pertinente aux besoins de résidents qui lui sont confiés par les familles et la société. La finalité est de permettre à des personnes en situation de handicap de vivre leur vie, dans un contexte qui ne peut être complètement le milieu ordinaire, mais où leur dignité et leur humanité sera toujours reconnue et respectée.

Mots clés :

Maison d'accueil spécialisée – Hôpital psychiatrique - transformation – psychiatrie – médico-social – équipe pluriprofessionnelle – handicap psychique – loi H.P.S.T.– loi du 11 février 2005 – culture institutionnelle – soin – prendre soin

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.