



**PILOTER UN CHANGEMENT DE CULTURE POUR
CONCILIER PRISE EN CHARGE SANITAIRE ET
ACCOMPAGNEMENT MEDICO-SOCIAL EN FAM**

Jean-Marc RAMART

2015

cafdes



Remerciements

Concernant le volet professionnel :

Remerciements à Monsieur Jean-François DEYRIES (Directeur d'Hôpital), chef d'établissement du centre hospitalier « La Meynardie » pour la confiance qu'il m'a accordée et la liberté d'actions qu'il m'a laissée pour gérer le foyer d'accueil médicalisé.

Les réunions et les sessions de travail à ses côtés, mais aussi par délégation avec les différentes autorités, la participation aux événements de divers ordres, m'ont permis de développer un réseau et m'ont autorisé à approcher et à exercer ce travail directorial.

Concernant le volet formation :

Remerciements à Monsieur Laurent BROUSSAUD, directeur de mémoire, pour son aide et son soutien ainsi qu'à Madame Marie BUDIA pour son accompagnement au sein des « ateliers mémoire » et pour la relecture de ce travail. Ses retours et conseils avisés se sont avérés primordiaux pour affiner cette réflexion.

Concernant le volet familial :

Remerciements à mon épouse pour tous ces moments où elle a été contrainte d'assumer quasiment seule la vie de famille.

A mes enfants qui se sont accommodés de la situation alors que leur père n'était pas aussi présent qu'ils l'auraient souhaité et particulièrement au cadet très inquiet face à l'évolution de cet écrit et surtout au nombre de pages écrites.

A ma belle-sœur Juliette qui a relu ce mémoire avec une attention soutenue.

Sommaire

Introduction	1
1 Le FAM, témoin d'une intégration complexe du handicap psychique dans le secteur médico-social	5
1.1 Eléments de cadrage sémantique :	5
1.1.1 Face à la maladie mentale, pendant de nombreux siècles, une primauté de la réponse sanitaire.....	5
1.1.2 Handicap mental - handicap psychique : entre analogies et spécificité de traitement.....	7
1.2 Des politiques publiques floues et hésitantes qui cependant conditionnent les réponses	9
1.2.1 A sa création le secteur médico-social n'intègre pas le handicap psychique. .	10
1.2.2 Vers un rapprochement du sanitaire et du médico-social.	12
1.2.3 Quelles recommandations Européennes pour le handicap psychique ?	15
1.3 Le FAM de « La Meynardie » : une structure médico-sociale au sein d'un centre hospitalier.	16
1.3.1 « La Meynardie », un centre hospitalier interdépartemental.	16
1.3.2 Un secteur médico-social afin de répondre au contexte et en filigrane aux besoins.	18
1.3.3 Une ressource humaine orientée sur le versant paramédical.	22
1.3.4 L'intégration du FAM au sein du CH : un avantage et un handicap !	23
1.4 Conclusion de la première partie.	25
2 Une alliance entre la prise en charge sanitaire et l'accompagnement médico-social	27
2.1 Un accompagnement basé sur une union entre les dimensions de résident et de patient.	28
2.1.1 Comment accompagner au FAM de « La Meynardie » ?.....	28
2.1.2 La conjugaison du « cure » et du « care ».....	30
2.1.3 La promotion de la bienveillance comme pierre angulaire de l'accompagnement.	34
2.2 Un projet de vie qui prend en considération le parcours de la personne	37
2.2.1 Un raisonnement en termes de parcours pour maintenir l'esprit de la loi 2005-102.....	37

2.2.2	Face au handicap psychique, une nécessaire coordination.	38
2.2.3	Une conjonction des parcours de soins et de vie pour optimiser la réponse face aux besoins.	39
2.2.4	Synchronisons prise en charge et accompagnement pour limiter les ruptures dans le parcours.	40
2.2.5	Une coopération pour assurer la fluidité du parcours et s'adapter au territoire ainsi qu'à l'isolement.....	42
2.3	La conduite du changement et la mobilisation des acteurs	44
2.3.1	Un diagnostic de l'existant pour accompagner le changement.....	44
2.3.2	La mise en valeur des compétences acquises.	45
2.3.3	La mise en œuvre de conditions favorables pour le développement de nouvelles compétences	46
2.3.4	Une communication ciblée concernant le changement et l'évolution de l'organisation.	47
2.4	Conclusion de la deuxième partie	49
3	Les étapes de la conciliation sanitaire et médico-sociale	51
3.1	Les ressources humaines, point nodal de la mise en œuvre d'une démarche de conciliation au service du résident/patient.	51
3.1.1	Favoriser la pluridisciplinarité grâce à un réajustement de l'équipe.....	51
3.1.2	Réaliser un recrutement performant.....	53
3.1.3	Reconnaitre la spécificité des métiers par le renforcement des identités professionnelles.....	54
3.1.4	Développer de nouvelles relations professionnelles.....	56
3.1.5	Asseoir le changement par l'intermédiaire de plans de formation spécifiques pour le FAM.....	57
3.1.6	Convier l'extérieur à l'intérieur.....	58
3.2	Une modification architecturale, messagère de ce changement de culture.....	60
3.3	Concevoir des dispositifs au service du changement de culture.	63
3.3.1	Le projet personnalisé d'interventions, un acteur d'entremêlement, un facteur de cohérence d'équipe.	63
3.3.2	Créer des procédures respectueuses des protocoles.	66
3.3.3	Un levier d'action pour valoriser ces pratiques et retours d'expérience : le Projet d'Etablissement (PE).	67
3.4	La démarche d'évaluation.	69
3.4.1	L'évaluation de la satisfaction des résidents.	70
3.4.2	L'évaluation des personnels.....	71

3.4.3 La définition des critères d'évaluation afin de mesurer l'efficacité de la conciliation entre prise en charge et accompagnement.....	72
3.5 Conclusion de la troisième partie.	74
Conclusion.....	75
Bibliographie	77
Liste des annexes	I
I. Cartographie des métiers présents au FAM en 2005 et 2012.....	II
II. Calendrier des actions.....	III
III. Organigramme du Foyer d'Accueil Médicalisé	IV
IV. Procédure d'accueil des stagiaires	V
V. Extraits d'articles parus dans le journal « Sud-Ouest ».....	VIII
VI. Procédure et maquette PPI	IX
VII. Esquisse de plan du PE	XXXVII
VIII. Echancier et groupes de travail pour le PE	XL
IX. Analyse du questionnaire de satisfaction à l'attention des résidents	XLII
X. Analyse de l'enquête : « Satisfaction au travail des professionnels du FAM »	XLV

Liste des sigles utilisés

« Dans le présent document, les termes employés pour désigner des personnes sont pris au sens générique ; ils ont à la fois valeur d'un féminin ou masculin ».

AMP : Aide médico-psychologique.

ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé.

ANESM : Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

ANFH : Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier.

ARH : Agence régionale de l'hospitalisation.

ARS : Agence régionale de santé.

AS : Aide-soignant.

ASHQ : Agent de service hospitalier qualifié.

CASF : Code de l'action sociale et des familles.

CCECQA : Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine.

CDAPH : Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées.

CDD : Contrat à durée déterminée.

CDES : Commission départementale de l'éducation spéciale.

CH : Centre hospitalier.

CHS : Centre hospitalier spécialisé.

CHSCT : Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail.

CIM : Classification internationale des maladies.

CMP : Centre médico-psychologique.

COPIL : Comité de pilotage.

COTOREP : Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel.

CROSMS : Comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale.

CS : Conseil de surveillance.

CSE : Cadre socio-éducatif.

CSS : Cadre supérieur de santé.

CTE : Comité technique d'établissement.

CVS : Conseil de la vie sociale.

DDASS : Direction départementale des affaires sanitaires et sociales.

DDSP : Direction départementale de la solidarité et de la prévention.

DMS : Durée moyenne de séjour.

DT - ARS : Délégation territoriale de l'agence régionale de santé.

EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

ES : Educateur spécialisé.

FAM : Foyer d'accueil médicalisé.

FDT : Foyer à double tarification.

GCSMS : Groupement de coopération sociale et médico-sociale.

GIE : Groupement d'intérêt économique.

GIP : Groupement d'intérêt public.

GMP : Groupe iso-ressources moyen pondéré.

IDE : Infirmier diplômé d'état.

MAS : Maison d'accueil spécialisée.

MDPH : Maison départementale des personnes handicapées.

ME : Moniteur éducateur.

OMS : Organisation mondiale de la santé.

OPCA : Organisme paritaire collecteur agréé.

PE : Projet d'établissement.

PMP : Pathos moyen pondéré.

PPI : Projet personnalisé d'interventions.

PRSA : Projet régional de santé Aquitaine.

RBPP : Recommandations de bonnes pratiques professionnelles.

RH : Ressources humaines.

SSR : Soins de suite et de réadaptation.

UEROS : Unité d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale et/ou professionnelle.

UNAFAM : Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques.

USLD : Unité de soins de longue durée.

Introduction

« Parce que la maladie psychique n'est pas un échec personnel, elle n'est pas non plus un malheur qui n'arrive qu'aux autres, chacun peut être un jour concerné... La maladie appelle le soin, le handicap attend l'accompagnement. L'une, la maladie, est prise en charge par la médecine et le médicament, l'autre, le handicap, est pris en compte par le médico-social et recherche l'empathie, la compréhension, la patience. En fin de compte, il s'agit d'une maladie envahissante et très lourdement handicapante¹. »

Durant des décennies, sous l'influence de la psychiatrie, les personnes présentant des troubles mentaux invalidants étaient prises en charge au sein des hôpitaux. Ces établissements constituaient des lieux d'accueil et de soins « moyens ou longs séjours » qui se transformaient - dans la majorité des cas, pour ces patients - en lieu de séjour asilaire perpétuel.

A la fin des années 1970 sous l'effet de la politique de sectorisation, de nombreux lits d'hospitalisation au sein des centres hospitaliers spécialisés ont été fermés ; cette logique associée à l'évolution législative et aux recommandations du Conseil de l'Europe ont incité un certain nombre de pays européens, dont la France autour des années 2000, à développer des alternatives à l'hospitalisation pour les personnes présentant des troubles psychiques.

En quittant la sphère hospitalière, ces personnes ont perdu le statut de patient / malade pour endosser celui de résident / personne en situation de handicap et ce, par une intégration à la sphère médico-sociale.

Pour autant, cette distinction entre patient et résident est délicate à effectuer lorsque la structure médico-sociale est au sein d'un centre hospitalier et qu'elle a pour vocation d'accompagner des personnes présentant des troubles psychiques.

Le Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM) de « La Meynardie », situé à l'ouest du département de la Dordogne, est une structure relevant de la fonction publique hospitalière, il dispose d'une autorisation pour accueillir trente personnes en hébergement permanent. Créé en 2005, par redéploiement de lits sanitaires, le FAM est intégré dans un Centre Hospitalier (CH) Interdépartemental.

Dans ce contexte institutionnel et clinique spécifique, le FAM a délivré - depuis sa création - une prise en charge par et sur un mode sanitaire.

Imperméable aux influences et/ou évolutions des politiques publiques médico-sociales, il a ainsi fonctionné à contre-courant jusqu'en 2011.

¹ CHOSSY.JF (Membre honoraire du Parlement). 2011. « Passer de la prise en charge...à la prise en compte ». Evolution des mentalités et changement du regard de la société sur les personnes. Page 97.

Année durant laquelle le médecin du service alerte les autorités de contrôle face à des actes de maltraitances conséquents. Une inspection conjointe de la Direction Départementale de la Santé et de la Prévention (DDSP) ainsi que de la Direction Territoriale de l'Agence Régionale de Santé (DT-ARS) est diligentée. Cette mission pointe par l'intermédiaire de 97 recommandations, des manquements, des incohérences, des dysfonctionnements de même que l'inapplication de la législation médico-sociale.

Je suis recruté durant le premier trimestre 2012 en tant que cadre socio-éducatif puis à la faveur des délégations² qui me sont accordées, j'endosse la fonction de directeur adjoint (faisant fonction).

Tout l'enjeu, pour ce qui me concerne, est d'accompagner cette structure vers une identité médico-sociale. En effet, il ne paraît plus concevable de proposer aux usagers une vie structurée uniquement autour du soin. L'offre de service ne peut plus être si restrictive dans le sens où la mission médico-sociale diffère de la mission sanitaire qui, schématiquement, consiste à réduire la crise puis à orienter les personnes vers une réponse extra hospitalière.

Au regard de la mission des FAM, je suis convaincu que si l'on axe le service rendu que sur un pan sanitaire, on réduit l'offre de service et on ne tient pas assez compte des attentes des résidents, ce qui peut conduire à générer une forme de maltraitance.

Mais alors comment faire autrement au sein d'un contexte identique ? L'équipe, les résidents, les lieux restent les mêmes.

Comment évoluer de la « prise en charge à la prise en compte ? ». C'est-à-dire modifier l'offre de service sans pour autant renier l'approche sanitaire qui apporte des réponses adaptées et nécessaires dans le cadre de la prise en charge de ces résidents.

N'y a-t-il pas lieu d'engager cette structure dans un changement de paradigme qui consiste à questionner différemment la place du soin, la dimension du quotidien, les rapports humains et le « vivre ensemble » ?

² Le directeur de l'établissement, dans le cadre d'un document unique, me donne délégation de pouvoir pour présider la commission d'admission et prononcer l'accueil (signature des contrats de séjour et règlements de fonctionnement) ; Superviser, valider et signer les projets personnels des résidents ; Recruter les agents du FAM (délégation de signature pour les contrats à durée déterminée) ; Rédiger et valider les conventions inter-établissements relatives aux résidents ; Organiser le plan de formation pour le FAM dans le cadre du budget défini en commission de formation (choix de l'action, du prestataire et délégation de signature d'engagement) ; Engager les achats pour le service dans le cadre du budget de fonctionnement défini par le directeur d'établissement chaque d'année et gérer le budget « activités » ; Organiser l'accueil des stagiaires (délégation de signature pour les conventions de stage ainsi que pour tous documents en lien avec ce type d'accueil).

De ma place de directeur, je compte développer une organisation permettant aux membres de l'équipe de s'inscrire dans une construction collective ; de penser l'action en interdépendance dans le respect de leurs compétences et ce, dans l'objectif d'extraire le service d'une réponse collective (presque uniformisée) qui ne favorise pas - pour les résidents - la reconnaissance d'un parcours singulier.

Pour cela, je devrai proposer des modalités pour diversifier les modes d'accompagnement, les espaces de réflexion, valoriser et optimiser les coopérations afin de prendre en compte la personne accueillie dans sa globalité mais aussi donner du sens (dans la durée) à la démarche d'accompagnement.

Il s'agit, en d'autres termes, de conduire cette organisation à un changement de culture, en associant intimement les réponses médicales et sociales en faveur de ce public présentant une forte complexité de besoins.

Pour réaliser ce travail, j'étudierai au sein de la première partie, l'évolution d'une part des notions de maladie mentale et de handicap et d'autre part, des politiques publiques nationales et européennes en faveur des personnes en situation de handicap, plus précisément psychique. J'en profiterai également pour mettre en exergue la volonté du législateur de décroiser sanitaire et médico-social, afin d'initier une convergence salutaire. Puis je réaliserai une présentation du centre hospitalier et plus particulièrement du FAM.

Par la suite, je mettrai en perspective la nécessaire mutation pour offrir à ce public un accompagnement idoine et global respectueux d'un parcours coordonné et, si possible, sans rupture. J'étayerai mes réflexions par des références issues d'ouvrages sur l'accompagnement des personnes gravement handicapées, les dynamiques de parcours et la conduite du changement.

La dernière partie - centrée sur les réponses opérationnelles – développera les actions déployées afin de permettre à l'équipe de s'ancrer dans une dimension médico-sociale et de s'approprier les outils spécifiques nécessaires. Par la création et le suivi d'indicateurs, il sera possible d'évaluer si cette interpénétration de la prise en charge sanitaire et de l'accompagnement médico-social apporte des réponses plus efficaces face aux besoins et attentes des résidents.

1 Le FAM, témoin d'une intégration complexe du handicap psychique dans le secteur médico-social

On compte moins d'une dizaine de FAM installés dans un centre hospitalier en France. Pour ce qui concerne le FAM de «La Meynardie», cette situation s'explique en grande partie par le profil du public accueilli. En effet, l'histoire de la prise en charge de la maladie mentale conditionne l'histoire de l'établissement et par déclinaison l'implantation du FAM à l'intérieur d'une entité hospitalière.

Il me paraît donc essentiel de débiter mon propos par une étude de l'évolution ainsi que de la définition des termes de maladie mentale, handicap mental et surtout handicap psychique afin de mettre en relief leurs impacts sur les pratiques professionnelles. Après avoir posé ce cadre sémantique ainsi que la mouvance des politiques publiques, je m'attacherai à voir les incidences dans l'avènement du FAM au sein du centre hospitalier « La Meynardie » ».

1.1 Eléments de cadrage sémantique :

Entre les notions de fou, aliéné, malade mental, handicapé mental, handicapé psychique, des changements profonds d'approche et d'accompagnement sont observés.

La psychiatrie, et à travers elle, la société a porté des regards, des assistances et des discours différents, en fonction des périodes, sur les personnes présentant des perturbations au niveau de leur corps ou de leur pensée.

1.1.1 Face à la maladie mentale, pendant de nombreux siècles, une primauté de la réponse sanitaire.

Les maladies mentales ont longtemps été assimilées à des possessions démoniaques. Les manifestations de la folie étaient inexorablement associées aux puissances divines. Ainsi durant l'Antiquité et le Moyen Age, de nombreux « fous » moururent sur le bûcher.

Aucun dispositif institutionnel n'était prévu pour les accueillir, la plupart restaient auprès de leur famille et étaient attachés afin d'éviter les blessures ou autres automutilations durant les périodes de crises.

A la Renaissance, grâce à l'intervention de quelques médecins, la folie n'est plus perçue comme une manifestation du surnaturel mais comme une maladie. C'est un édit de Louis XIV en 1656 qui ordonne la création d'un hôpital général dans chaque ville du royaume permettant l'accueil de toutes les populations – dont les aliénés - qualifiées de nécessiteuses et à ce titre enfermées.

En 1785, Colombier³, au sein d'une instruction concernant « *la manière de gouverner les insensés et de travailler à leur guérison* » identifie les asiles comme des lieux de soins.

C'est une évolution conséquente ; les aliénés deviennent des malades mentaux susceptibles de guérison.

Une décennie plus tard, c'est Philippe Pinel, premier psychiatre aliéniste qui élabore un projet thérapeutique pour ces personnes. La visée thérapeutique lui semble possible en dehors des crises de folie, avec le sujet aliéné. Pinel décide la fin des contentions pour la majorité de ces patients au sein de l'hôpital de la Salpêtrière.

Au XIX siècle, Jean-Etienne Esquirol succède à Pinel et dénonce les conditions de vie des aliénés de province toujours enfermés et enchaînés. Cette démarche donnera naissance à la loi Esquirol du 30 juin 1838 qui fixera les modalités et conditions d'hospitalisation des malades mentaux. Loi qui instituera comme fondement des pratiques asilaires, l'internement et l'isolement des malades mentaux. L'isolement soulagerait les troubles mentaux, en éloignant la personne de son milieu pathogène et favoriserait l'étude de la maladie mentale « *... l'accumulation et la comparaison des données devraient permettre de mieux en cerner les causes et les mécanismes*⁴. »

Vers la fin du XIX siècle, une vision nouvelle de la maladie mentale, portée par la communauté psychiatrique, met en relief la notion de chronicité. Fort du constat que la guérison est rare, les asiles deviennent des lieux de vie au long cours pour les malades mentaux. Cette vision de la chronicité, contraint les familles à faire le deuil de leurs proches, malades mentaux, avec pour effets « d'enkyster » les asiles et de proposer à ces patients des conditions d'accueil délétères.

C'est en 1937, grâce au décret du 22 janvier et à la circulaire du 13 octobre, que la notion d'asile disparaît au profit de celle d'hôpital psychiatrique.

De même des « *nouvelles formes de soins, prototype des soins extrahospitaliers, seront mises en avant, notamment en prônant l'ouverture l'après-midi des consultations psychiatriques dans les dispensaires antituberculeux*⁵. »

Au sortir de la seconde guerre mondiale, en réaction au lourd tribut payé par les malades mentaux du fait des politiques nazies et face aux conditions d'existence inhumaines dans les hôpitaux, mais aussi grâce à l'évolution sociétale portée par la déclaration universelle des droits de l'homme et au progrès de la pharmacologie, la représentation de la maladie mentale évolue. Il est envisagé que ce public puisse prendre part à ses soins.

³ Jean COLOMBIER 1736-1789 était médecin, hygiéniste.

⁴ HENCKENS N. 2009. « Psychiatrie et institutions, les dynamiques de changement ». Psychiatrie et santé mentale. N° 354. La documentation française. Page 11.

⁵ MULLER S. 2011. Comprendre le handicap psychique, éléments théoriques et analyses de cas. Editions CHAMP SOCIAL. Page 21.

Dans la continuité de cette approche thérapeutique, la circulaire du 15 mars 1960 instaure la politique de sectorisation psychiatrique avec pour conséquence la remise en question du système hospitalier et le développement de nouvelles organisations de prise en charge psychiatrique en dehors de l'institution hospitalière.

Face aux symptômes récurrents liés à la maladie mentale, la société « *n'a pas cherché à vaincre la chronicité mais d'en prendre toute la mesure*⁶ ». La maladie mentale impacte l'individu dans sa globalité, le handicap est donc une conséquence de cette maladie, il en découle et ne peut en être séparé.

1.1.2 Handicap mental - handicap psychique : entre analogies et spécificité de traitement.

C'est autour des années 50 à travers la valeur travail, que les champs de la psychiatrie et du handicap se sont rencontrés. Le travail est un enjeu occupationnel mais aussi économique pour l'institution hospitalière. La communauté psychiatrique s'est donc préoccupée de l'impact de la maladie sur la vie professionnelle et sociale de ces patients dessinant ainsi de façon embryonnaire les contours de la notion de handicap. Ce terme apparaît d'ailleurs officiellement dans le droit français avec la loi du 23 novembre 1957 relative au reclassement des travailleurs handicapés.

Le mot handicap est défini par le dictionnaire comme « *une infirmité ou déficience, congénitale ou acquise, des capacités physiques ou mentales. Un désavantage qui met en état d'infériorité*⁷. »

Etymologiquement, il est issu d'une expression anglaise qui signifie « la main dans le chapeau. » Le handicap, utilisé dans le contexte du sport hippique, correspondait au souhait de donner des chances égales à tous les concurrents en imposant aux meilleurs des difficultés supplémentaires.

Le handicap mental, plus communément nommé pour les enfants, retard mental est constitué par un trouble généralisé, identifié avant l'âge adulte. Sa définition évolue au fil du temps. A l'origine fondée essentiellement sur la cognition, elle prend par la suite en considération les facultés de l'individu tant au niveau de son fonctionnement mental que de ses capacités fonctionnelles en lien avec l'environnement.

La classification internationale des maladies (CIM-10) produit par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) le définit comme « *un arrêt du développement mental ou développement mental incomplet, caractérisé par une insuffisance des facultés et du niveau global d'intelligence, notamment au niveau des fonctions cognitives, du langage, de la motricité et des performances sociales.* »

⁶ HENCKEN N. Opus cité. Page 34.

⁷ LAROUSSE illustré 2012.

Selon Fanny WALBERG, psychologue clinicienne, « *La notion de handicap mental a servi d'enveloppe générique opportune pour ranger, adossée à la CIM10, et sans plus de distinction, le registre du retard mental, le trouble ou la déficience intellectuelle, d'origine organique, lésionnelle ou infectieuses. Mais le vocable du handicap mental a pu recouvrir aussi différents aspects d'inhibitions intellectuelles plus ou moins importantes, ou des distorsions du raisonnement...⁸* »

Les frontières entre les différents handicaps (mental, cognitif et bientôt psychique) s'avèrent donc non hermétiques et, de plus, évolutives en fonction de l'âge du sujet.

Le rapport CHARZAT, en 2002, met en évidence ce constat « *Il faut cependant insister sur le fait qu'il n'y a pas de frontière entre handicap mental et handicap psychique : les troubles graves des fonctions psychiques retentissent sur les capacités intellectuelles et les apprentissages ; la déficience intellectuelle est assez fréquemment associée à des troubles psychiques, soit en raison de la pathologie d'origine, soit en raison de la souffrance psychique qu'elle entraîne⁹.* »

Il faudra attendre 2005 pour avoir une définition officielle du handicap ainsi qu'une reconnaissance – sans définition précise - du handicap psychique.

Sous l'influence des familles - et plus particulièrement de l'Union Nationale de Familles et Amis de Personnes Malades et/ou Handicapés Psychiques (UNAFAM) – mais également des associations de patients et de professionnels, la définition du handicap psychique s'est affinée. Les tentatives empiriques de définition ont été réalisées en contraste ou en creux par rapport au handicap mental.

Sur ce principe, en 2006, l'UNAFAM publie un document intitulé « Le Livre Blanc des partenaires de Santé Mentale qui précise que : «

1. *Du côté du handicap psychique les capacités strictement intellectuelles peuvent rester vives, tandis que du côté du handicap mental, la déficience est bien présente.*
2. *Du côté du handicap psychique, les soins restent très importants, tandis que du côté du handicap mental, ils peuvent être marginaux.*
3. *Et surtout du côté du handicap psychique, la variabilité des manifestations de la maladie crée constamment une incertitude, qui demande des ajustements incessants. Du côté du handicap mental, la fixité des incapacités est – a priori – plus compatible avec des solutions durables.¹⁰* »

⁸ WALBERG F. 2012. « Handicap psychique. Vers une nouvelle politique de la folie ». Troubles psychiques et comportements problématiques dans les ESMS, comprendre, observer, agir. Les cahiers de l'actif N°434-437. Page 44.

⁹ MULLER S. Opus cité. Page 77.

¹⁰ WALBERG F. Opus cité. Page 46.

Actuellement, il est convenu que le handicap psychique est l'expression d'une maladie mentale qui perturbe plus ou moins gravement, mais à long terme, la relation entre la personne et son environnement.

Selon la Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé, il s'avère que le handicap psychique s'exprime par « *une altération substantielle dans plusieurs domaines* :

° *La pensée et les sentiments, avec des impacts sur l'image de soi, la perception, la communication et la sociabilisation ;*

° *Les compétences sociales, de la vie quotidienne et de l'autonomie ;*

° *L'adaptation sociale et professionnelle, restreignant logiquement la participation à la vie sociale ;*

° *La qualité de vie dans l'espace privé et familial ;*

° *Le fonctionnement cognitif, de façon plus ou moins marquée¹¹. »*

Nonobstant des caractéristiques communes à ces deux notions (difficultés importantes de compréhension, troubles du comportement) la prise en charge de ces handicaps s'est scindée. Pour les personnes handicapées mentales, l'immutabilité des déficits a conduit à privilégier la notion de handicap et par voie de conséquence à diriger ces personnes vers le secteur médico-social. Pour les personnes handicapées psychiques, la prévalence de symptômes - fluctuant entre stabilisation et crises aiguës, avec des conséquences importantes en termes d'autonomie – a placé comme prioritaire, pendant de nombreuses années, la réponse par le soin.

Depuis seulement quelques décennies, face aux contraintes budgétaires de la psychiatrie associées au progrès de la pharmacologie, leur prise en charge se redessine. Eu égard à la nécessaire rencontre du soin et de l'accompagnement, ces usagers ont « navigué » entre les secteurs sanitaire et médico-social. Témoins contre leur gré, mais privilégiés, d'un long cheminement législatif.

1.2 Des politiques publiques floues et hésitantes qui cependant conditionnent les réponses

De l'analyse des définitions, il apparaît que face à la souffrance mentale, pour prendre en considération la réalité complexe et mouvante des besoins, une coopération entre les filières de soins et d'accompagnement semble impérative.

Pourtant, entre cloisonnement et rapprochement, les frontières du secteur médico-social et du secteur sanitaire ont été tantôt imperméables tantôt perméables.

¹¹ Zribi G. 2012. « Handicaps psychiques : des réponses à promouvoir ». Troubles psychiques et comportements problèmes dans les ESMS, comprendre, observer, agir. Les cahiers de l'actif N°434-437. Page 230.

Il me semble donc nécessaire avant d'aller plus avant, de réaliser un point sur les évolutions législatives et réglementaires qui ont déterminé la réponse face au handicap et plus particulièrement au handicap psychique.

1.2.1 A sa création le secteur médico-social n'intègre pas le handicap psychique.

Le paradoxe de l'origine du secteur social et médico-social est qu'il provient de la loi hospitalière du 31 décembre 1970. En effet, c'est cette loi qui a posé le principe d'un recentrage de l'hôpital sur ses activités sanitaires, constatant leur absence de savoir-faire en matière d'accueil social ou médico-social des enfants, des personnes handicapées ou âgées.

Dans cette logique, est promulguée la loi 75-534 du 30 juin 1975 sur « l'orientation en faveur des personnes handicapées » qui affirme l'émergence et le développement du secteur médico-social. Ainsi, l'article 1^{er} de la loi promeut une prévention ainsi qu'un dépistage des handicaps afin que le pouvoir central puisse y apporter des réponses adaptées. Dans cette intention, sont instituées dans chaque département des commissions à l'attention des enfants (Commission Départementale de l'Education Spéciale (CDES)) et des adultes (Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel (COTOREP)) handicapés. L'objectif affirmé de l'Etat est de favoriser l'autonomie des personnes handicapées et de passer de la notion d'assistance (très hospitalière) vers celle de solidarité. Par l'allocation compensatrice pour tierce personne (soumise au taux d'incapacité) la société compense le handicap et subvient aux besoins des personnes et/ou de leurs familles. La loi de 1975 définit les missions des institutions sociales et médico-sociales et confirme la possibilité d'y délivrer des prestations de soins, non prégnants, dans le cadre d'une prise en charge globale de la personne.

Lors des débats parlementaires Mme VEIL - alors ministre de la santé - affirme que « sera considérée comme handicapée toute personne reconnue comme telle par les commissions départementales.¹² ». Pour autant, la loi ne fournit pas de définition précise du handicap. Pensée sur un versant très médical, la loi lui assure seulement une considération administrative

Quant au handicap psychique considéré à cette époque (nous l'avons vu précédemment) comme une maladie mentale, il n'est pas impacté par cette loi et relève de la psychiatrie « la loi du 30 juin 1975 en faveur des personnes handicapées avait laissé implicitement les patients souffrant de problèmes psychiques à la charge des équipements de soins¹³. »

¹² MULLER S. Opus cité. Page 27.

¹³ SIRONI M. 2012. « Création et modélisation : un tandem indissociable. Exemples de partenariat entre secteur médico-social et psychiatrie ». L'inexorable convergence du sanitaire et du médico-social : perspectives pour les associations. Les cahiers de l'Actif. N°438-439. Page 72.

La seconde loi qui marque le secteur social et médico-social est la loi dite organisationnelle n° 2002-2 du 2 janvier 2002 « rénovant l'action sociale et médico-sociale » qui revisite l'organisation des établissements sociaux et médico-sociaux et qui concède des droits aux usagers.

L'affirmation de ces droits fondamentaux – au nombre de sept – est mentionnée à l'article L.311-3 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF). Pour rappel, il s'agit du respect de la personne, du libre choix des prestations offertes, de la confidentialité des informations, du libre accès de l'intéressé aux dites informations, de la participation à la conception et à la réalisation de son accompagnement, d'accompagnements individualisés respectant leur consentement et de l'organisation de la communication des droits et voies de recours.

Par déclinaison, la loi a prévu également sept outils pour garantir l'effectivité de ces droits, également mentionnés à l'article L.311 alinéas 4 à 8 du CASF. Pour rappel, il s'agit : du livret d'accueil, du contrat de séjour ou de prise en charge, du règlement de fonctionnement, de la charte des droits et libertés de la personne accueillie, du conseil de la vie sociale, du projet d'établissement ou de service ainsi que la possibilité de faire appel à une personne qualifiée en cas de conflits.

Au-delà des apports en termes de droits fondamentaux des personnes accueillies, cette loi présente un double intérêt.

Concernant le premier, la loi 2002-2 étend le champ d'application de la loi de 1975 par la reconnaissance de certaines structures, dont les foyers d'accueil médicalisés.

Par l'effet de cette loi, l'article L312-1 section 1, alinéa 7 du CASF stipule que « *sont des établissements et services sociaux et médico-sociaux, les établissements et services, y compris les foyers d'accueil médicalisés, qui accueillent des personnes handicapées, quel que soit leur degré de handicap ou leur âge.* »

Ces structures - dénommées initialement foyer à double tarification par la circulaire N° 86-6 du 14 février 1986 « relative à la mise en place d'un programme expérimental d'établissements pour adultes gravement handicapés » - doivent accompagner une population proche de celle des Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS) et ont pour mission « *d'accueillir des personnes handicapées physiques, mentales ou atteintes de handicaps associés dont la dépendance totale ou partielle rend nécessaire l'assistance d'une tierce personne pour la plupart des actes essentiels de l'existence ainsi qu'une surveillance médicale et des soins constants*¹⁴. »

¹⁴ MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SOLIDARITE NATIONALE. Circulaire 86-6 du 14 février 1986 relative à la mise en place d'un programme expérimental d'établissements d'hébergement pour adultes gravement handicapés. Partie I. Non parue au J.O.

Conséquence directe de la loi de décentralisation N°83-663 du 22 juillet 1983 renforcée par la loi dite « loi particulière¹⁵ » N° 86-7 du 6 janvier 1986 - qui réalisent des partitions entre l'Etat et le département - l'organisation administrative et financière des Foyers à Double Tarification (FDT) puis des FAM est basée sur un double financement ainsi qu'une double compétence.

Au ressort des départements il révient : l'hébergement et la vie sociale des personnes handicapées ; au ressort de l'Etat : la santé et l'aide médicale.

Concernant le second intérêt, la loi 2002-2 diversifie l'éventail des possibles en termes de collaboration entre les structures « *la loi 2002-2 a fait preuve d'inventivité et d'esprit prospectif en fondant une palette de formules de coopération favorisant les décloisonnements, en interne au sein du champ médico-social et en externe entre ce champ et le domaine hospitalier et allant de la simple convention au regroupement et à la fusion, en passant par le GIE, les GIP, le GCSMS.*¹⁶ »

La loi 2002-2 affirme clairement une démarche de partenariat entre les champs médico-social et sanitaire, intention salutaire pour les personnes handicapées psychiques qui au regard des conséquences de leurs troubles se situent plus que les autres personnes handicapées à l'interface de ces deux champs.

1.2.2 Vers un rapprochement du sanitaire et du médico-social.

Deux importantes lois ont modifié les frontières entre le secteur sanitaire et médico-social et par-delà ont ainsi chamboulé les conceptions du soin et de l'accompagnement.

Tout d'abord, la loi 2005-102 du 11 février 2005 « *pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées* » officialise la notion de handicap psychique. Pour rappel, le FAM a ouvert ses portes le 1^{er} janvier de cette année 2005.

Bien que le législateur ne définisse pas le handicap psychique, sa reconnaissance provient de la définition du handicap issue de l'article 2 de la loi : « *constitue un handicap toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou **psychiques**, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant*¹⁷. »

¹⁵ BAUDURET JF. 2013. Institutions sociales et médico-sociales : de l'esprit des lois à la transformation des pratiques. Editions DUNOD. Page 14.

¹⁶ BAUDURET. JF. Opus Cité. Page 29.

¹⁷ ZRIBI.G., BEULNE.T. 2009. « Handicaps psychiques : état des lieux et problématique ». Les handicaps psychiques. Concepts, approches, pratiques. Presses de l'EHESP. Page 13.

Même si, comme l'affirme Michel SIRONI¹⁸, les personnes présentant des troubles psychiques dits stabilisés étaient depuis de nombreuses années avant la loi 2005, pris en considération par la COTOREP et en charge par le secteur médico-social, la reconnaissance officielle de l'altération d'une ou plusieurs fonctions psychiques comme un facteur de handicap va cependant modifier les lignes entre les champs sanitaire et médico-social.

En effet, la loi 2005-102 a mis fin à une approche très (voire purement) médicale de ce handicap. De facto, une réforme s'est engagée. Aux structures hospitalières, il échoit la prise en charge et le traitement des situations aiguës. Aux établissements médico-sociaux, il incombe l'accompagnement des personnes handicapées psychiques dès leur sortie de l'hôpital, avec des passerelles pour assurer le suivi des troubles dans un contexte ambulatoire. Si, pour de nombreux patients, la loi 2005-102 offre la possibilité théorique de passer du champ sanitaire vers celui du médico-social, un écart est à constater entre l'intention législative et la réalité du terrain. Les structures médico-sociales (par manque de place) ne peuvent absorber ce nouveau flux. Surtout celui des personnes n'ayant pas la capacité de travailler. De plus, toutes les structures médico-sociales ne sont pas forcément en mesure d'accueillir les personnes handicapées psychiques présentant des troubles complexes et variables associés à une imprévisibilité comportementale qui requiert des « *ajustements incessants*¹⁹ ». Ajustements incessants rendus impératifs face à la gestion des situations de violence (orientées sur la personne elle-même ou sur autrui), aux besoins de soutien intensif au regard des angoisses destructrices ou à une relation à l'autre très perturbée. Ce manque de place mais aussi la méconnaissance réciproque entre ces 2 secteurs, issue d'une herméticité récurrente (« *une mauvaise appréciation des compétences et savoir-faire des équipes médico-sociales, de leurs règles de vie, de leur encadrement en personnel ou encore du profil de la population accueillie, peut conduire à des orientations inadaptées, qui au mieux se traduisent par des candidatures qui n'aboutissent jamais ou au pire engendrent des expériences douloureuses pour les patients concernés et les professionnels impliqués. Elle peut également induire des sorties d'hospitalisation non ou insuffisamment concertées*²⁰ ») incite certains hôpitaux comme « La Meynardie » à penser médico-social au sein de leur entité.

Cette ébauche de conciliation entre le secteur sanitaire et médico-social a atteint son apogée par la loi du 21 juillet 2009 dite Hôpital, Patient, Santé, Territoire (HPST²¹).

¹⁸ SIRONI.M. Opus cité. Page 72.

¹⁹ UNAFAM. 2001. Le Livre Blanc des partenaires de Santé Mentale France, association d'usagers de la psychiatrie, de soignants et de responsables du social dans la cité. <http://www.unafam.org>.

²⁰ JAEGER M. 2012. « Une politique incertaine entre convergence et dissociation du sanitaire et du médico-social ». L'inexorable convergence du sanitaire et du médico-social : perspectives pour les associations. Les cahiers de l'actif N° 438-439. Page 26.

²¹ Loi N°2009-879 du 21 juillet 2009 « portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. » Journal officiel N°167 du 22 juillet 2009.

Autant la loi de 1975 avait entraîné la séparation de ces deux secteurs, autant celle dite HPST favorise, par une profonde réforme structurelle, leur rapprochement.

Cette convergence est actionnée à un double niveau :

- Au niveau institutionnel, par la création des Agences Régionales de Santé (ARS). C'est une révolution administrative qui modifie peu le secteur sanitaire, déjà régionalisé depuis avril 1996 par l'intermédiaire des Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH) mais qui impacte fortement le secteur médico-social.

Dans un souci de coordination et d'homogénéisation de l'offre de service, l'autorité de tutelle passe d'un échelon de proximité (au niveau du département) avec les Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS), à un échelon régional avec les ARS.

Dans cette même intention mais aussi pour favoriser la conjonction des missions, les schémas régionaux de prévention, d'organisation des soins et d'organisation médico-sociale sont bien articulés « *le secteur des établissements et services accompagnant les personnes handicapées ... s'intègre désormais dans une politique globale régionalisée de santé... il convient de ne pas réduire la santé à la notion de soins et médico-social et santé ne doivent pas être des concepts distincts et séparés.*²² »

- Au niveau des pratiques, il convient d'apporter autant de considération au malade qu'à la maladie, c'est-à-dire de modifier la focale pour glisser d'une logique d'usager objet, à celle d'usager sujet. Dans cet esprit, Marcel JAEGER écrit « *l'articulation entre le sanitaire et le médico-social n'est pas seulement une nouvelle réalité administrative issue de la création des ARS, elle est aussi une des obligations d'un système de santé adapté à l'émergence des maladies chroniques et au rallongement de la vie*²³. »

Ce propos raisonne d'autant plus pour les personnes en situation de handicap psychique qui peuvent conserver des capacités intellectuelles conséquentes.

De plus, la loi HPST entend conjuguer les logiques de ces deux secteurs dans un objectif de santé non pas centré uniquement sur les troubles, mais visant « *un état complet de bien-être physique, mental et social*²⁴. »

Le fort enjeu - tant pour les professionnels de terrain que pour les acteurs de la gouvernance - est de modifier et/ou de construire les pratiques ainsi que les coopérations internes et externes, à partir des besoins personnalisés des usagers, dans le but d'offrir le service rendu le plus adéquat pour chaque situation rencontrée.

²² BAUDURET JF. Opus Cité. Page 38.

²³ JAEGER M. Opus Cité. Page 23.

²⁴ ROUE-LEGALL A. 2015. « Comprendre la santé publique et le système de santé ». MOOC EHESP. Extrait de la définition de la santé proposée par l'OMS.

Nous le verrons, par la suite, cette démarche ne se décrète pas mais se construit et se conduit au fil du temps.

1.2.3 Quelles recommandations Européennes pour le handicap psychique ?

« *En Europe, une personne ayant un trouble mental sur deux a recours à des soins de santé primaire et seulement un patient sur quatre a fait appel à des soins de santé mentale spécialisés*²⁵. » Ces dernières années, de nombreux pays européens ont considéré la santé mentale comme étant un domaine prépondérant de la santé (de nombreuses disparités demeurent pourtant, nos politiques et infrastructures de santé mentale étant corrélées aux cultures, aux traditions ainsi qu'au niveau de développement économique des pays membres).

L'Europe reconnaît d'ailleurs dans son Livre Vert²⁶ publié suite à la conférence d'Helsinki de 2005 que la mauvaise santé mentale qui « *englobe les troubles mentaux et la psychasthénie, les dysfonctionnements associés au stress, les symptômes de démence et les démences susceptibles de faire l'objet d'un diagnostic, telles que la schizophrénie ou la dépression*²⁷ » va devenir un problème croissant pour les pays Européens.

Face à ce constat, lors de la conférence d'Helsinki, un engagement des cinquante-deux Etats membres de la région européenne de l'OMS est entériné afin de « *transformer leurs programmes et activités de santé mentale pour assurer la transition de soins en milieu hospitalier à des services de proximité et personnalisés*²⁸. »

Quel impact pour le handicap psychique ?

Il est prôné, conformément aux recommandations évoquées ci-avant et lorsque cela est conciliable avec les symptômes liés à la pathologie, de favoriser des alternatives à l'hospitalisation pour les personnes présentant des troubles neuropsychiatriques.

L'Europe, se basant sur le concept positif de santé issu de la charte d'Ottawa²⁹ : « *plus qu'un état, la santé est une ressource, un processus dynamique et global qui doit permettre à chaque individu d'identifier et de réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter*³⁰», recommande la désinstitutionnalisation pour les personnes ayant des troubles psychiques.

²⁵ DAUMERIE N., RHENTER P., ROELANDT JL. 2009. « Psychiatrie et santé mentale en Europe ». Psychiatrie et santé mentale. Regards sur l'actualité. N°354. Page 67.

²⁶ COMMISSION EUROPEENNE. 2005. Le Livre Vert. « Améliorer la santé mentale de la population : vers une stratégie sur la santé mentale pour l'Union Européenne ».

²⁷ COMMISSION EUROPEENNE. 2005. Opus cité. Page 4.

²⁸ DAUMERIE N., RHENTER P., ROELANDT JL., Opus Cité. Page 62.

²⁹ La charte d'Ottawa a été signée en 1986 lors de la conférence internationale pour la promotion de la santé.

³⁰ ROUE-LEGALL A. Opus Cité.

Mais face à des personnes présentant des troubles graves qui nécessitent de nombreux soins et accompagnements au quotidien (restreignant ainsi fortement leur espoir de vivre en dehors d'une institution) une forme de désinstitutionnalisation ne serait-elle pas la sortie de Centres Hospitaliers Spécialisés (CHS) et l'accueil au sein d'une structure médico-sociale telle que le FAM de « La Meynardie » ?

Cette réponse – tout en favorisant l'interpénétration des missions sanitaire et médico-sociale - diminue la stigmatisation, offre des occupations multiples et encourage une dynamique de vie.

Certes cela n'est pas assimilable à une vie hors institution, mais elle peut offrir à ces personnes vivant un quotidien peu ordinaire au regard de leurs troubles, de bénéficier en fonction de leur état, d'une dynamique pendulaire orientée vers l'extérieur et/ou intégrant l'extérieur. En quelque sorte une inclusion sur mesure.

1.3 Le FAM de « La Meynardie » : une structure médico-sociale au sein d'un centre hospitalier.

1.3.1 « La Meynardie », un centre hospitalier interdépartemental.

A. Implantation géographique

Le centre hospitalier « La Meynardie » est un établissement public. Il est implanté sur la commune de Saint Privat des Prés, au sein du massif forestier de « la Double », dans un environnement naturel préservé.

L'établissement est quelque peu isolé, il se situe à 7 kilomètres de Saint Aulaye (bourg de 1500 habitants) et à 13 kilomètres de Ribérac (ancienne sous-préfecture, comptant 5700 habitants.) Il est limitrophe des départements de la Charente et de la Gironde.

B. L'histoire du centre hospitalier

Le château de « La Meynardie » est une construction datant de 1605 dont l'histoire est très peu relatée avant le début du 20^{ième} siècle. Après une reconstruction à la fin du 19^{ième} siècle, nous savons que cette infrastructure a été dédiée à la santé. L'histoire de ce bâtiment se clarifie à compter de 1914. En effet, pendant la première guerre mondiale le château a servi de station sanitaire pour les blessés du poumon et surtout pour l'accueil des tuberculeux de la Dordogne et du Tarn et ce, suite à la signature le 30 novembre 1923 d'une convention entre ces deux départements.

A la fin des années 20 débute la construction d'un sanatorium sur la partie Est du château qui sera livré en 1930. L'augmentation de la capacité d'accueil amène l'établissement à élargir son rayonnement vers le département de la Gironde. Une convention sera d'ailleurs signée le 5 juillet 1955 entre les départements de la Dordogne et de la Gironde pour l'accueil de patients girondins tuberculeux.

C'est suite à l'arrêté ministériel du 25 avril 1972 que l'établissement entame sa reconversion médicale par la suppression de lits de phtisiologie et pneumologie et la création de lits destinés à l'accueil de personnes atteintes de pathologies d'ordre neuro-psychiatrique.

Le conseiller général de Coutras (33) Jean-Elien JAMBON - élu de 1945 à 1994 soit durant près de 50 ans – a eu un rôle prépondérant dans cette reconversion en se positionnant en interface entre les centres hospitaliers psychiatriques de Gironde et le centre hospitalier de « La Meynardie ». La situation géographique de l'établissement, isolé au sein d'une forêt, permettait la protection du malade mais aussi plus officieusement, favorisait la protection de l'ordre social par l'éloignement de personnes présentant d'importants troubles.

En 1977 cette reconversion s'achève par la création de 150 lits de cure longs séjours médicalisés.

En 1997, la capacité d'accueil passe à 185 lits dont 150 attribués aux soins de longue durée à orientation psychiatrique et 35 au moyen séjour (soins de suite gériatrique). L'offre de soin restera en l'état jusqu'en 2005, date à laquelle est créé le FAM par transformation de lits de sanitaire.

En 2006, la modification du service de soins de suite gériatrique est opérée en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) tout en conservant sa capacité d'accueil.

En 2008, sous l'effet de l'arrivée d'un nouveau directeur, l'établissement est réorganisé en 2 secteurs d'activité : d'une part, un secteur sanitaire comprenant : 35 lits de SSR et 60 lits d'Unité de Soins de Longue Durée (USLD), d'autre part un secteur médico-social composé : d'un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) de 60 places et un foyer d'accueil médicalisé de 30 places.

C. La particularité du public accueilli au sein du CH.

L'établissement – dès sa reconversion en 1972 par l'effet de la loi hospitalière de 1970 (cf. paragraphe 1.2.1) – s'est trouvé confronté à la prise en charge de personnes présentant des pathologies psychiatriques lourdes pour lesquelles il n'existait que peu de solutions extra hospitalières. En effet, « La Meynardie » était considéré comme une alternative ultime pour des patients en situation d'échec dans d'autres structures.

Les établissements « orienteurs » étaient quasi exclusivement des centres hospitaliers spécialisés situés en dehors du département.

En 2001, une étude sur la santé mentale - au niveau national, basée sur l'évaluation du dispositif - est conduite par la mission « MASSÉ³¹ .»

³¹ MASSÉ.G. est psychiatre des hôpitaux de Paris (Ste Anne).

L'expertise réalisée, en 2002, sur « La Meynardie » note que « *les patients reçus ont entre 40 et 80 ans et sont accueillis sans distinction administrative en USLD ou SSR quelles que soient leurs pathologies qui sont aussi bien psychiques que somatiques et généralement associées* » et conclut à un décalage entre les agréments (USLD et SSR) et la population accueillie.

Ces conclusions sont confirmées en 2003 par une enquête sollicitée par l'ARH d'Aquitaine mettant en exergue une durée moyenne de séjour très élevée (en moyenne 11 ans, ne correspondant pas à la définition du moyen séjour.)

Pour autant, l'établissement revendique cette compétence dans son livret d'accueil de l'époque « *l'établissement a vocation et un savoir-faire pluridécennal dans l'accueil et le traitement de patients nécessitant une prise en charge en psychiatrie (adulte et gériatrique) avec ou sans pathologies associées*³². »

A ce jour et en référence au rapport financier et moral de 2014, l'établissement tend toujours à accueillir une population à forte complexité psycho-médico-sociale.

Cela se manifeste, pour le secteur sanitaire et plus particulièrement pour le SSR, par une durée moyenne de séjour supérieure à 50 jours (54 exactement), cette situation contribue à l'atypisme de cette unité par rapport à un SSR polyvalent traditionnel.

Concernant le secteur médico-social et plus spécifiquement l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, la population est plus jeune que dans un EHPAD traditionnel car plusieurs résidents ont moins de 60 ans. En revanche, le public présente un profil particulier avec un PMP et un GMP supérieurs de 100 points par rapport la moyenne nationale des EHPAD.

1.3.2 Un secteur médico-social afin de répondre au contexte et en filigrane aux besoins.

- A. Les conditions de création du FAM : Des personnes atteintes de troubles psychiatriques et une organisation qui augurent une approche par le soin

Suite aux conclusions du rapport « MASSÉ » (en 2001) qui préconise de réorienter 61 patients vers des structures médico-sociales, le directeur de « La Meynardie » porte le projet de création d'un FAM. Dans cette intention, entre décembre 2002 et avril 2003, un projet d'établissement est écrit avec l'assistance d'un cabinet extérieur. Il propose face aux axes d'orientation du projet médical, la création d'un FAM de 60 places.

De son côté, la DDASS pilote une étude sur les patients se situant dans une tranche d'âge entre 40 à 55 ans.

³² Extrait du Livret d'Accueil de 2006 du CH « La Meynardie ».

34 patients, considérés comme stabilisés sur le plan psychiatrique, pourraient prétendre à une prise en charge de type FAM, de même, 21 patients en attente d'admission au sein de l'établissement semblent avoir un profil idoine.

Le Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale (CROSMS) autorise, finalement, l'ouverture d'un FAM de 30 places, à compter du 01 janvier 2005, par transformation de 30 lits de soins de longue durée.

Cependant un point de vigilance apparaît : face au profil des personnes déjà hébergées et de la réponse, centrée sur les soins, apportée depuis de nombreuses années pour la plupart des patients, il est impératif d'entreprendre un véritable changement dans la prise en charge de ces personnes qui passent du statut de patients à celui de résidents.

Mais comment penser différemment l'accompagnement en présence des mêmes usagers et ce, dans les mêmes locaux ? Un enjeu conséquent pour la chaîne de décision qui réside dans sa capacité à favoriser l'articulation du soin et de l'accompagnement, par le biais d'une réponse reposant sur les besoins globaux de chaque résident.

Cependant, un écart entre la commande médico-sociale et la réalité de terrain est constaté depuis la création du FAM. L'organisation et l'encadrement sanitaires, le contexte architectural, le déficit de présence éducative cumulée à une surreprésentation paramédicale perdureront jusqu'en 2012 et nécessiteront de nombreuses actions d'ajustement ainsi qu'un rééquilibrage de postes entre les différents services de l'établissement.

B. Etude de la population

En référence à l'article D. 344-5-1 du CASF, les FAM ont vocation à accueillir des personnes présentant une situation complexe de handicap générant une altération de leurs capacités d'action et de décision.

Le décret du 20 mars 2009³³ définit plus précisément le public et les besoins à satisfaire : « *Sont ainsi concernées les personnes qui présentent*

- *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, de relation ;*
- *Une association de déficiences graves avec un retard mental moyen sévère ou profond entraînant une dépendance importante ;*

³³ Décret N° 2009-322 du 20 mars 2009 relatif aux obligations des établissements et services accueillant ou accompagnant des personnes handicapées adultes n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie. JORF N° 72 du 26 mars 2009.

- *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 nécessite une surveillance constante.*

Ces personnes nécessitent ainsi un accompagnement médico-social soutenu pour tout ou partie des besoins suivants :

- o *Besoin d'une aide pour la plupart des activités relevant de l'entretien personnel et, le cas échéant, de la mobilité ;*
- o *Besoin d'une aide à la communication et à l'expression de leurs besoins et attentes ;*
- o *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 ;*
- o *Besoin d'un soutien au développement et maintien des acquisitions cognitives ;*
- o *Besoin de soins de santé réguliers et d'accompagnement psychologique. »*

Le FAM de « La Meynardie » accueille 30 résidents. L'étude de la population et des demandes d'admission - de 2012 à fin 2014 - révèlent les éléments suivants :

Conformément aux statistiques nationales, le FAM héberge un nombre plus important d'hommes que de femmes. Le public féminin représente 36% des usagers, avec une moyenne d'âge de 46,51 ans. L'avancée en âge pour le public masculin est plus marquée avec une moyenne qui se situe à 49,45 ans. De même, la proportion de personnes ayant plus de cinquante ans est de 38%.

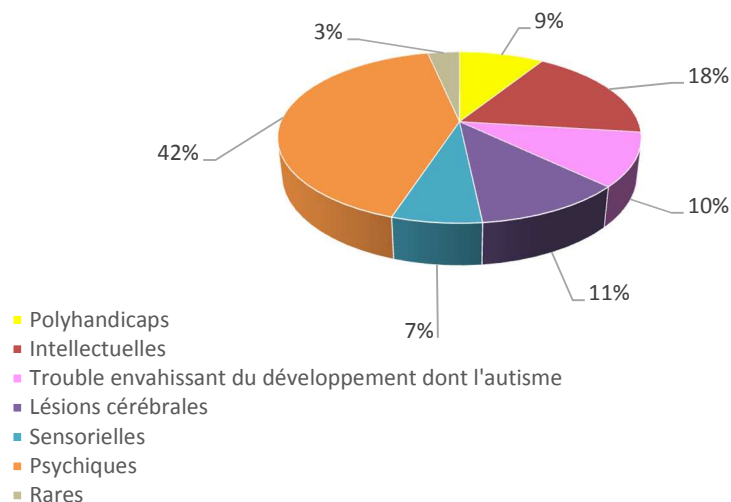
Le panel d'âge des résidents est compris entre 29 et 63 ans.

Comme l'illustrera ci-après le graphique, le FAM de « La Meynardie » est spécialisé dans l'accueil de personnes présentant des troubles psychiques et cognitifs. On peut constater ainsi une proportion d'usagers présentant des handicaps psychiques beaucoup plus conséquente que dans la majorité des FAM de France puisque la moyenne nationale se situe à 24%³⁴.

Sont très présents les troubles de types psychose et autisme, les troubles de l'humeur (de type schizophrénie) mais aussi du comportement et de la personnalité. A noter que ces handicaps premiers peuvent être associés à des handicaps physiques et ainsi se dissimuler sous la dénomination de « polyhandicaps. »

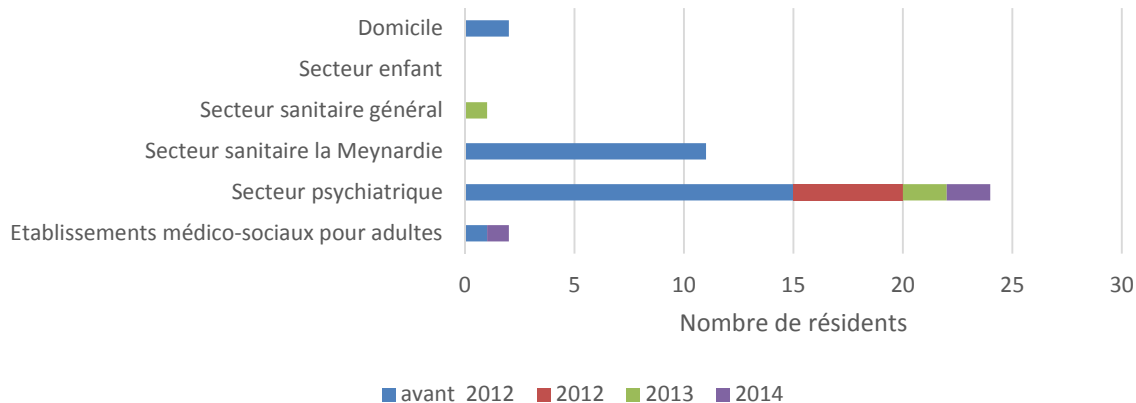
³⁴ ANESM. 2013. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Qualité de vie en MAS – FAM (Volet I). Page 5.

Typologie des déficiences des résidents - en tendance.



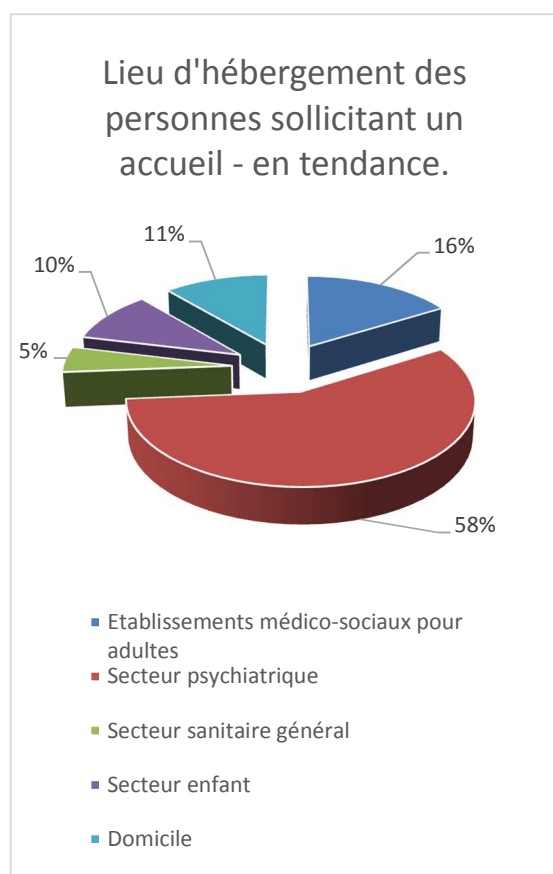
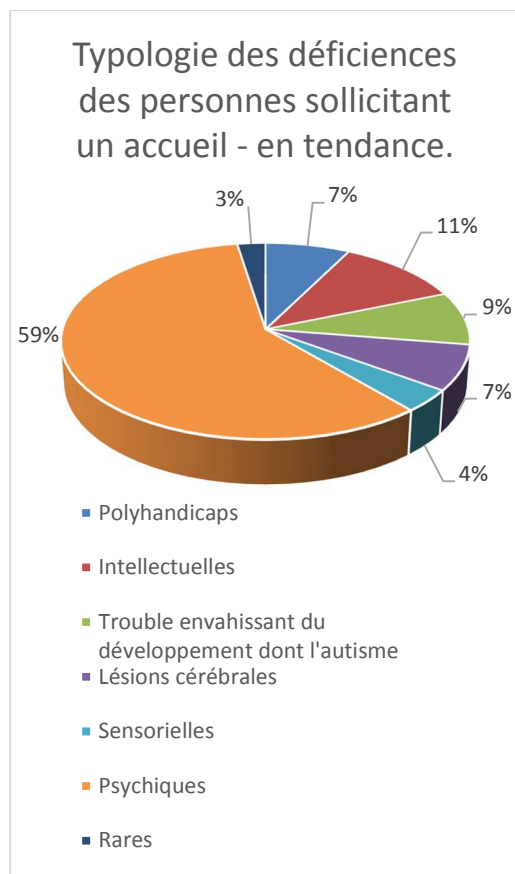
Concernant la provenance des résidents accueillis sur le FAM, le graphique ci-dessous confirme que la grande majorité des usagers arrive du secteur sanitaire et plus précisément de CHS. La plupart présente un parcours de vie tumultueux marqué par de multiples ruptures familiales et institutionnelles ainsi que de nombreuses années de prise en charge au sein d'hôpitaux psychiatriques. Ce constat est en phase avec le bilan que dresse l'Agence Nationale de l'Evaluation et de la Qualité des Etablissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux (ANESM) dans la recommandation de bonnes pratiques professionnelles « qualité de vie en MAS – FAM » affirmant que la proportion de personnes handicapées psychiques augmente car « une partie de ces personnes auparavant accueillies au sein des hôpitaux psychiatriques sont désormais accueillies au sein de structures médico-sociales, et notamment les MAS et les FAM³⁵. »

Provenance des résidents - par année.



Pour affiner la tendance qui se dégage, il me paraît intéressant d'analyser les demandes d'admission. Les deux graphiques ci-dessous me conduisent aux réflexions suivantes :

³⁵ ANESM. Opus Cité. Page 6.



- Les établissements « orienteurs » sont en majorité les CHS de Gironde, de Dordogne et de Charente (par ordre décroissant du nombre de situations proposées). Les secteurs médico-sociaux adultes mais aussi et surtout enfants sollicitent peu notre établissement. L'établissement reste identifié – au regard de la suprématie du handicap psychique et malgré les contacts et démarches que j'ai engagés auprès de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH 24) – comme un établissement de première intention après le secteur psychiatrique. J'ai pu vérifier, à quelques reprises, que cette renommée génère de l'appréhension chez les parents d'enfants handicapés relevant de l'amendement Creton.
- L'avancée en âge des patients proposés est probante. Les plus de 50 ans constituent une part conséquente de demandes. A la lecture des dossiers d'admission, ce sont principalement des personnes suivies depuis de longues années par le secteur psychiatrique. Elles sont confrontées, avec l'âge, à une évolution des troubles tant psychiques que somatiques. Cette modification des symptômes nécessite une révision des conditions de vie.

1.3.3 Une ressource humaine orientée sur le versant paramédical.

Dans ce paragraphe, je me propose d'aborder la composition de l'équipe et de souligner qu'indéniablement la suprématie de certains cœurs de métier va impacter l'accompagnement quotidien des résidents.

Pour rappel, le FAM a été créé par transformation de lits d'USLD mais aussi par redéploiement de personnel du secteur sanitaire. Pour la création du FAM, le projet prévoyait de transférer 15,6 Equivalents Temps Plein (ETP) du secteur sanitaire vers le médico-social et de réaliser le recrutement de 12 ETP sous forme de mesure nouvelle afin d'atteindre un ratio d'encadrement global situé à 0,92.

L'analyse du tableau proposé, en annexe N°1, concernant les personnels, permet de remarquer que :

- En 2005 - à l'ouverture du FAM et conformément au tableau prévisionnel - apparaît une surreprésentation ainsi qu'une surqualification des personnels soignants par rapport aux personnels éducatifs. En effet, la moitié du personnel est issue de la filière soignante de l'hôpital. De plus, la gestion du service est assurée par un cadre infirmier mutualisé, c'est-à-dire à mi-temps sur le FAM et à mi-temps sur un service sanitaire. Enfin, ce cadre est intégré au sein d'une ligne hiérarchique médicale. L'empreinte sanitaire est donc très forte.
- En 2012, la disproportion entre les compétences professionnelles dans les domaines du soin et de l'éducatif est toujours marquée. Au regard de la composition de l'équipe et du parcours très sanitaire de la plupart des agents, force est de constater que la culture hospitalière est encore fermement présente et inscrite. La mutualisation de certains postes (praticien hospitalier, Infirmier Diplômé d'Etat (IDE), ergothérapeute) ne facilite ni une approche ni une démarche médico-sociales. Face aux troubles, la réponse allopathique est priorisée couramment au détriment de la prise en compte / de l'accompagnement humain. De plus, le métier d'Aide-Soignant (AS) a quasiment disparu. Il s'agit pourtant d'un point de vigilance car l'avancée en âge du public génère une dépendance plus conséquente appelant une augmentation des gestes techniques.

Cette même analyse invite à un dernier commentaire. Pour inscrire le FAM dans une culture médico-sociale, il conviendrait d'engager un travail d'une part de rééquilibrage des compétences présentes et d'autre part, d'accompagnement du personnel (en termes de posture, de registre d'actions) pour une véritable inscription dans le champ médico-social.

1.3.4 L'intégration du FAM au sein du CH : un avantage et un handicap !

Le positionnement du FAM à l'intérieur du CH permet aux résidents de bénéficier d'une prise en charge médicale continue ainsi que d'une qualité des soins marquées par :

- La présence de jour comme de nuit de médecins, grâce à un système de garde.
- La présence d'un IDE de nuit au sein de l'établissement, les surveillants de nuit du FAM peuvent la solliciter en cas de besoin.

- Une sécurité attestée dans l'administration des médicaments marquée par le circuit du médicament qui s'avère identique aux autres services.
- Un plateau technique composé d'un service de kinésithérapeutes, d'une diététicienne, d'un neuropsychologue, d'un cadre hygiéniste chargé de la politique de lutte contre les infections.

Ces dispositifs (qui font défaut ou qui constituent des points de vigilance dans les autres FAM) au-delà d'être rassurants, assurent une sécurité rendue nécessaire par notre éloignement du premier service d'urgence (à plus de 40 minutes), mais contribuent également à maintenir le FAM dans une dimension et/ou une culture hospitalière.

Cette cohabitation au sein du même établissement engendre chez de nombreux acteurs institutionnels, une difficulté à percevoir la spécificité des besoins des résidents et à travers eux du service. Quelques illustrations ci-après, montrent les liens forts et incontournables qu'entretient le FAM avec tous les services support (logistiques et administratifs) du CH mais aussi mettent en exergue ces écueils.

- Avec les services techniques : les résidents ne sont pas autorisés à décorer leur lieu de vie ainsi que leur chambre pour des raisons de sécurité incendie (spécifique aux établissements de type « U »). De même, une négociation engagée avec ce même service pour que les résidents puissent réaliser un jardin potager dans le cadre d'activités, en exploitant un lopin de terre, se révèle particulièrement ardue.
- Avec la cuisine : les échanges sont parfois compliqués, quand il s'agit de permettre aux résidents de ne pas dîner à la même heure que les patients - soit 18h00 – ou pour mettre en place une organisation afin que les résidents puisse déjeuner à l'extérieur lors des nombreuses sorties socialisantes.
- Avec la buanderie : pour le classement du linge sale en fonction des tissus. Le FAM est le seul service de l'établissement qui propose aux hébergés de réaliser ce tri avec l'aide des accompagnateurs. Ce système provoque bien plus d'erreurs que dans les services où le linge sale est trié uniquement par les professionnels.
- Avec le service comptable : pour organiser le remboursement des accompagnateurs lors de sorties payantes sans trop bouleverser les habitudes.

La reconnaissance officielle de l'ancrage médico-social - par le biais de l'agrément – ne suffit pas à modifier les habitudes, les réflexes. Les résistances au sein de l'établissement sont fortes, face à l'inscription d'une offre de service en conformité avec les pratiques du champ médico-social et provoquent une résonance négative pour les usagers du FAM, mais aussi pour l'équipe porteuse d'une autre dynamique, d'un service rendu différent et à ce titre par moment stigmatisée.

1.4 Conclusion de la première partie.

Il apparaît que le FAM de « La Meynardie » bénéficie de par son inscription dans un contexte sanitaire, des atouts en termes de continuité médicale, de prise en charge somatique, de personnes ressources au sein du CH et de réseau sanitaire qui alimente les demandes d'admission et favorise un taux d'occupation fort (aux alentours de 97%) facteur de résultats financiers excédentaires chaque année.

Cependant cette même dimension sanitaire génère des moins-values à différents niveaux :

- Institutionnels ; par l'absence de nombreux outils prévus par la législation médico-sociale dont le projet d'établissement qui est caduc depuis 2007 ;
- Offre de service ; par une réponse trop centrée sur le soin et par un maillage partenarial restreint qui contribue à l'oisiveté des résidents ;
- Management et gestion des ressources humaines ; par une interdisciplinarité en décalage avec la commande réglementaire ainsi que par une absence de définition de certains postes et de plan de formation dédié ;
- Architectural ; par une égalité de traitement entre tous les hébergés alors que les durées de séjour varient fortement.

Ma mission – en tant que directeur – est d'inscrire cette structure dans une dimension médico-sociale par le biais de nouvelles dispositions permettant de nouvelles formes d'accompagnement. Actuellement, je ne pense pas imaginable ni acceptable, avec ce public, d'intervenir sur les effets du handicap sans agir de concert sur les dimensions sanitaire et sociale.

Ces impératifs font émerger plusieurs questions. Comment modifier cette organisation construite sur des conceptions sanitaires ? Comment favoriser le métissage de compétences plurielles primordiales pour l'accompagnement de ce public présentant des troubles complexes ?

Face à ce questionnement, je fais l'hypothèse qu'il convient pour le FAM de « La Meynardie » de promouvoir un changement de culture, sans pour autant désavouer l'identité sanitaire qui apporte pour partie, une réponse adaptée aux besoins des personnes accueillies.

Ainsi, je conduirai cet écrit à partir de la problématique suivante : **comment promouvoir une culture médico-sociale dans un FAM - intégré à un centre hospitalier et accueillant des personnes présentant des troubles psychiques conséquents – en veillant à ne pas cliver prise en charge et accompagnement ?**

Dans la partie à venir, je m'attacherai donc à investiguer ce que recouvrent les champs de prise en charge sanitaire et d'accompagnement médico-social afin d'amorcer une dynamique de changement vers une nouvelle culture institutionnelle.

2 Une alliance entre la prise en charge sanitaire et l'accompagnement médico-social

Je me suis efforcé de démontrer dans la première partie de cet écrit, que les personnes en situation de handicap psychique présentent des troubles spécifiques. Troubles qui génèrent des besoins particuliers et qui conditionnent des réponses singulières orientées tant sur le versant du soin que de l'accompagnement.

Jusqu'en 2012, le FAM - en ne traitant que les besoins primaires - répond partiellement à la commande sociale ainsi qu'à ses missions.

Ce diagnostic était partagé, fin 2011, par les membres de la mission d'inspection conjointe (Délégation Territoriale de l'ARS et Direction Départementale de la Solidarité et de la Prévention (DDSP) 24) qui écrivaient dans leur rapport « ... *un manque de consensus sur le mode de prise en charge des résidents. Le poids de l'histoire et la forte imprégnation du fonctionnement hospitalier sur la structure médico-sociale explique en partie ce problème... Cela confirme la difficulté pour les personnels de sortir de la vision sanitaire et d'appréhender un accompagnement socio-éducatif des résidents.* »

Les tensions, dysfonctionnements, évènements douloureux et regrettables³⁶ ont marqué l'éclatement d'un système mais également sa fin dans la configuration actuelle puisque ce système n'a pu ni réagir ni s'adapter.

Les conclusions des membres de la mission d'inspection renforcent et légitiment la démarche que je propose de développer, à savoir : piloter un changement de culture au sein du FAM de « La Meynardie » et me conduisent à cette deuxième partie dans laquelle je m'attacherai à mettre en exergue les enjeux de cette mutation.

Mon hypothèse théorique de travail est la suivante : développer une culture professionnelle fondée sur la conciliation des réponses sanitaires et sociales doit favoriser un accompagnement plus efficient, permettre de recouvrir une identité institutionnelle et inscrire la structure dans le champ médico-social.

La culture professionnelle est un « construit ». Elle est définie dans le dictionnaire³⁷ comme « *l'ensemble des traditions de structure et de savoir-faire qui assurent un code de comportement implicite et la cohésion à l'intérieur d'une entreprise.* »

Renaud SAINSAULIEU donne une définition plus fine en affirmant qu'il s'agit pour un groupe identifié de « *l'ensemble des façons d'agir, de penser qui constitue des modèles* » (conduites, attitudes...) « *partagés et transmis par les acteurs*³⁸ ».

³⁶ Pour rappel, plusieurs plaintes et signalements de maltraitance ont motivé l'inspection.

³⁷ Le petit LAROUSSE illustré 2012. Page 296.

³⁸ SAINSAULIEU. R. 1997. Sociologie de l'entreprise. Organisation, culture, développement. Presses de SCIENCES PO et DALLOZ. Mayenne. Page 251.

Comme la culture professionnelle est un « construit » groupal, je la recentrerai autour de notions nouvelles telles que le vivre avec, l'accompagnement, le soutien, la prise en compte du parcours. Le FAM doit être conduit pour fonder son organisation propre, développer une culture ainsi que des codes idoines sans pour autant renier son identité originelle et continuer à dispenser les soins médicaux nécessaires.

2.1 Un accompagnement basé sur une union entre les dimensions de résident et de patient.

2.1.1 Comment accompagner au FAM de « La Meynardie » ?

Les troubles des personnes que nous recevons se manifestent par des perturbations psychiques, des déficiences et/ou des retards intellectuels sévères.

Ces manifestations - qui constituent le handicap - génèrent des restrictions de l'autonomie, de la dépendance ainsi que des comportements inadaptés et réclament une surveillance constante et un accompagnement spécifique.

L'étymologie du verbe accompagner signifie : « se joindre à quelqu'un pour aller où il va³⁹ ». Concernant notre champ d'intervention, si je devais définir ce terme, je dirais qu'accompagner c'est être en capacité de répondre aux besoins liés à l'état de santé et à la situation personnelle des résidents, dans l'objectif de prendre en compte l'usager dans sa globalité. C'est-à-dire dans ses dimensions (biologique, psychologique) et dans son environnement sociologique.

Accompagner suppose de croire en l'usager, en ses capacités. C'est-à-dire de valoriser les choix du résident en lui permettant de donner son avis, de recueillir son consentement, d'exprimer un refus même si ces personnes sont gravement handicapées et ce, conformément aux dispositions légales⁴⁰.

Il s'agit d'une posture professionnelle au sein de laquelle il est nécessaire d'être proche, d'étayer la personne accueillie sans pour autant se substituer à elle.

Pour accompagner efficacement, il convient de sérier les besoins personnels donc différents pour chaque résident. Pour atteindre cet objectif, il faudra créer collectivement des outils.

Le FAM apporte une réponse aux besoins biologiques, médicaux et hôteliers. C'est important pour ce public, cependant le service rendu dans cette configuration demeure trop restreint.

³⁹ RULLAC.S. et OTT. L. 2010. Dictionnaire pratique du travail social. Edition DUNOD. Page 1.

⁴⁰ Article L.311-3 du CASF précise que « le consentement éclairé de la personne doit être systématiquement recherché lorsque la personne est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. A défaut, le consentement de son représentant légal doit être recherché. » ANESM. RBPP. 2013. Qualité de vie en MAS et FAM. Volet 1. Page 40.

En effet, l'accompagnement médico-social doit avoir un périmètre plus large qui englobe une dimension quotidienne, médicale et sociale.

Ce point de vue est partagé par Nadine DAMPIERRE⁴¹ qui affirme « *parler de l'accompagnement des personnes dépendantes, c'est parler de l'aide apportée au quotidien dans tous les actes de la vie courante, et de la participation à tous les événements intervenant dans la vie d'un être humain* ».

Alors qu'entendre par la dimension sociale ?

- Partager des moments de vie.
- Créer du vivre ensemble.
- Instituer du lien.
- Favoriser les rapports humains.
- Répondre aux attentes des résidents.
- Analyser ce qui peut mobiliser et/ou mouvoir la personne accueillie.
- Tout en proposant une offre de service qui garantisse aux usagers, aux acteurs et donc à l'institution une inscription dans le champ médico-social.

Cette dimension sociale est essentielle pour l'équilibre de la personne, ainsi Sébastien MULLER écrit « *il y a eu un basculement au sein même de la psychiatrie, qui tend de plus en plus à ramener les troubles psychiques à des défaillances neurologiques qu'il serait possible de compenser par des mesures sociales ou éducatives*⁴² ».

Cette même dimension sociale est constituée de l'ensemble des activités (au-delà de celles liées aux besoins de base) qui participe à amplifier les rapports humains, les interrelations, la socialisation. Plus précisément celles qui contribuent à actionner, cultiver et accentuer les potentialités des résidents aux moyens d'actions - intra et extra muros – à visées plurielles (ludiques, cognitives, éducatives, occupationnelles).

Pour ce public très stigmatisé, eu égard à leurs troubles psychiques et comportementaux, cette démarche est également une perspective salvatrice.

Une discrimination positive pour ces personnes « pas tout à fait comme les autres » visant à une inscription dans la société similaire à celle du citoyen ordinaire. « *Il s'agit de permettre aux personnes d'exercer leur rôle de citoyens et de ne pas être cantonnées à un rôle de bénéficiaires passifs de prestations.... En complément d'une participation à la vie de la structure, la loi du 11 février 2005 a réaffirmé la nécessité pour la personne handicapée ... de participer à la vie de la cité*⁴³ ».

⁴¹ DAMPIERRE N. 2008. « Etre professionnel, témoignage d'une pratique au Clair Bois ». Accompagner la personne gravement handicapée. Edition ERES. Page 113.

⁴² MULLER.S. 2012. « La notion de handicap psychique reste discutable. » Actualités Sociales Hebdomadaires. N° 2762. Page 33.

⁴³ ANESM. Qualité de vie en MAS et FAM. Opus cité. Page 7.

L'enjeu pour notre structure, et à travers elle, pour les professionnels, est de repérer et de respecter les limites psychiques et physiques des résidents afin de les accompagner dans des expériences de vie possibles et acceptables (sous-entendu qui ne les menacent et ne les envahissent pas.) « *Les personnes en situation de handicap psychique sont souvent considérées comme étranges voire dangereuses. Elles sont particulièrement rejetées alors qu'il s'agit de développer un autre positionnement envers elles. Les courants idéologiques véhiculent des représentations erronées sur ces personnes (schizophrènes dangereux). Les considérer sous l'angle du déficit est réducteur et inapproprié alors qu'elles donnent à voir un autre visage de la normalité. Il semble donc toujours utile et important de créer des temps et des lieux de rencontre entre la société civile et le handicap et de chercher à transformer le regard porté sur le handicap*⁴⁴ »

Accompagner au sein du FAM de « La Meynardie » c'est au final et face aux troubles conséquents du public, apporter une offre de service qui inclut deux exigences : celle d'un lieu de soins et celle d'un lieu de vie.

2.1.2 La conjugaison du « cure » et du « care ».

« *Soigner une maladie et prendre soin d'un patient, le « cure » et le « care » de nos amis britanniques, représentent les deux dimensions, en principe indissociables de la pratique médicale. Cependant, l'évolution de ces trente dernières années, la place de plus en plus dominante des techniques liées aux soins, la spécialisation croissante qui en résulte, ont conduit à privilégier l'approche technique aux dépens de l'écoute, de l'analyse clinique et de l'accompagnement d'un malade*⁴⁵ ».

L'anglicisme « cure » signifie traiter, remédier, guérir, il fait référence aux soins dits de réparation. Cette dimension du soin, au sens premier, appartient aux médecins mais aussi – dans l'approche instrumentale - aux infirmiers.

Comme l'affirme Emmanuelle ZOLELIO⁴⁶, il s'agit d'une « *relation lisse* » entre le médecin et son patient dont la motivation est mue par l'objectif de limiter, de lutter contre la maladie.

Le médecin se détache et confie ainsi aux autres acteurs les relations – parfois anxiogènes – avec le malade. « *Nous avons ainsi été plus formés à soigner des maladies que des malades*⁴⁷ ».

⁴⁴ Schéma départemental en faveur des personnes handicapées de Dordogne. 2012–2017. Page 89.

⁴⁵ GALLOIS P. Médecine au quotidien... Soigner et prendre soin : le malade autant que la maladie. Page 1. http://unaformec.org/IMG/pdf/Bon_commande.pdf

⁴⁶ ZOLELIO E. 2012. « La relation chirurgien-patient ». Sciences sociales et santé. Vol.30. N°4. Page 73 à 98.

⁴⁷ GALLOIS. P. Opus cité. Page 1.

Cette notion de « cure » renvoie également à la notion de performance. C'est-à-dire selon François NOBLE le meilleur rapport coût / efficacité / efficience.

Le « cure » est « *le modèle d'une politique de santé uniquement scientifique et technique, concentrée sur de puissantes organisations hospitalières spécialisées et centrées sur le seul soin* ⁴⁸ ».

Cette recherche de la performance portée par une obligation de résultat est omniprésente dans le secteur sanitaire. Cette logique - impulsée par la loi HPST et soutenue par un indicateur phare : la durée moyenne de séjour - impacte et conditionne l'offre de service hospitalière et à travers elle l'organisation.

Cependant, ces références sont bouleversées quand un service médico-social, le FAM, est intégré au sein d'une structure hospitalière et lorsque le public accueilli présente des maladies chroniques qui nécessitent bien plus que des actions médicales ponctuelles.

La nécessité de concilier une logique médicale technicienne et une logique fondée sur la promotion d'utilisateur / sujet de soins prend alors tout son sens face au public que nous accueillons et nous conduit à examiner la notion de « care ».

Ce concept est apparu durant les années 70. Il est traduit en Français par les termes de prêter attention, de prendre soin, de souci d'autrui. Donald W. WINNICOTT⁴⁹ affirme que le soin est un compromis voire une association de « cure » - technique et de « care » - attention à l'autre.

L'éthique du « care » est orientée sur les besoins de l'autre en vue de lui apporter une réponse concrète et adaptée tant dans le champ du soin (de confort ou de réparation) que dans celui de l'accompagnement (pour entre autres, aider la personne dans la gestion de ces troubles).

« Ces deux systèmes (les pratiques de soin et celles de l'accompagnement médico-socio-éducatif) concourent à une même fin : répondre aux besoins des personnes dont l'état de santé et la situation personnelle réclament des soins et de l'accompagnement. Avec les moyens institutionnels, organisationnels et techniques différents, la perspective est convergente, il s'agit de faciliter la continuité de vie des personnes accueillies⁵⁰ ».

⁴⁸ LAFORE.R. 2012. « L'inexorable convergence du sanitaire et du médico-social ». L'inexorable convergence du sanitaire et du médico-social : perspectives pour les associations. » Les cahiers de l'Actif. N°438-439. Page 14.

⁴⁹ WINNICOTT D.W. 1988. « Cure » Conversations ordinaires. Connaissance de l'inconscient. Editions Gallimard. Paris. Page 130.

⁵⁰ PAPAY J. 2012. « Convergences, complémentarités et hétérogénéités des pratiques médico-sociales et sanitaires : vers des dispositifs équilibrés ». L'inexorable convergence du sanitaire et du médico-social : perspectives pour les associations. Les cahiers de l'Actif. N°438-439. Page 81.

L'éthique du « care » consiste à apporter une réponse spécifique qui correspond concrètement aux besoins de la personne accompagnée. Pascale MOLINIER⁵¹ affirme qu'il ne s'agit pas d'une éthique basée sur l'amour mais plutôt d'une conception empathique du travail d'accompagnement.

Cette posture professionnelle réclame une propension à l'observation, à l'identification d'attitudes particulières de ces résidents qui peuvent être dans une absence totale de demande, ne pas avoir accès au langage ou être étrangers à eux-mêmes.

Pour décoder les besoins et y apporter une réponse adaptée, il convient d'accepter les « *identifications croisées* ». C'est-à-dire, selon D.W.WINNICOTT de « *se mettre à la place de l'autre et de permettre à l'autre de se mettre à sa place. Il est indubitable que les identifications croisées enrichissent considérablement toutes les expériences*⁵² ».

Cette éthique du « care », basée sur les notions de sollicitude, conduit les acteurs des champs sanitaire et médico-social à questionner leurs pratiques et par moment à se remettre en question. Ceci de façon directe, c'est-à-dire en entendant, en respectant le souhait du résident mais aussi de façon indirecte, c'est-à-dire en observant et en interprétant le comportement des résidents dépourvus d'expression orale.

Deux illustrations pour étayer ces propos :

- Un ancien médecin des hôpitaux, contractuel au CH, est très réticent, sous prétexte de l'angoisse à venir de la patiente, d'annoncer à une résidente du FAM qu'elle présente une pathologie cancéreuse. Dans la pratique, il apparaît que de nombreux médecins hospitaliers ont tendance à positionner la personne en situation passive et à la percevoir – le handicap étant un facteur majorant – comme objet de soin et non comme sujet.

Or, cette dame détient la capacité pour exprimer un consentement éclairé. Le médecin a d'ailleurs réalisé un certificat en ce sens pour un autre acte médical. Pouvons-nous, sous le seul prétexte de sa vulnérabilité psychologique, de son handicap, engager des soins sans aborder cette question avec elle ?

Comment être en phase avec nos valeurs, si le service et/ou l'équipe décident pour les résidents et ne leur permettent pas d'affronter certains aléas de la vie ?

Nos missions à l'égard de cette dame sont certes de mettre en œuvre toutes les actions pour réduire ou supprimer sa tumeur mais ne sont-elles pas aussi de l'informer, de la confronter à ce principe de réalité ? Sans manquer de la reconforter et de l'accompagner afin qu'elle puisse vivre plus sereinement sa maladie, comme tout un chacun.

⁵¹ MOLINIER P. 2013. Le travail du « care. Editions La Dispute. Page 148.

⁵² D.W. WINNICOTT. Opus cité.

- Un résident n'accédant pas à la parole est traité par injection retard, à une fréquence bimensuelle. Les membres de l'équipe constatent que ce monsieur après cet acte médical est systématiquement bougon et se frotte la zone piquée pendant un long moment.

Bien que ce monsieur ne se plaigne pas (est-il véritablement en capacité de le faire ?) la sollicitude nous dicte d'épargner ce résident des effets incommodes provoqués par l'injection. Le « care » n'est-il pas d'imaginer des dispositions permettant à cette personne de bénéficier d'une prise en charge et d'un accompagnement de confort pour contrecarrer tant ses douleurs que son extrême vulnérabilité ?

Le « care » constitue la partie invisible de l'iceberg qui prend tout son sens dans le champ médico-social. C'est un travail de longue haleine qui mobilise les capacités de la personne, qui restreint les effets négatifs - lors de relations dissymétriques avec le « cure » - qui apporte une réponse singulière face à un besoin identifié. C'est comme l'affirme Jean OURY « *un travail inestimable ... ces gestes, ces attentions représentent, dans le travail de soin, ce qui a le plus de valeur, mais qui échappe à la mesure par les outils de l'évaluation gestionnaire*⁵³. »

L'association du « cure » et du « care » ou le « cæe-cure⁵⁴ » me paraît donc essentielle voire incontournable pour l'accompagnement de ce public qui présente des troubles à géométries et expressions variables.

Troubles qui durant certaines phases de vie vont envahir totalement la personne et donc appeler une réponse prédominante du « cure » mais nécessiter également une attention envers autrui (« care ») accrue pour entendre et accueillir le mal-être et les angoisses liés à la phase aiguë. Ces mêmes troubles pourront s'atténuer ou même transitoirement s'effacer sans pour autant libérer la personne ni de sa pathologie ni de son handicap. Cette alternance entre l'aigu et le chronique va nécessiter un accompagnement constant ainsi qu'une surveillance qui « *s'exerce dans une intention bienveillante*⁵⁵ ».

L'évolution de la culture professionnelle visant à associer cure et care ne pourra se réduire à une décision hiérarchique et ne pourra se décréter unilatéralement. Le FAM étant l'héritier d'une organisation édictée autour de principes sanitaires, les pratiques sont ancrées autour de la notion de « cure. »

⁵³ MOLINIER P. Opus cité. Page 72.

⁵⁴ WINNICOTT D.W. Opus cité.

⁵⁵ CHAVAROCHE P. 2012. L'accompagnement des adultes gravement handicapés mentaux dans le secteur médico-social. Editions ERES. Page 46.

Ce changement devra être porté, conduit et accompagné par le directeur que je suis, afin de développer de nouveaux modes de relations, de coopérations et d'organisations, visant à promouvoir la bientraitance ainsi qu'une approche plus attentionnée du parcours de vie. Ces aspects concrets du changement des pratiques, de l'organisationnel seront abordés dans la troisième partie de mon travail.

2.1.3 La promotion de la bientraitance comme pierre angulaire de l'accompagnement.

Au regard des événements passés au sein de cette structure, je ne peux réaliser cet écrit sans aborder la question de la bientraitance. Comme l'affirme les rédacteurs des Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles (RBPP) « *La bientraitance est donc à la fois démarche positive et mémoire du risque... Elle vise à promouvoir le bien être de l'utilisateur en gardant présent à l'esprit le risque de maltraitance*⁵⁶ ».

Dans ce paragraphe, face à l'importance et l'ampleur de ce thème qui aurait pu constituer à lui seul un sujet de mémoire, je fais le choix de ne pas aborder ici la déclinaison opérationnelle de la bientraitance notamment concernant les impératifs de :

- Respect des rythmes de vie et de l'intimité,
- Prise en compte de l'espace privatif de la personne et de la possibilité d'aménager les lieux,
- Prise en considération des attentes et des préférences des usagers,
- Vigilance particulière lors de l'accompagnement à la toilette et aux soins de confort,
- Respect de la pratique religieuse, de la promotion sociale et de la participation à la vie institutionnelle,
- Evaluation de la qualité du service rendu.

Thématiques auxquelles l'équipe et moi-même portons aujourd'hui une attention particulière et qui font l'objet de nombreux débats lors des réunions, des analyses de pratiques et autres temps pédagogiques. En tant que directeur, mon objectif – dans le cadre de ces différents moments de travail et de réflexion - est de rechercher un consensus fort autour de bonnes pratiques.

Dans ce contexte, les recommandations sont utilisées comme outils favorisant le débat et non comme un élément normatif incontournable. La finalité recherchée est une union étroite de l'équipe autour de valeurs partagées qui mobilisent les accompagnateurs, donnent du sens et dirigent l'action. Les références construites et validées par le collectif en interne sont davantage portées et intégrées que celles qui s'imposent sans concertation.

⁵⁶ ANESM. RBPP. 2008. La bientraitance. Définitions et repères pour la mise en œuvre. Page 13-14.

Je voudrais maintenant mettre l'accent et centrer mon propos sur le management des risques qui me paraît être un aspect important de la bientraitance.

Il appartient à la gouvernance d'impulser voire d'apporter des réponses préventives qui amélioreront le bien-être des usagers dans l'accompagnement du quotidien.

Deux sujets de réflexion vont étayer ce point :

1) Le premier concerne le traitement de la douleur. Je constate que contrairement au secteur sanitaire de l'établissement, et plus particulièrement au SSR, au sein duquel le dépistage et le traitement de la douleur sont très efficaces, les résidents du FAM ne bénéficient pas du même service rendu.

Or la prévention de la douleur renvoie au bien-être physique autant que psychique et en cela contribue à la bientraitance des personnes accueillies.

Je considère aussi que les troubles psychiques et la relation différente à l'autre parasitent le diagnostic autant que la réponse apportée.

En effet, de nombreux IDE (mutualisées avec le service d'EHPAD) ne prennent en compte ni la parole des résidents, ni l'observation clinique des accompagnateurs du FAM, avec pour conséquence une douleur qui n'est pas toujours entendue, qui n'est pas toujours considérée sur un plan somatique mais plutôt mise sur le compte d'un mal-être.

Pour autant, que la cause soit psychique ou somatique, la souffrance est présente, elle est ressentie par le résident. Elle l'envahit et le paralyse dans sa dynamique de vie.

Face à cette problématique, il me paraît opportun de se servir du retour d'expérience du SSR pour d'une part objectiver la douleur et d'autre part, favoriser une conjonction d'approche entre le personnel sanitaire et médico-social.

De plus, en termes de dynamique d'établissement, il me semble nécessaire d'établir des rapprochements entre services, de rompre l'isolement du FAM par l'intermédiaire d'initiatives comme celle décrite ci-dessous.

Le SSR compte parmi son personnel un IDE (référént douleur) qui pourrait être sollicité. Il pourrait proposer à l'équipe pluriprofessionnelle du FAM, une formation afin de se familiariser avec les supports d'évaluations et ainsi être en capacité de les utiliser en fonction des différents modes d'expression des résidents. (Le personnel du SSR travaille avec trois grilles de lecture différentes : une échelle pour les personnes en capacité d'auto-évaluer leur douleur (Echelle visuelle analogique), une évaluation comportementale de la douleur (Echelle Doloplus) et une échelle des visages, proposée par l'ANAES, prévue pour les enfants).

Cette démarche permettrait d'harmoniser les observations, de limiter les interprétations divergentes entre les professionnels du soin et de l'accompagnement et in fine d'améliorer le service rendu.

Je compte stabiliser cette pratique par le biais d'une procédure rédigée collectivement.

En complément, je pense nécessaire de recruter un IDE n'intervenant qu'au FAM si possible formé à la prévention et au traitement de la douleur ainsi qu'à l'utilisation du protoxyde d'azote (MEOPA) dans le but d'améliorer la relation aux soins pour les résidents particulièrement sensibles ou particulièrement angoissés face à eux.

De même, le rapprochement avec le service de consultations « douleur » du CH de Périgueux devra être envisagé pour les résidents vieillissants qui présentent des pathologies plurielles et douloureuses outre les troubles initiaux.

2) Le second sujet concerne les chutes. Les RBPP⁵⁷ précisent que « *les structures prennent toutes les mesures nécessaires pour garantir la sécurité des personnes par l'identification et la prévention de tous les risques concernant spécifiquement les populations qu'elles accompagnent.* »

L'établissement possède un logiciel d'analyse et de traitement interne des chutes qui se nomme « LANTICHUTE – MSA ».

Les analyses des chutes - réalisées par le service qualité, sur plusieurs années - mettent en évidence que les résidents du FAM chutent moins que les personnes hébergées dans les autres services. Pour autant, ces chutes sont plus conséquentes et nécessitent plus souvent l'intervention du médecin. Au-delà du protocole de gestion des chutes prévu au niveau de l'établissement et applicable lors de chaque événement de ce type, il me semble indispensable d'utiliser les conclusions de ces analyses pour d'une part, optimiser l'agencement des locaux et d'autre part, réinviter ces conclusions au sein de certains Projets Personnalisés d'Interventions (PPI).

En effet, dans le management des risques, il me paraît nécessaire de trouver un équilibre (notions de bénéfice/risque) entre la responsabilité du directeur et le maintien de l'autonomie du résident en toute sécurité.

A titre d'exemples, ces analyses me permettent d'identifier que trois piliers positionnés en alignement dans le couloir constituent des entraves, qu'il est impossible de déplacer, mais qui pourraient être mises en évidence par des effets de couleur, de même, que l'éclairage nocturne doit être revu dans certaines zones trop sombres.

Ces mêmes conclusions pourront également conduire tant à alimenter les objectifs des PPI qu'à modifier l'organisation. En effet, cette objectivation des besoins concourt à formaliser des réponses qui se traduisent par la mise en place d'une nouvelle organisation. Ainsi, je pense solliciter la psychomotricienne afin qu'elle organise, en compagnie d'un accompagnateur, des séances hebdomadaires de gymnastique dans l'objectif de tonifier et apprendre aux résidents (identifiés comme des chuteurs récurrents) à tomber moins lourdement.

⁵⁷ ANESM. RBPP. La bientraitance. Opus cité. Page 25.

Bien qu'il s'avère impossible de prévenir toutes les chutes, il est néanmoins envisageable grâce à cette prise en charge, d'en limiter les conséquences en termes de traumatismes et d'autonomie.

2.2 Un projet de vie qui prend en considération le parcours de la personne

2.2.1 Un raisonnement en termes de parcours pour maintenir l'esprit de la loi 2005-102.

La loi 2005-102 du 11 février 2005 prône une égalité des chances de traitement pour les personnes en situation de handicap et promeut la notion de « *projet de vie* ». L'enjeu primordial demeure un changement de modèle, en passant d'une culture de traitement de dossier (très centralisée) à celle de bientraitance, focalisée sur l'intérêt et l'écoute des personnes.

Cette notion de « *projet de vie* » centrée sur l'évaluation des besoins est l'un des fondements de la loi de 2005 « *le parcours, présent notamment dans la loi Handicap de 2005, via le projet de vie, est une vision portée par les usagers et leurs représentants*⁵⁸ ».

La création des MDPH est la déclinaison pratique de cette intention. Elles constituent une importante avancée pour le secteur du handicap. En effet, auparavant, les CDES et autres COTOREP statuaient au regard du taux d'incapacité de la personne sur le type d'aide à apporter et par là même accordé. Ces décisions étaient quelquefois pour ne pas dire assez souvent incomprises et douloureuses tant pour la personne handicapée que pour ses proches.

Depuis 2005, par l'effet de la reconstitution des membres siégeant (une équipe pluridisciplinaire), les Commissions des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) procèdent à une évaluation plus globale de la situation et des besoins des personnes en situation de handicap.

Le concept législatif de « *projet de vie* » commué en parcours de vie « *qui nous ramène aux étapes du quotidien*⁵⁹ » est axé sur les aspirations de la personne et met en exergue les notions de soin, de santé ainsi que toutes les dimensions sociales de la vie. « *L'égalité des chances, c'est d'offrir à chacun la possibilité de réaliser son propre parcours, d'aller au maximum de ses capacités, d'accomplir en actes ces ferments que l'on appelle un potentiel*⁶⁰ ».

⁵⁸ BLOCH. M.A. 2014/12. « Il faut une innovation intégrative. » Directions. N°126. Page 25.

⁵⁹ CHOSSY J.F. 2011. Opus Cité. Page 79.

⁶⁰ CHOSSY. JF Opus Cité. Page 21.

2.2.2 Face au handicap psychique, une nécessaire coordination.

Comme évoqué plus avant, le handicap psychique présente des oscillations de façon certainement plus marquée que les autres maladies chroniques. Les médicaments tendent à stabiliser les personnes mais pour autant ne les guérissent pas.

La nécessité d'une prise en charge médicale au long cours demeure pour ajuster les traitements, pour anticiper, dans la mesure du possible, les phases aiguës et ce, dans l'objectif d'éviter l'hospitalisation.

L'enjeu est fort car l'inadéquation du traitement ou de la prise en charge entraîne de facto, la majoration des troubles et peut rapidement avoir un impact sur les droits fondamentaux de la personne. A savoir, une hospitalisation sans consentement (sous contrainte).

Pour ces personnes présentant des situations chroniques complexes, il apparaît donc que le cloisonnement entre les services ou les établissements sanitaires et médico-sociaux peut s'avérer délétère voire contre-productif.

Pour lutter contre ce possible écueil, il me paraît primordial de développer pour les résidents que nous accueillons une logique de parcours. Face à la maladie psychique et à l'aspect chaotique des troubles, nous savons que certains usagers devront, à un moment de leur cycle de vie, être hospitalisés. Cependant si un travail efficace a été mené (en termes de coordination) pour préparer, organiser, accompagner le résident dans cette démarche, je soutiens qu'il ne s'agit pas d'une rupture mais d'une réponse face à l'évolution du besoin de la personne.

En revanche, lorsqu'un résident est hospitalisé en urgence en secteur psychiatrique, bien que nous maintenions le lien (téléphonique et physique), de ma place de directeur, je me questionne sur l'organisation. Souvent, je constate un dysfonctionnement dans le partage de l'information ou bien que la criticité d'un événement n'a pas été évaluée à son juste niveau et nous confronte à « *une rupture potentiellement évitable*⁶¹ ».

« *La fragilité des personnes affectées par ce handicap (psychique), la difficulté à évaluer leur efficience ... mettent en évidence la nécessité de disposer d'actions et de lieux spécifiques coordonnés. Au regard de la diversité et de la complexité des interventions à prévoir, il est indispensable de pouvoir, à terme, s'appuyer sur des cadres d'intervention structurés et légitimes pour rendre un service adapté et sur mesure*⁶² ».

⁶¹ BLOCH.M.A et HENAUT L. 2014. Coordination et parcours. La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social. Editions DUNOD. Page 170.

⁶² CHOSSY J.F. Opus cité. Page 99.

Cette coordination et ce décloisonnement me paraissent d'autant plus indispensables et incontournables lorsque (c'est le cas pour cet établissement) nous sommes implantés au sein de territoires ruraux présentant une certaine forme de désertification médicale.

Je développerai ultérieurement les incidences de cet état de fait.

2.2.3 Une conjonction des parcours de soins et de vie pour optimiser la réponse face aux besoins.

Le respect de la singularité de chaque situation est un acte fort de bientraitance. Chaque résident vit de façon différente son handicap ainsi que les problèmes de santé connexes. La notion de parcours de vie intègre les notions de parcours de soins et de santé.

Concernant le public accueilli, le parcours de soins s'imbrique étroitement dans le parcours de vie et y détient une place déterminante, sinon prépondérante. Il convient donc de proposer à la personne une offre adaptée et cohérente qui réponde à l'ensemble de ses besoins mais aussi de ses attentes et préférences lorsqu'elle est en capacité de les exprimer.

Pour répondre à cette commande, nous construisons collégalement et en partenariat avec le résident et/ou son représentant légal (par l'intermédiaire du PPI, de réunions, de synthèses, de staff médico-psycho-éducatif) des solutions ad hoc pour faire face à l'avancée en âge des résidents ou à une évolution des besoins, des attentes.

Cette approche demande de développer des stratégies internes et externes.

En interne, nous avons l'avantage d'exercer au sein d'un établissement fournissant une offre de service diversifiée (sanitaire et médico-sociale) qui s'avère complémentaire dans certaines situations. Nous pouvons organiser le transfert de résidents du FAM vers l'EHPAD de « La Meynardie » lorsque ces personnes n'imaginent pas vivre ailleurs ou lorsqu'elles ne trouvent pas de structures dédiées au grand âge et/ou adaptées à leurs troubles et à leurs besoins de soins. Grâce à ce possible, les personnes peuvent garder leurs repères et de fait, l'angoisse face aux changements peut être minorée. De même, face à la dégradation rapide et irrémédiable de l'état de santé de certains résidents, nous pouvons également, dans le cadre d'un parcours de soins harmonieux, les transférer vers le SSR. Le SSR étant pourvu d'un plateau technique adapté pour prodiguer des soins (dont ceux de fin de vie). Cette opportunité a également un impact favorable sur le parcours de vie. En effet, la proximité des lieux permet aux personnels du FAM ainsi qu'aux résidents qui le souhaitent, de soutenir et d'accompagner ces personnes jusqu'au dernier moment.

Quelquefois, la conciliation des troubles et d'un projet de vie orienté vers un ailleurs réclament des organisations plus élaborées. Par exemple, un résident cérébro-lésé, ayant le souhait d'une réorientation, doit être hospitalisé pour affiner son projet sur une Unité d'Evaluation, de Réentraînement et d'Orientation Sociale et/ou Professionnelle (UEROS) durant 12 semaines.

Nous ne pouvons « geler » le lit durant cette période. Pour contrecarrer cette difficulté, je trouve des solutions alternatives par le biais de convention dans l'objectif d'organiser des permutations de personnes et par là même de réaliser des évaluations mutuelles.

Dans ce cas d'espèce et face à l'inquiétude du représentant légal, d'être confronté à une radiation de l'aide sociale pour son protégé, j'ai négocié avec la personne ressource du conseil départemental afin d'obtenir des garanties.

Dans une autre intention, nous avons également, avec l'accord de l'autorité de tarification, gelé un lit sur une période de 15 jours afin de répondre au projet de vie d'un résident présentant de forts troubles du comportement.

Enfin, le recrutement d'un IDE - dédié au service et sensibilisé à cette typologie de public – permet d'optimiser le parcours de santé et ainsi d'avoir un impact positif sur le parcours de vie.

Ce professionnel – en coopération avec l'équipe pluridisciplinaire – informe et mobilise les résidents sur la transformation de leur corps, sur l'importance de bouger, de se dépenser, sur les enjeux d'un suivi efficace en termes de santé. La promotion de la santé est une démarche collective – portée par l'ensemble des membres de l'équipe.

Elle s'avère complexe car dirigée vers des personnes qui pour certaines ne portent aucune attention ou marque de respect envers leur corps.

Des stratégies sont alors pensées et déployées en équipe pour accompagner la personne dans les conditions les plus appropriées. Ces actions d'accompagnement ont pour finalité d'apporter un soutien, un réconfort, un dépassement de soi.

A mon sens, la qualité d'interactions entre les personnels de soins et d'accompagnement est donc déterminante pour l'optimisation ainsi que la fluidité des parcours de la personne accueillie.

2.2.4 Synchronisons prise en charge et accompagnement pour limiter les ruptures dans le parcours.

« Il est vrai que les deux exigences, celle du lieu de vie et celle du lieu de soins, peuvent entrer en concurrence, voire en conflit, car elles reposent sur deux cultures différentes : celle du soin est plutôt rigoureuse, prescrite, individualisée alors que celle de la vie ordinaire est plutôt spontanée et plus sociale. Les habitus professionnels y sont aussi dissemblables ... pour les uns c'est la dimension de la maladie qui s'impose, alors que pour les autres, c'est celle du handicap⁶³ ».

Pour limiter les ruptures dans le parcours des personnes accueillies, il me semble nécessaire d'articuler les relations entre les deux champs présents celui du soin et celui de l'accompagnement.

⁶³ CHAVAROCHE.P. Opus cité. Page 49-50.

La difficulté de coopération entre les professionnels de santé et les professionnels de l'accompagnement au quotidien, provient très certainement de leurs parcours de formation et au-delà, comme l'affirme Philippe CHAVAROCHE⁶⁴, d'une perception et d'une approche différente du handicap.

Ces relations par moment difficiles ne sont pas à l'abri de s'enkyster, de cliver l'équipe et ce, au détriment de la personne accompagnée.

Cette difficulté lorsqu'elle s'exacerbe entraîne le résident (par effet miroir) dans une spirale de la rupture. C'est à dire vers une hospitalisation qui aurait pu être évitée si le soin était venu en renfort de l'accompagnement ou si l'accompagnement était venu en renfort du soin.

Cet écueil peut être réduit par une harmonisation entre pratiques sanitaires et sociales et par une transmission plus efficace des informations.

Ceci renvoie à la notion de coordination. La coordination mérite d'être pensée dans le but d'optimiser les interactions et, in fine, d'améliorer la qualité du service rendu.

Concernant le FAM, j'ai développé deux instances de coordination à portée multiple.

La première, très usuelle dans la plupart des établissements médico-sociaux, est la réunion de service. A mon arrivée, le médecin ne participait pas à cette réunion. Il travaillait uniquement en lien étroit avec les IDE présents de façon aléatoire, en fonction de leur planning géré par un cadre de santé.

Face à cette situation inconfortable pour l'ensemble des collaborateurs et inopportune en termes d'approche globale des situations, je sollicite dorénavant la participation du médecin sur un temps spécifique de la réunion. Ce temps est guidé par un ordre du jour « clinique », écrit et transmis aux participants la veille de la réunion.

Les médecins hospitaliers ont, pour la plupart, peu l'habitude de travailler avec un large panel de professionnels qui questionnent, échangent, donnent leur avis. Ces relations, plus horizontales, peuvent les laisser penser que le collectif s'immisce dans un champ de compétence qui ne leur appartient pas et de facto, être ressenties par le médecin comme un parasitage. Or généralement l'intention du personnel ne se situe pas à ce niveau, les acteurs s'autorisent ces interventions du fait de leur relation proche et de leur connaissance affinée de la situation des résidents.

Cette approche globale et pluridisciplinaire qui transcende la seule démarche médicale me semble en phase avec les missions dévolues à ce type d'établissement. « *Ceux qui ont étudié les prises en charge des personnes en situation de handicap psychique se disent frappés de voir que les acteurs du social sont quasiment absents des commentaires des médecins*⁶⁵ ».

⁶⁴ CHAVAROCHE.P. 2006. Le projet individuel. Repères pour une pratique avec les personnes gravement handicapées mentales. Editions ERES. Page 82-86.

⁶⁵ BLOCH. M.A., HENAUT. L. Opus Cité. Page 192.

Pour autant, de ma place de directeur, il convient d'entendre la difficulté du médecin face à ce collectif et ainsi d'éviter une division entre des cœurs de métier qui se doivent de collaborer.

Alors comment répondre à ces impératifs ? La mise en place d'un staff médico-psycho-éducatif, en comité plus restreint, comprenant le médecin, la psychologue, l'IDE, l'éducatrice spécialisée (ES) et moi-même peut être une réponse adaptée. Ce staff peut permettre de réfléchir, d'échanger autour des situations les plus complexes en « exfiltrant » la subjectivité. Les sentiments de certains professionnels de terrain sont quelquefois divergents et très souvent exacerbés en période de difficulté.

Il peut favoriser également de pré-coordonner les soins et l'accompagnement pour gagner en efficacité lors de la réunion de service.

Il s'avère être un outil d'anticipation dans le sens où, il est possible d'évoquer des situations qui paraissent se détériorer et de réfléchir à des solutions à proposer aux professionnels de terrain en cas d'aggravation des troubles, ce qui n'est pas forcément réalisable lors des réunions de service.

Enfin, ce travail partenarial (médico-psycho-éducatif) génère une normalisation des émotions grâce à la position d'interface que jouent l'IDE, l'ES et la psychologue entre le médecin et l'équipe d'accompagnateurs. Ce dispositif permet de réguler et d'harmoniser les relations interprofessionnelles.

2.2.5 Une coopération pour assurer la fluidité du parcours et s'adapter au territoire ainsi qu'à l'isolement.

« Par ailleurs, malgré les efforts déployés par les pouvoirs publics, il existe un certain nombre de laissés pour compte. Tout d'abord, les territoires défavorisés en termes d'offre au regard des besoins de leur population : offre insuffisante mais aussi offre éclatée, qui rend les parcours des personnes en situation chronique difficile⁶⁶ ».

La réflexion en termes de parcours induit obligatoirement une prise en compte du territoire. L'établissement se situe dans un département rural marqué par la désertification médicale.

Pour autant, en ce qui concerne la réponse aux problèmes somatiques, les résidents du FAM bénéficient d'une prise en charge performante grâce aux médecins employés par le CH et à l'intervention de trois médecins généralistes libéraux des communes environnantes qui assurent la continuité médicale par le biais de gardes nocturnes et de week-ends.

Le point de vigilance apparaît au niveau de la prise en compte des problèmes d'ordre psychique car il n'y a pas médecin psychiatre salarié au sein du CH.

⁶⁶ BLOCH.M.A et HENAUT L. Opus Cité. Page 270.

En dépit de leurs troubles psychiques, la majorité des résidents du FAM voit leur traitement peu ou prou évalué par un spécialiste et seulement réajusté s'il le juge nécessaire, par un médecin généraliste de l'établissement.

Lors des phases aiguës, les résidents sont hospitalisés la plupart du temps en urgence.

Pour pallier cette difficulté, le CH de « La Meynardie » a conventionné avec le CHS du département - distant de vingt-deux kilomètres – pour bénéficier de la compétence d'un médecin psychiatre sur la base de 0,2 ETP. Cependant la difficulté de recrutement, en lien avec la pénurie de ce profil de médecin au niveau national, a empêché et maintient inefficace cet accord.

Cette situation est inconfortable pour tous : pour le résident qui subit une hospitalisation souvent contrainte ainsi qu'une rupture dans son parcours de vie ; pour le CHS qui doit gérer la crise ; pour le FAM sur lequel plane une carence de savoir-faire face à la gestion des situations difficiles et/ou de crise.

Avec la psychologue de l'établissement, nous décidons donc de nous rapprocher du CHS afin d'examiner les marges de manœuvre ainsi que les modalités pour (dans la mesure du possible et des moyens matériels et humains) anticiper la phase critique et ainsi limiter l'hospitalisation des résidents du FAM.

Une réponse par l'intermédiaire de la sectorisation psychiatrique et plus précisément du Centre Médico-Psychologique (CMP) peut être actionnée.

Aujourd'hui ce dispositif – géré par un médecin psychiatre du CHS avec qui nous maintenons une relation de proximité – assure le suivi psychiatrique de tous les résidents du FAM selon une fréquence définie par le médecin lui-même.

Il s'agit d'une solution de bon sens pour diverses raisons :

- Elle offre une évaluation ainsi qu'un suivi des troubles psychiques. Ce qui faisait défaut au sein de notre établissement et qui conduisait à des situations par moment, inextricables et douloureuses, tant pour les résidents que pour les personnels (sentiment d'impuissance et de culpabilité.)
- Elle limite les hospitalisations donc les ruptures du parcours de vie des personnes accueillies au FAM.
- Elle permet au médecin psychiatre de connaître les personnes, les troubles, les pathologies et ainsi d'aborder différemment les hospitalisations qui au demeurant ont baissé de façon considérable.
- Elle favorise les liens entre médecins des deux CH.
- Ce travail de proximité permet également de réduire les délais d'attente lors de dégradations et/ou de majorations rapides des troubles.

Cette démarche a parallèlement permis au FAM d'œuvrer dans la direction définie par la politique territoriale de santé en garantissant une meilleure prise en compte des troubles.

Par ce rapprochement, cette articulation plus performante entre CHS et structure/service médico-social, nous contribuons à renforcer la qualité des soins.

Le personnel d'accompagnement du FAM perçoit l'enjeu. Il est aisé de le fédérer autour de cette action de coopération qui constitue, par ailleurs, une déclinaison départementale du Projet Régional de Santé Aquitaine (PRSA).

A ce titre, il organise, plusieurs fois dans l'année depuis 2013, des rencontres inter-établissements, à connotation sportive et/ou ludique, avec notamment plusieurs services du CHS. Ces rencontres permettent aux résidents du FAM, aux hospitalisés et aux personnels de se rencontrer, de se connaître. Une plus-value à double sens, en cas d'hospitalisation ou de demande d'admission, respectueuse du parcours de vie.

2.3 La conduite du changement et la mobilisation des acteurs

Jean-Marie MIRAMON⁶⁷ affirme que la démarche de changement est un processus qui requiert de l'anticipation, de la préparation et de la structuration. Le dirigeant doit évaluer le capital initial et s'adapter transitoirement aux circonstances pour répartir le facteur humain différemment et ainsi obtenir d'autres modes de fonctionnement. Manager le changement, c'est donc, prioritairement, accompagner la transformation des professionnels.

2.3.1 Un diagnostic de l'existant pour accompagner le changement

Didier NOYÉ certifie que toute démarche de changement doit être fondée sur « *une bonne analyse*⁶⁸ » et doit donc débiter par une phase de diagnostic.

Pour ce qui concerne le FAM, le diagnostic a été posé par la mission d'inspection. Il est mis en évidence que la délimitation ferme des champs de compétences, les relations de pouvoir marquées entre les différentes disciplines et acteurs ne favorisent ni les coopérations ni l'inter professionnalité incontournables dans une approche médico-sociale.

Au final, cette organisation assez rigide dont les modes de fonctionnement sont guidés par les protocoles, le cloisonnement, les relations verticales et le secret, cumulée à une approche thérapeutique n'est pas parvenue à « gérer les conflits et problèmes engendrés par ses relations à un environnement turbulent⁶⁹ ». Or ces personnes accueillies présentant une forte complexité médico-psycho-sociale constituent cet « *environnement turbulent* ».

⁶⁷ MIRAMON.JM. 2004. Manager le changement dans l'action sociale. Editions ENSP.

⁶⁸ NOYÉ.D. 2002. « Réussir les changements difficiles ». Manager les équipes. Les cahiers de l'actif. N°314-317. Page 247.

⁶⁹ CROZIER.M., FRIEDBERG. E. 1992. L'acteur et le système. EDITIONS du SEUIL. Page 218.

Ces conclusions de l'inspection ainsi que les recommandations (qui n'avaient pas été transmises à l'équipe pour ne pas générer de conflit supplémentaire) ont été un support pour légitimer le changement et ainsi entraîner une prise de conscience collective de sa nécessité.

2.3.2 La mise en valeur des compétences acquises.

La notion de changement est en interrelation étroite avec celles de compétence et de coopération. Pour aspirer à un changement, il convient de faire évoluer les compétences. La compétence individuelle est une combinaison de savoirs et d'expériences ainsi que de retours d'expérience obtenus par une confrontation à l'action.

Pour Dominique GENELOT « *la compétence est une construction permanente. Elle est contextualisée (une personne compétente dans une situation donnée ne le sera pas forcément dans un autre contexte), multidimensionnelle (elle ne se réduit pas à la seule technicité), évolutive (on peut devenir compétent, on peut également perdre ses compétences si le contexte change)*⁷⁰ ».

Cependant la compétence collective, globale d'un service / d'un établissement a un spectre plus large. Elle se manifeste par la capacité à bâtir collectivement des réponses adaptées aux différentes situations vécues et ce, « *par une combinaison de compétences individuelles, de compétences collectives, de compétences organisationnelles*⁷¹ ».

Les enjeux pour le directeur sont :

- d'identifier les personnes qui seront en capacité d'échanger, de partager leurs compétences (en cela le ciblage de ces personnes en interne et lors de la phase de recrutement est essentiel, nous l'aborderons plus tard dans la troisième partie),
- de mettre en place des organisations favorables à la coopération « *pour générer de l'efficacité collective*⁷² » ainsi que des outils facilitant les co-constructions et la rencontre entre les différents métiers,
- d'inciter et de faciliter des réponses différentes en termes de registres d'actions et de postures par la rencontre d'autres établissements.
- de sérier les savoir-faire développés antérieurement qui répondent à un pan de la mission. Concernant le FAM, certaines pratiques en lien avec les soins doivent être conservées. Le changement ne s'opère pas sur toutes les dimensions.
- de rassurer les collaborateurs durant cette période d'entre-deux, génératrice de doute, d'incertitude voire d'angoisse.

Il convient de mettre en confiance les acteurs en définissant les objectifs, en donnant de la visibilité et en les installant dans l'action.

⁷⁰ GENELOT.D. 2011. Manager dans la complexité. Réflexions à l'usage des dirigeants. 4^{ème} édition. Editions INSEP CONSULTING. Page 281.

⁷¹ GENELOT D. Opus Cité. Page 281.

⁷² GENELOT.D. Opus Cité. Page 283.

La complication réside dans le contexte. Le poids de l'histoire ainsi que le lieu d'implantation du FAM au sein même du CH contribuent à renforcer la difficulté pour opérer le changement. « *Les construits d'actions collectives une fois institués sont en même temps des obstacles à l'apprentissage, c'est-à-dire à l'invention de nouveaux construits*⁷³ »

Face à cela, j'émet l'hypothèse que :

Le développement d'une organisation plus souple, par l'intermédiaire d'actions multiples associant les acteurs paramédicaux, socio-éducatifs et médico-techniques, engendrera des réponses nouvelles en termes de service rendu.

Le déploiement d'espaces de pensées / de réflexions collectives autour de constructions endogènes contribuera à accentuer le sens de l'action au regard des missions.

Les possibilités d'expérimentations, d'apprentissages soutenus par la nouvelle organisation vont conditionner la capacité des acteurs à organiser leur coopération et à harmoniser leur identité et ainsi, permettre à l'équipe d'exister de façon cohérente et plus pertinente.

Il me paraît essentiel que le directeur s'emploie à fabriquer du collectif, à donner sens au vivre ensemble.

2.3.3 La mise en œuvre de conditions favorables pour le développement de nouvelles compétences

Il appartient au directeur et par déclinaison à la chaîne de décision de mobiliser les acteurs du système et de faire vivre les missions.

Les lois, règlementations et recommandations sont des références construites à l'extérieur du système. Elles peuvent s'avérer peu compréhensibles pour certains agents, en l'occurrence les moins qualifiés.

Il est utile de les « décrypter », de les traduire par l'intermédiaire de procédures, de valeurs, pour mettre ou redonner du sens aux actions / aux missions.

Le directeur doit maintenir une dynamique collective qui peut être résumée par la question suivante : « Que fait-on ici ? ».

Mon travail consiste à garantir que le fonctionnement institutionnel maintienne de façon omniprésente cette question et au travers elle, la qualité du service rendu.

Cette démarche me paraît d'autant plus essentielle au sein de cette structure car le cadre institutionnel « *trouvé et créé*⁷⁴ » est très souvent mis en tension par le comportement de ces personnes accueillies et en grande souffrance.

⁷³ CROZIER.M., FRIEDBERG.E. Opus Cité. Page 394.

⁷⁴ CHAVAROCHE P. L'accompagnement des adultes gravement handicapés mentaux dans le secteur médico-social. Opus Cité. Page 87.

Face à la complexité, il me paraît important d'être un directeur qui rassemble. C'est-à-dire qui identifie les compétences, qui développe la complémentarité, qui valorise les initiatives, qui donne aux collaborateurs la possibilité d'être force de proposition et également qui permette le tâtonnement expérimental (concerté, réfléchi en amont afin de ne pas mettre l'usager dans une position vulnérable) et ce, pour diversifier les réponses apportées.

La cohésion et la cohérence d'équipe se construisent ; elles se nouent avec la mise en place des groupes de travail ainsi que des espaces d'échanges.

J'organise et participe à des groupes de travail pour développer la coopération entre les agents.

Au-delà de la concertation et de la coopération, cela nous permet, en premier lieu, de toiletter certains documents par exemple : le contrat de séjour, le règlement de fonctionnement mais aussi d'en créer de nombreux autres comme : le livret d'accueil, les procédures d'admission, de sortie, de PPI ... En second lieu, de multiplier les espaces d'échanges et de négociations. En effet, la cohésion entre les acteurs, la reconnaissance face à l'engagement passe également par la prise en compte de la parole des agents.

L'équipe bénéficie d'une séance mensuelle d'analyse des pratiques professionnelles organisée par un organisme Girondin. Cette disposition vient en soutien et renfort de la démarche de changement.

Ce tiers – mais également cet allié pour le directeur – peut travailler sur les représentations négatives face au changement ; peut endosser une fonction de facilitateur auprès des acteurs se sentant (du fait du changement) désappointés voire démunis. « *Il faut notamment qu'il existe des espaces pour penser et des lieux pour parler, y compris au-delà des temps et des espaces institutionnalisés habituels, de façon, à maintenir un questionnement toujours ouvert. Cela suppose d'interroger les pratiques, d'en parler...*⁷⁵ ». J'aborderai, à nouveau en quelques lignes, ce point dans la troisième partie.

2.3.4 Une communication ciblée concernant le changement et l'évolution de l'organisation.

Dans le cadre d'un processus de changement, la communication visant à la construction d'un projet collectif est essentielle et impérative, à la condition qu'elle ne soit pas uniquement un outil d'information. La communication doit tabler sur des échanges ascendants et descendants en vue d'assurer une connaissance collective et au travers elle, encourager l'implication.

⁷⁵ HAERINGER.J., TRAVERSAZ.F. 2002. Conduire le changement dans les associations d'action sociale et médico-sociale. Editions DUNOD. Page 114.

La politique de communication appartient à la direction et relève de sa stratégie « *Elle (la communication) l'est à un tel point (au centre d'un processus d'émergence) qu'on peut se demander si la stratégie de communication n'est pas première par rapport à la stratégie tout court*⁷⁶ ».

Concernant le FAM, les événements de maltraitements, les enquêtes sur site des services de gendarmerie ont eu un effet négatif et ont détérioré l'image de ce service tant au sein du CH qu'au niveau du territoire. Il convient de restaurer la confiance des partenaires obligés, nécessaires et utiles, ainsi que des familles.

Pour reprendre une citation d'EINSTEIN, *il est plus facile de désintégrer un atome que de détruire un préjugé.*

Il est impératif d'instaurer des échanges pour revendiquer le changement, les évolutions, basées sur une interpénétration de la prise en charge et de l'accompagnement au sein de cette organisation.

Pour cela, je provoque des opportunités.

En interne, il est important d'explicitier la démarche médico-sociale. Ces missions ainsi que l'offre de service qui en découle sont peu ou prou connues dans le secteur sanitaire. La question de mon rôle est donc cruciale, je dois être identifié comme l'acteur incontournable du secteur médico-social de l'établissement. A ce titre, il me paraît important de participer aux instances pour y représenter le FAM et y apporter ma connaissance précise de cette clinique.

Le directeur du CH a validé ma demande en intégrant dans ma fiche de poste une participation permanente aux instances suivantes : CS, Directoire, CHSCT, CTE, Commission de formation.

Je considère cette possibilité de siéger au sein des instances comme une occasion à ne pas rater. Elle me permet de repositionner le service au regard des missions, de véhiculer ma vision projective pour le FAM, de revendiquer la prise en considération tant des besoins (c'est-à-dire ce qui apparaît comme essentiel et utile aux résidents), que d'une écoute précautionneuse des attentes (c'est-à-dire des souhaits d'ordre plus subjectif).

Et au-delà de rassurer les membres siégeant, de démontrer qu'un service rendu, référencé / fondé sur le potentiel, les capacités individuelles ainsi que l'intérêt des résidents, est accompli à ce jour.

Concernant la communication externe, il faut indiquer à l'environnement que le FAM est en train de sortir de cette période tumultueuse.

Je saisis pour cela toutes les opportunités offertes par le travail et la fonction (rencontres, synthèses, réunions) avec d'autres directeurs ou d'autres cadres.

⁷⁶ GENELOT. D. Opus Cité. Page 319.

J'incite les membres de l'équipe à pratiquer de la même façon, afin de mettre en valeur leurs expériences professionnelles lors des différentes rencontres auxquelles ils participent.

Parallèlement, lors de demandes d'admission ou d'informations, pouvoir mettre en relief une réflexion collective (matérialisée par des plaquettes que l'on diffuse et/ou des procédures de travail sur lesquelles on communique) donne immédiatement une image de l'institution plus affinée, plus professionnelle.

De plus, toujours avec la contribution de l'équipe, nous créons des opportunités de communication et ce, par la réalisation de différentes manifestations.

Evénements que je parviens à faire médiatiser au niveau local et quelquefois au niveau départemental.

Ces opérations de médiatisation, au-delà de l'impact sur le territoire, sont aussi une marque positive, à l'attention du personnel, une forme de reconnaissance de leur implication et engagement.

2.4 Conclusion de la deuxième partie

Cette démarche de changement de culture pour fixer le FAM dans une dimension médico-sociale, conciliant la prise en charge sanitaire et l'accompagnement, nécessite d'être pilotée. La culture est un construit qui – comme l'affirme Renaud SAINSAULIEU – est un savant rapport entre le « *transmis et l'appris* ». Le « *transmis* » est porté par une réalité historique, centrée ici sur le soin et qu'il convient de ne pas désavouer.

Quant à « *l'appris* », il provient des pratiques, des expérimentations que le directeur devra impulser au travers d'actions respectueuses du parcours de vie, bienveillantes et prenant en compte la personne dans sa globalité.

Ces intentions vont se concrétiser par la valorisation des différentes compétences, par leurs articulations autour d'outils garantissant de nouvelles références de travail et par la réflexion collective autour de projets promettant l'ancrage de cette nouvelle culture. C'est tout l'objet de la dernière partie de mon travail.

3 Les étapes de la conciliation sanitaire et médico-sociale

Comment réaliser ce changement de culture ?

Mon hypothèse opérationnelle afin de promouvoir la conciliation entre les dimensions sanitaire et médico-sociale est de reconsidérer et d'apporter des ajustements au niveau des champs des ressources humaines, institutionnel et partenarial.

Selon Michel CROZIER, le pilotage d'un changement de culture est un processus marqué par des « *actions et réactions* » mais aussi par des « *négociations et coopérations* » qui impliquent et fédèrent les acteurs lorsqu'ils s'emparent de la démarche.

Dans le cas de figure du FAM, cette démarche s'inscrit dans un contexte de travail déjà formalisé, elle prendra donc plus de temps⁷⁷. Je devrais, dans ma position de directeur, être attentif durant cette période d'entre-deux, aux résistances liées aux habitudes de travail et, pour une minorité de professionnels, aux doutes.

Je conclurai cette partie en proposant des outils qui permettront d'évaluer la justesse de ce changement de culture ainsi que la qualité du service rendu aux résidents.

3.1 Les ressources humaines, point nodal de la mise en œuvre d'une démarche de conciliation au service du résident/patient.

La réalité de terrain engage la chaîne de décision à trouver de judicieuses répartitions et contributions du personnel afin de répondre au mieux aux exigences des situations rencontrées.

3.1.1 Favoriser la pluridisciplinarité grâce à un réajustement de l'équipe.

En référence au décret du 20 mars 2009 « *relatif aux obligations des établissements et services accueillant ou accompagnant des personnes handicapées adultes n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie* », le directeur est le garant de la qualité d'accompagnement des résidents. Il appartient à ce dernier de composer une équipe qui garantisse « *un accompagnement au quotidien dans les actes essentiels de la vie quotidienne et les activités éducatives, sociales, culturelles et sportives. La cohérence et la continuité des soins de toute nature que nécessite l'état de la personne, par la coordination des intervenants*⁷⁸ ». Pour atteindre ces objectifs, le décret définit les professions incontournables qui doivent être exercées au sein des FAM et MAS.

Lors de ma prise de poste, j'ai réalisé une cartographie des métiers ainsi qu'un organigramme du FAM. Ces outils m'ont permis de mettre en évidence l'absence de pluridisciplinarité au sein de la structure telle que stipulée dans le décret.

⁷⁷ Annexe N°2 : Calendrier des actions.

⁷⁸ Exigences du décret du 20 mars 2009 reprises et développées au sein de l'Article D.344-5-12 du CASF.

Il s'avère complexe de répondre à cette commande réglementaire d'entremêlement de l'accompagnement et de la prise en charge lorsque la qualification des personnels et la représentation de tous les métiers exigées ne sont pas au rendez-vous.

Comme je détiens quelques variables d'ajustement ainsi qu'une délégation en termes de recrutement, je conduis cette mise en conformité par touches successives et à allure modérée dans le but de ne pas déstabiliser l'équipe.

Mon objectif est d'augmenter la qualification des personnels. Au regard de leur faible représentation mais aussi pour répondre aux besoins et attentes des résidents en termes de projet de vie, de socialisation, les professionnels en lien avec la compétence socio-éducative seront recrutés. De même, face au vieillissement des personnes accueillies et donc à l'augmentation des soins, des aides-soignants devront être engagés (il n'en reste plus qu'une en poste).

Avec le directeur d'établissement, nous convenons – par redéploiement sur les autres services – de diviser par deux le nombre d'Agent de Service Hospitalier Qualifié (ASHQ). Ces agents, centrés initialement sur l'entretien et l'hygiène des locaux, doivent ici participer aux soins de confort et accompagner (au-delà de leurs missions initiales et de leurs compétences) les résidents du FAM dans la vie quotidienne. Mais l'absence de qualification de ces agents et leur forte représentation au sein du FAM positionne ce service à contre-courant des recommandations pour ce type d'établissement qui précisent que « *l'ensemble des professionnels disposent des compétences pour analyser les situations complexes* ⁷⁹ ».

De plus, cette catégorie de personnel peut s'avérer réticente pour engager des formations qualifiantes ou d'adaptation à l'emploi. Leurs études initiales ne les préparent pas toujours à s'adapter à ces transformations liées aux exigences d'accompagnement. « *Typique des OS sans compétence... l'individu ne dispose d'aucun atout pour modifier quelque peu les transactions avec son environnement... Toute transformation de l'entreprise est donc une menace grave sur l'identité personnelle* ⁸⁰ ».

Pour autant, je suis conscient en tant que manager, que la résistance au changement n'est pas uniquement catégorielle.

Le non renouvellement de CDD de personnels qui ne donnent pas entière satisfaction cumulé au redéploiement des ASHQ vont m'offrir une certaine latitude pour commencer à rééquilibrer les professions au sein du FAM⁸¹.

⁷⁹ ANESM.RBBP. Qualité de vie en MAS et FAM (Volet 2). Opus Cité. Page 16.

⁸⁰ SAINSAULIEU. R. 1997. La sociologie de l'entreprise. Organisation, culture, développement. 2^{ième} édition revue et mise à jour. Presses de SCIENCES PO et DALLOZ. Page 223.

⁸¹ Cf. Annexe N°3 : Organigramme du FAM (version 7 de février 2005).

De plus, dans une vision systémique, la transformation du comportement de plusieurs acteurs entraînera inmanquablement un changement pour les autres et par voie de conséquence la modification de cet ensemble.

Cette démarche de recrutement s'avère donc essentielle car elle va participer à impulser le changement.

3.1.2 Réaliser un recrutement performant.

Après avoir identifié les qualifications professionnelles à recruter, il convient de trouver les futurs collaborateurs pouvant être des personnes ressources dans l'accompagnement au changement.

Préalablement, deux facteurs sont à prendre en considération :

- L'établissement est implanté en zone rurale, communément peu porteuse du point de vue professionnel, où le CH constitue un bassin d'emploi. Nous sommes donc sollicités régulièrement par des personnes, diplômées ou non, qui recherchent en priorité une insertion professionnelle quelle qu'elle soit.
- Le personnel accompagne un public pouvant (pour certains) avoir des comportements inadaptés, menaçants voire violents en période de crise. Comme l'affirme Jean-Pierre PINEL, « *les forces de déliaison* » des résidents sont puissantes et viennent heurter/déstabiliser les professionnels qui cependant doivent être en capacité de résister.

Pour tendre vers cet objectif de changement de culture, il me paraît primordial de réaliser un recrutement ciblé de professionnels qui ont une vision et au-delà un savoir-faire médico-social et ce, afin d'importer une représentation/une image de la réalité de ce champ d'intervention. Car comment concilier des pratiques différentes si seules la référence et la pratique sanitaire sont présentes au sein du FAM ? « *On voudrait ici pointer un autre mécanisme d'intériorisation et de conscientisation retrouvé en entreprise par les sociologues. Il s'agit de l'apprentissage culturel lié à l'expérience quotidienne de chacun, ... l'individu fait l'expérience concrète d'usages et de manières d'être... De tels apprentissages peuvent aussi bien renforcer les principes déjà inculqués, que modifier la culture en faisant découvrir d'autres manières de vivre à l'occasion de changements*⁸² ».

Un enjeu important apparaît donc autour de ces entretiens. Cependant, pour avoir recruté à de très nombreuses occasions, je sais qu'il peut y avoir un décalage conséquent entre la prestation d'une personne durant un entretien d'une heure maximum et son aisance, son implication, sa pratique sur le terrain.

Pour tenter de réduire cet écart, (aucune procédure établie n'existait au sein de cet établissement,) j'ai adapté la grille de lecture que j'utilisais sur mon ancien poste.

⁸² SAINSAULIEU. R. Opus Cité. Page 250.

Après une présentation du FAM dans la plupart de ses dimensions (public, équipe, atouts, difficultés) et afin que la personne puisse commencer à se projeter, je la questionne, entre autres, sur sa capacité à collaborer, à rencontrer et à travailler avec d'autres professionnels, à expliciter et échanger autour de ses savoir-faire, à intégrer les différents paramètres d'une situation avant d'agir et sur la plus-value qu'elle pourrait apporter à l'équipe en termes de créativité, de proposition et d'engagement...

Pour permettre d'affiner mon jugement, j'associe la psychologue de l'établissement à cette démarche. Elle reçoit communément – en deuxième intention et individuellement -les candidats dans le cadre d'un entretien de vingt à trente minutes. Préalablement aux rencontres, nous avons pris l'habitude d'échanger autour des CV, des lettres de motivation mais aussi autour des compétences, des capacités que je priorise et recherche chez les postulants. Après avoir reçu toutes les personnes, nous croisons nos observations et ressentis afin que je détermine mon choix.

Les nouvelles recrues sont guidées par l'ES et une personne ressource du même métier (que j'identifie). Cette position transversale de l'ES me permet d'obtenir un retour tant au niveau de l'implication que de l'intégration au sein de l'équipe. De plus, je planifie des rencontres avec chaque agent nouvellement recruté tous les 15 jours et ce, au minimum pendant les trois premiers mois.

Le recrutement est une partie du processus de changement qu'il convient d'étayer par la reconnaissance des identités professionnelles. De la différence provient également la richesse de la réponse.

3.1.3 Reconnaître la spécificité des métiers par le renforcement des identités professionnelles.

L'identité professionnelle donne un sentiment d'appartenance à un groupe social « *qui le porte à adapter certains comportements spécifiques*⁸³ » ou « *une logique d'acteurs*⁸⁴ ».

Alors comment soutenir et asseoir les identités professionnelles, la reconnaissance des fonctions, la sécurisation des places - tant pour les nouvelles recrues que pour les agents en fonction - sans un document qui définit le rôle de chacun au sein de l'organisation ?

Les agents du FAM ne détenaient pas de fiche de poste. Or cet outil met en relief, pour chaque professionnel, les activités réalisées en lien avec les missions et contribue à donner à l'organisation de la lisibilité.

De plus, tout professionnel doit être convaincu de la singularité de son intervention au service du résident, la fiche de poste y contribue également.

C'est à mon sens un dispositif incontournable pour chacune des personnes intervenant dans le système.

⁸³ Définition provenant du « Le petit LAROUSSE illustré ». Page 553.

⁸⁴ Termes empruntés à Renaud SAINSAULIEU.

Pour l'agent, elle détermine ses spécificités ainsi que son périmètre d'intervention. Pour le directeur, la fiche de poste est un outil managérial, un support d'évaluation (comment évaluer les compétences en l'absence de points de repères ?), un document opposable.

J'organise la construction de cet outil avec l'assistance de l'agent chargé des formations, des groupes de travail pour chaque métier présent au sein du FAM. Nous convions les agents à croiser le référentiel d'activités du métier avec la réalité du terrain afin de mettre en évidence les savoir-faire.

En aval de cette démarche, j'examine l'adéquation entre les éléments de savoir-faire retenus et les nécessités, les besoins de la prise en charge et/ou de l'accompagnement.

Nous avons rencontré la directrice d'un autre FAM dans l'objectif d'échanger autour des fiches de poste et avons organisé un benchmarking pour deux agents de chaque catégorie socio-professionnelle, afin d'entériner ces options.

Cette élaboration sur un mode participatif, génère une dynamique d'engagement, contribue à produire de la collaboration et donne l'opportunité aux agents de clarifier leurs missions ainsi que leur place au sein du FAM. Chaque agent signe sa fiche de poste (elle est versée à son dossier administratif) et en détient une copie.

Pour faire vivre, cet outil et au travers lui, l'identité et la compétence de chaque professionnel, toutes les fiches de poste sont disponibles en version papier sur le FAM ainsi qu'en version électronique sur le système d'information du CH.

En complément, nous sommes convenus de les revisiter régulièrement. Ces mises à jour me paraissent indispensables pour s'adapter à l'évolution des besoins des résidents et constituent un des maillons du processus d'amélioration continue de la qualité. Dans cette intention, il est prévu qu'à tout moment les agents puissent faire remonter, par écrit, leurs observations et demandes de réactualisation. De même, un comité de suivi se réunira tous les deux ans.

Le déploiement de compétences plurielles cumulé à la reconnaissance des spécificités et/ou des identités professionnelles ne doivent pas générer du cloisonnement et ainsi conduire à un résultat contraire à celui recherché. Pour piloter le changement de culture et ainsi atteindre la conciliation escomptée, il convient de modifier les habitudes de travail en permettant et valorisant l'entremêlement des disciplines. En d'autres termes, tendre vers la transdisciplinarité.

3.1.4 Développer de nouvelles relations professionnelles.

« *La pluridisciplinarité est souvent à la fois un commencement et une condition nécessaire à la transdisciplinarité⁸⁵* ».

Pour sortir de la pluridisciplinarité - qui est une juxtaposition professionnelle face à un « *sujet d'étude⁸⁶* » - il convient de bouleverser les principes relationnels et les références de travail.

Les exigences des lieux de soins reposent fréquemment sur une relation fortement hiérarchisée, accompagnée d'une division marquée du travail. Or « *les clivages disciplinaires sont souvent source de rivalités pseudo-éthiques et donc de sécession⁸⁷* ».

Il appartient au directeur d'accompagner les personnels du FAM vers de nouveaux modes de relations interdisciplinaires et de mobiliser les énergies des agents de métiers différents autour d'une finalité commune - ici la prise en charge et l'accompagnement d'un public complexe.

Pour y parvenir, il convient de développer l'échange entre les disciplines « *c'est à travers ce dialogue et seulement à travers lui que peut se construire une démarche méthodique, c'est-à-dire l'association d'une problématique (et donc d'hypothèses) de recherche⁸⁸* ». Mais surtout de fournir aux professionnels les occasions de formaliser des coopérations, des alliances constructives.

Je crois impératif de favoriser les conditions de la rencontre interdisciplinaire sans laquelle la référence à la clinique et la remise en question des interventions seraient altérées.

La démarche proposée autour des fiches de poste constitue une première étape. Elle est complétée par de nombreuses instances de réflexions (comme nous les avons abordées dans la partie précédente) qui orientent l'expérimentation et incitent les synergies valorisantes.

J'ai également déployé des interactions contraintes de travail, une interdisciplinarité forcée, en organisant l'association de personnels paramédicaux et socio-éducatifs dans le suivi et la référence d'usagers. Mais aussi en examinant certaines trames de travail afin de permettre la rencontre et au-delà le métissage de professionnels qui n'avaient jamais exercé ensemble, du fait de positionnement depuis des années sur des roulements différents (inversés).

⁸⁵ BARBARA.JG. 2011. « La transdisciplinarité, concept et enjeux : la leçon des neurosciences ». DEBRU.C. La transdisciplinarité. Comment explorer les nouvelles interfaces. Editions HERMANN. France. Page 188.

⁸⁶ JOLLIVET.M., LEGAY.JM. 2005. « Canevas pour une réflexion sur une interdisciplinarité entre sciences de la nature et sciences sociales ». Natures Sciences Société. Pages 184-188.

⁸⁷ AMISTANI.C., SCHALLER.JJ.2008. Accompagner la personne gravement handicapée. Editions ERES. Page 114.

⁸⁸ JOLLIVET.M., LEGAY.JM. Opus Cité. Page 184.

De même, le développement d'activités et l'opportunité de réaliser des transferts ont également contribué à fonder une dynamique entre professionnels, centrée autour de la connaissance, de la reconnaissance et de la confiance, supports d'une coopération efficiente. Force est de constater que c'est la « *logique de projet*⁸⁹ » - par l'intermédiaire des projets personnalisés d'interventions – qui a véritablement permis de décloisonner les relations entre les disciplines et de développer une logique d'actions, une cohérence collective et une conciliation entre la prise en charge et l'accompagnement. Cet outil a marqué le passage de la pluridisciplinarité à la transdisciplinarité et a mis en évidence que « *l'intégration des disciplines est progressivement plus subtile et créatrice, alors que les interactions disciplinaires cessent d'être polarisées et hiérarchiques*⁹⁰ ». Je développerai la démarche PPI plus après.

Cette mise à l'épreuve des collaborateurs dans une nouvelle réalité professionnelle doit être guidée, accompagnée par une démarche formative. Outre que la formation est un rempart face à la résistance au changement, elle fournit certains équipements méthodologiques afin que les acteurs se saisissent de ces nouvelles ressources pour agir : « *l'innovation ne repose pas seulement dans les mains des cadres supérieurs, elle dépend aussi de ceux qui ont la tâche de développer et de mettre en œuvre, des procédés nouveaux*⁹¹ ».

3.1.5 Asseoir le changement par l'intermédiaire de plans de formation spécifiques pour le FAM.

L'établissement bénéficie d'un droit de tirage pour la formation du personnel auprès d'un Organisme Paritaire Collecteur Agréé (OPCA) et plus précisément de l'Association Nationale pour la Formation Permanente du Personnel Hospitalier (ANFH).

Au même titre que les autres services de l'établissement et selon une clef de répartition fixée au nombre de lits, le FAM détient une enveloppe pour la formation de son personnel.

Jusqu'en 2012, cette enveloppe était associée à celles des autres services et utilisée pour des formations orientées vers un versant très sanitaire en respect de la lettre-circulaire « *relative aux axes et actions de formation nationales prioritaires à caractère pluriannuel concernant l'ensemble des agents des établissements ... relatif à la fonction publique hospitalière*⁹² ».

Pour l'année 2012, les thèmes de formation - centrés sur la bientraitance/maltraitance et le travail en équipe - avaient été requis par la mission d'inspection, entraînant de facto une séparation entre les enveloppes budgétaires.

⁸⁹ Termes empruntés à Renaud SAINSAULIEU.

⁹⁰ BARBARA JG. Opus Cité. Page 187.

⁹¹ HAERINGER.J., TRAVERSAZ. F. Opus Cité. Page 104.

⁹² Consultable sur le site http://www.santé.gouv.fr/fichiers/bo/2011/11-07/ste_20110007_0100-0064.pdf

J'ai saisi cette impulsion pour déployer et ce, depuis 2013, un plan de formation spécifique pour le personnel du FAM.

Ces plans de formation sont organisés par mes soins. Les entretiens professionnels (ou de formation), réalisés chaque année, demeurent un support prédominant pour évaluer les dysharmonies cognitives et identifier les savoirs et/ou compétences à renforcer. Ils contribuent à prioriser les besoins et ainsi à définir les actions nécessaires pour y répondre.

Dans un esprit de transdisciplinarité mais aussi pour accentuer la cohésion d'équipe, je privilégie, au travers de thèmes médico-sociaux, les formations-actions.

Elles ont une vertu de « reliance⁹³ » et transforment la relation entre les acteurs. Toutes les disciplines rattachées au service participent à ces actions (y compris les surveillants de nuit et le personnel en charge de l'entretien des locaux). De même, une partie de l'enveloppe « formation » est destinée à la participation à des colloques et/ou des formations hors les murs. L'échange et la rencontre avec d'autres professionnels - du même champ et confrontés à un public similaire - me paraissent bénéfiques pour relativiser les difficultés mais aussi pour impliquer les agents dans une recherche de sens. Pour illustration, depuis 2012, tous les deux ans, trois accompagnateurs se rendent aux journées nationales des MAS et FAM.

De plus, afin de prendre en compte la spécificité de la dimension sanitaire au sein du service, j'ai négocié en commission de formation que les soignants exerçant au FAM aient la possibilité d'intégrer des formations sanitaires. Pour ce faire, l'agent chargé de la formation me propose de réserver fréquemment une ou deux places, en fonction des thèmes proposés. Le coût de ces actions de formation est alors imputé sur l'enveloppe du FAM.

J'ai additionné à ce dispositif une séance mensuelle d'analyse des pratiques. La modification des pratiques d'accompagnement, l'évolution des logiques d'actions peuvent générer chez les collaborateurs des mécanismes de résistance ou de défense qui constituent des freins. Cet espace de parole est un levier d'action dans le sens où il permet aux agents de questionner leurs pratiques et relations professionnelles, prémices de la construction d'une identité collective nouvelle.

3.1.6 Convier l'extérieur à l'intérieur.

Un des maux de ce service était qu'il fonctionnait et vivait en huis clos. L'ouverture sur l'extérieur (surtout permettre à l'extérieur d'entrer dans nos murs) constitue j'en suis convaincu un rempart contre les risques de maltraitance.

⁹³ Le terme de « Reliance » emprunté au sociologue M. BOLLE DE BAL signifie « l'acte de relier et de se relier ».

En effet, la maltraitance n'a pas qu'une expression active, elle peut être plus sournoise et s'actionner ou être « *liée à des logiques institutionnelles* ⁹⁴ ».

Conformément aux préconisations des RBPP, l'accueil de stagiaires, la mise à profit de leurs interrogations et les bilans que je réalise avec eux lors du stage, constituent au sein du FAM, un maillon supplémentaire du dispositif permettant de lutter contre la maltraitance institutionnelle. Jusqu'alors, la structure n'accueillait quasiment pas de stagiaires alors que les collaborateurs n'y sont pas hostiles et y voient même à travers cette démarche un enrichissement didactique.

De mon côté, cette forme d'ouverture me paraissait opportune pour différentes raisons :

- Un temps d'échange supplémentaire autour des pratiques « ... *valoriser le questionnement des stagiaires, afin de donner aux professionnels l'occasion de croiser leurs pratiques avec les interrogations des jeunes professionnels* ⁹⁵ ».
- La possibilité de transmettre et de valoriser notre savoir-faire.
- Améliorer notre image de marque sur le territoire.
- Développer une réflexion collective et interdisciplinaire autour de la rédaction d'une procédure d'accueil des stagiaires.
- Un vivier pour l'avenir avec des professionnels déjà connus au sein de la structure.

J'ai donc pris attache avec les organismes de formation en travail social de Dordogne et de Gironde ainsi qu'avec les centres de formation pour Aide Médico Psychologique (AMP) de Champcevinel et de Bergerac, afin de faire connaître notre souhait d'accueil.

Un important centre de formation de Dordogne nous a rencontrés. Accompagné par une collaboratrice, nous avons pu exposer (à l'appui de notre procédure⁹⁶) la façon dont nous imaginons ces accueils. Se saisissant de cette dynamique, la psychologue a entrepris concomitamment une démarche pour accueillir elle aussi des stagiaires.

Cette relation avec l'extérieur me paraît essentielle et mérite une digression au-delà de l'approche Ressources Humaines (RH).

Pour étayer mes propos exposés dans le dernier paragraphe de la deuxième partie consacré à la communication interne et externe, il m'apparaît primordial, en tant que directeur, de représenter le service. Je dois donc m'investir pour expliciter le changement de culture et initier des collaborations afin de développer des liens forts avec de nouveaux partenaires. En d'autres termes, positionner le service sur l'échiquier territorial.

Pour ce faire, je m'appuie sur le réseau hospitalier formalisé et saisis les différentes opportunités de rencontres (temps voués à la formation, colloques, réunions d'informations proposées par les autorités, réunions de cadrage budgétaire...).

⁹⁴ ANESM. RBPP. 2008. Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance. Page 8.

⁹⁵ ANESM. RBPP. 2008. Opus Cité. Page 28.

⁹⁶ Cf. Annexe N°4 : Procédure d'accueil des stagiaires.

Cependant il me paraît indispensable d'impulser cette dynamique et d'impliquer le FAM dans de nouvelles initiatives qui élargiront les relations et favoriseront d'autres formes de communication. *« C'est d'abord par le concours « au faire ensemble » que se « gagne » la reconnaissance auprès des autres membres ⁹⁷ ».*

Depuis mon arrivée, le service fonctionne sur un mode moins sédentaire *« l'implication des usagers est au centre du réseau...⁹⁸ »*. De plus, nous organisons différentes manifestations, à l'intérieur des murs, qui rassemblent aussi bien les résidents, les familles, les représentants légaux, les autres institutions que des personnes extérieures *« toute personne ou groupe ayant une importance ou un rôle à jouer dans la vie du résident est un partenaire potentiel à considérer et à prendre en compte⁹⁹ »*.

Ainsi nous avons organisé des rencontres inter-établissements et inter-FAM ; des expositions grâce aux tableaux réalisés par certains de nos résidents, guidés chaque semaine par un artiste plasticien ; des journées portes ouvertes¹⁰⁰. Nous avons également été structure d'accueil et avons agencé une journée à connotation sportive. Cette manifestation était coordonnée par le comité départemental de sport adapté de Dordogne.

Ces rencontres constituent, de ma place de directeur, une opportunité pour sortir de relations privées/étroites et tenter de construire un réseau plus formalisé. Elles permettent également de communiquer et de montrer, in situ, l'évolution tant des pratiques que de la culture. *« Les individus ou les groupes de personnes ne sont pas sensibles de la même façon à toutes les catégories de signaux, et ne se trouvent pas sur les mêmes circuits. En multipliant les circuits, on multiplie les chances que l'information atteigne les personnes visées. En diversifiant les modes de communication, on accroît les chances que les destinataires trouvent celui qui correspond le mieux à leur sensibilité¹⁰¹ ».*

3.2 Une modification architecturale, messagère de ce changement de culture.

La dimension architecturale renvoie à la question suivante : Comment faire vivre – et non pas seulement soigner – les personnes accueillies ?

Le service est installé, au sein même du CH, dans un bâtiment rectiligne et austère. Bien qu'assez récente, cette construction a certainement été conçue par un architecte rodé aux commandes sanitaires. C'est un ouvrage étiré, constitué de longs couloirs et imaginé pour un hébergement à court terme qui semble très fonctionnel pour les services de soins.

⁹⁷ HAERINGER.J., TRAVERSAZ.F. Opus Cité. Page 131.

⁹⁸ MULLER. S. Opus Cité. Page 45.

⁹⁹ VIENNEY.A. « Ensemble... Traverser les tempêtes... Résister... Accompagner au fil du temps qui passe... ». ZRIBI.G. et BEULNE.T. (Dir.). Opus cité. Page 151.

¹⁰⁰ Cf. Annexe N°5 : Extraits d'articles parus dans le journal « Sud-Ouest ».

¹⁰¹ GENELOT.D. Opus Cité. Page 185/186.

Concernant le FAM, à mon arrivée, seule la salle de repas constitue un lieu de rassemblement et de convivialité.

Le service est tout blanc, sans ornement. Toutes les chambres très impersonnelles d'environ vingt mètres carrés et équipées d'une salle d'eau intégrée sont meublées de façon identique, à savoir un lit médicalisé, une table de nuit et un fauteuil.

J'ai profité de la réunion hebdomadaire des résidents, instaurée courant 2012, pour obtenir leur avis quant aux conditions d'accueil. (Celles-ci ont également fait l'objet d'un point, intégré à l'ordre du jour d'un CVS).

La réponse est unanime, le service n'est pas agréable à vivre voire inconfortable.

Cet élément constitue un des points à traiter en urgence. En effet, nous savons, en tant que professionnel de l'accueil de personnes vulnérables, que l'environnement, la disposition des lieux sont déterminants dans l'accompagnement.

Ils doivent faire ici l'objet d'une attention d'autant plus particulière que « *dans le secteur médico-social, ces lieux représentent le domicile des personnes accueillies pour une longue période de leur vie*¹⁰² ».

Je traite de front l'investissement des lieux privés et la décoration des lieux collectifs. Pour les premiers, les résidents réclament, à juste titre, de pouvoir équiper leur chambre avec du mobilier personnel.

Pour réaliser un lien avec la première partie de ce travail (cf. paragraphe 1.3.4), la culture sanitaire est fortement implantée et les résistances sont fortes. L'appui du directeur de l'établissement me sera nécessaire pour contrecarrer et modifier les habitudes.

A ce jour, les personnes qui souhaitent agencer leur chambre et apporter du mobilier personnel y sont autorisées. C'est une victoire mais surtout une plus-value pour les personnes accueillies « *Consécutivement, l'aide et l'accompagnement de la personne à son installation concourent à sa mise en confiance. Il s'agit notamment de l'aider à l'appropriation des lieux d'accueil et d'accompagnement, à investir progressivement son lieu de vie, à le décorer dans le respect de ses désirs et de ses repères identitaires...*¹⁰³ ».

La possibilité de détenir, pour les résidents, la clef de leur chambre est également sujet à d'âpres discussions. En effet, à l'hôpital, on ne détient pas la clef de sa chambre !

Le débat se cristallise, après la mise en place de cette mesure, face à la constatation de la perte des clefs par certaines personnes accueillies. Ce désagrément constitue une charge financière supplémentaire pour l'établissement.

Comme je n'imaginai pas un retour en arrière, avec l'accord des mandataires, nous sommes convenus d'un accompagnement spécifique pour responsabiliser les résidents.

¹⁰² BOUKELAL.A. 2014. « Les conditions d'hébergement : ou la nécessité de procurer le confort nécessaire à la sécurité et au bien-être de la personne ». Le déploiement de la bientraitance au quotidien : repères et outils à l'usage des professionnels en ESSMS. Les cahiers de l'actif N°462-463. Page 144.

¹⁰³ BOUKELAL.A. Opus Cité. Page 144.

En cas de perte, une prise en charge financière, par le résident, est actée avec les représentants légaux.

Actuellement, seuls trois usagers ne détiennent pas leurs clefs car nous avons constaté qu'ils ne sont pas en mesure de les gérer.

Concernant les lieux collectifs. Les couleurs produisant des effets sur le relationnel et sur l'émotionnel, je décide de faire repeindre le couloir, par les agents des services techniques. Des couleurs chaleureuses sont choisies par les résidents eux-mêmes en réunion, à l'appui d'un nuancier. De même, les piliers qui déparent le service et qui constituent une zone plus accidentogène (Cf. Paragraphe 2.1.3 en lien avec le traitement des chutes) sont à présent matérialisés par des couleurs vives.

En parallèle, dans le but de casser la perspective générée par le couloir, j'ai sollicité un artiste local afin qu'il me fasse une proposition. Ce dernier saisissant finement l'enjeu me propose d'agrémenter tous les murs grâce à *des bulles et formes molles*. Je retiens sa proposition car elle prévoit que la couleur à l'intérieur des bulles soit apposée par quelques résidents volontaires avec l'aide d'un accompagnateur.

Cette action égaye le service et par là même valorise les usagers. Depuis, nous agrémentons ces murs en appliquant de nombreux cadres, témoins de différents moments de vie.

Je porte une vigilance particulière au cadre de vie parce que, comme l'affirme la psychologue du service, les espaces et les couleurs produisent des effets cénesthésiques.

Dans cette intention, nous avons opéré un certain nombre de modifications. De façon non exhaustive : nous avons transformé la salle de bain commune, en salle de balnéothérapie ; nous avons fait poser des cloisons amovibles dans les deux chambres doubles du service « *pour préserver le mieux possible l'intimité de chacun* ¹⁰⁴ ». Pour pallier le manque de place, nous aménageons pour les activités ou la détente, des espaces au sein de deux bâtiments attenants à l'hôpital ; une grande cage (type volière) contenant six oiseaux est installée dans le service pour répondre à la demande des résidents et ce, en adaptant les protocoles d'hygiène. Profitant d'importants travaux à venir afin de mettre en conformité le système de désenfumage du bâtiment, les membres de l'équipe et moi-même, accompagnés du chef du service technique, imaginons des solutions pour offrir à tous les résidents un accueil en chambre individuelle.

La cohérence entre les évolutions architecturales et le projet institutionnel s'affirme. L'esprit médico-social est, à présent, porté par les membres de l'équipe pluridisciplinaires. Pour illustration, contrairement aux autres services, aucun personnel du FAM ne porte le costume blanc de rigueur au sein des hôpitaux. Le personnel soignant comme éducatif travaille la majeure partie du temps sans tenue.

¹⁰⁴ ANESM. RBPP. 2013. Qualité de vie en MAS et FAM. Volet 2. Page 26.

En effet, seules des blouses blanches sont revêtues lors de l'accompagnement à la toilette, lors des soins et de la distribution des médicaments.

Là encore, l'intention n'est pas de cliver mais de faire naître le concept d'un « lieu de vie » au sein de ce lieu de soin.

Le médecin demeure le seul professionnel qui intervient continuellement en blouse blanche. Cet acteur revêt, aux yeux des usagers et au regard de leur parcours, une singularité qu'il me paraît intéressant, en termes de repères et de complémentarité d'action, de maintenir.

3.3 Concevoir des dispositifs au service du changement de culture.

3.3.1 Le projet personnalisé d'interventions, un acteur d'entremêlement, un facteur de cohérence d'équipe.

Cet outil¹⁰⁵ doit être pensé comme un support qui affirme le changement de culture et comme une référence de travail qui le conduit.

Il convient pour le Directeur de guider et/ou d'apporter, en vue de trouver les relations les plus cohérentes et les plus adaptées entre les acteurs, des réponses à différentes questions : Qui participera à l'élaboration du PPI ? Quelle articulation entre le soin et l'éducatif ? Sous quelle forme ? Selon quel principe ? Quelles modalités d'évaluation seront proposées ? Quelle place est accordée aux résidents ? Et comment est-elle accordée eu égard aux différentes manifestations des handicaps ?

Il appartient également au directeur d'identifier les points de vigilance voire les résistances à venir.

Dans ce nouveau contexte de travail, de prime abord, j'en identifie quatre :

- Un risque de déstabilisation pour certains professionnels face à cette nouvelle commande de formalisation. Pour réduire ce risque, l'ES est identifié (cela apparaît dans sa fiche de poste) comme un coordinateur de projet qui intervient en collaboration avec les référents et peut ainsi leur apporter « *un soutien technique et/ou méthodologique*¹⁰⁶ ». De plus, en cas de difficultés récurrentes, des formations pourront être proposées.
- La position des IDE qui doit évoluer. En effet, dans cette situation de travail, ils ne sont plus des managers à l'égard des AS mais deviennent des acteurs parmi les autres centrés autour de l'élaboration du projet de vie du résident.

¹⁰⁵ Cf. Annexe N°6 : Procédure et maquette PPI.

¹⁰⁶ Extrait de la fiche de poste de la fonction d'ES au FAM de « La Meynardie ».

- La modification des relations inter-catégorielles et primordialement la position du médecin qui se retrouve, dans ce contexte, dans une relation plus horizontale à l'égard des autres acteurs (il est cependant maintenu dans une position atypique car il demeure le prescripteur).

Il convient de l'impliquer fortement dans la démarche de conception du PPI. Le cas échéant, il faudra définir une articulation supplémentaire entre le médecin et le directeur.

- Cette démarche de réflexion et de construction d'outils peut s'avérer chronophage. Pour éviter le désengagement des acteurs et garantir la rencontre interdisciplinaire, il conviendra d'inscrire, en partie, ces séances de travail au sein de temps déjà institutionnalisés et formalisés. Ce point demandera à repenser transitoirement l'organisation de la réunion hebdomadaire.

Une de mes priorités est d'agencer le PPI sur une configuration relationnelle différente entre professionnels et résidents. Une configuration marquée d'une part, par la prise en considération des attentes de l'utilisateur et d'autre part, par une relation moins verticale au sein de laquelle l'avis du résident est mieux entendu et pris en compte.

Une autre est d'organiser le PPI sur un mode coopératif, transversal, garantissant d'une part, une association entre le soin et l'éducatif et d'autre part, une solidarité entre les catégories professionnelles autour d'un projet partagé. *« Trop souvent on observe dans ces établissements un clivage entre les services médicaux ou paramédicaux uniquement voués aux soins techniques et les services dits éducatifs revendiquant, en opposition aux premiers, leur vocation traditionnelle. Le conflit entre les personnels d'infirmier et les éducateurs de groupe est un grand classique de la vie des institutions.*

Dans cette rivalité entre une vision du soin réduite à une seule préoccupation somatique et une vision éducative où dominent les projets d'activités et les visées d'intégration sociale, le soin psychique est souvent absent¹⁰⁷ ».

Je porte cette démarche PPI avec une double intention : qu'elle constitue une réponse réglementaire et qu'elle soutienne un travail de coopération interprofessionnelle mis en acte par une imbrication des idées et une confrontation des expériences.

Le PPI a été pensé et construit pour amener les professionnels *« à se reconnaître, à s'apprécier et à se différencier collectivement dans la multiplicité de leurs interactions obligées de travail¹⁰⁸ ».*

Pour ce faire, une réflexion, en groupes pluridisciplinaires, a été menée afin de définir les formes ainsi que les contours du projet.

¹⁰⁷ CHAVAROCHE.P. 2006. Le projet individuel. Opus Cité. Page 84.

¹⁰⁸ SAINSAULIEU.R. Opus Cité. Page 194.

Une matrice a été élaborée collectivement avec l'intention de ramasser les propositions de soins et d'accompagnements de l'ensemble des intervenants.

Dans le cadre de cette vision transversale et de sa contribution au PPI, j'ai aussi demandé aux IDE de mettre en relief la relation de la personne aux actes de soins.

C'est un guide très appréciable, bientraitant et performant pour assurer une préparation et/ou un accompagnement médical, hors nos murs, dans des conditions optimales.

En complément, dans cette double intention de construire des références communes et partagées et de développer un outil permettant de gagner en objectivité mais aussi afin d'identifier le plus factuellement possible les besoins des résidents, nous avons créé collectivement une grille de lecture en adaptant l'outil ROCS¹⁰⁹ au profil des résidents accueillis au FAM.

Cette grille est systématiquement renseignée en réunion de projet. Elle permet une observation croisée autour des fonctions d'apprentissage, thérapeutiques et d'accompagnement social. L'analyse des compétences sociales de la personne par l'intermédiaire d'une cotation, met en évidence les besoins les plus marqués et guide, pour partie, les actions à mener.

Dans une résolution de cohérence collective autour des PPI, je participe aux réunions de projets (en présence de l'ES, des référents du résident, du médecin, de la psychologue, de la psychomotricienne, d'un personnel ASHQ) et je m'attelle à prioriser, à harmoniser les différents axes sanitaires, médico-sociaux proposés afin qu'ils s'articulent entre eux au sein du projet de vie ; « *D'inventer concrètement le futur et non pas de suivre seulement les pentes d'un changement assuré*¹¹⁰ ».

Les conclusions de la réunion rédigées par le coordinateur de projet sont présentées au résident en première intention (notons que ce dernier intervient à différentes étapes dans le processus d'élaboration de son PPI) puis dans un second temps au représentant légal.

Lors d'un rendez-vous ultime, en présence du résident, de l'ES, d'un référent, du représentant légal et – le cas échéant – de la famille (si elle est présente, impliquée et si le résident souhaite sa présence), je signe le document avec les parties prenantes.

Afin que ce document ne reste pas à l'état d'intention, j'organise, conformément à la procédure écrite en équipe, un bilan intermédiaire à six mois et ce, en présence du coordinateur de projet, des référents de la situation et de l'IDE du service. Ce bilan a pour objectif de vérifier l'implication et la coordination effective entre toutes les catégories socio-professionnelles à la lumière des objectifs de travail.

¹⁰⁹ Référentiel d'Observation des Compétences Sociales.

¹¹⁰ HAERINGER.J. , TRAVERSAZ.F. Opus Cité. Page 104.

En effet, en tant que directeur, je garantis par ma participation à certaines étapes essentielles, la co-construction des projets, une cohérence d'intervention entre les différentes catégories professionnelles ainsi qu'une transdisciplinarité permettant de donner du sens et de la consistance au vivre ensemble.

3.3.2 Créer des procédures respectueuses des protocoles.

Le protocole est strict, il définit une conduite à tenir face à un événement particulier et/ou une prise en soin. Il est traduit comme un « *ensemble de règles à respecter et de gestes à effectuer*¹¹¹ ».

La procédure compartimente moins et laisse aux acteurs une certaine latitude dans leurs pratiques pour s'adapter, de la meilleure façon qui soit, aux besoins et attentes du résident. Elle est définie comme un « *ensemble de règles et formes qu'il convient d'observer*¹¹² ».

L'enjeu est de parvenir à extraire le service du « tout protocole », sans pour autant le bannir puisque le protocole demeure un repère d'intervention sécurisant pour une partie du personnel et une impérieuse nécessité pour prendre en charge tant les problèmes de santé que certains troubles des résidents. Face à eux et pour témoignage, l'utilisation du plateau technique de l'hôpital garantissant une gestion rigoureuse de la pharmacie ainsi qu'une qualité et une sécurité, actées par protocoles, de la distribution des médicaments qui constitue une véritable plus-value pour le service.

L'objectif prioritaire demeure donc d'articuler le protocole avec la procédure ou inversement. Car cette action n'a pas pour finalité de cloisonner ou d'isoler le protocole mais bien de définir collectivement des procédures qui intègrent et/ou laissent toute sa place (dans une intention collaboratrice) au protocole. Cette démarche de formalisation - réalisée dans un esprit de coopération entre les métiers et d'amélioration de la qualité - laisse assez naturellement place à cette combinaison.

Le « faire ensemble » fait institution s'il participe à une véritable démarche d'association de l'intégralité des acteurs.

A cet effet, je me propose de reprendre l'exemple du traitement de la douleur pour expliciter l'opérationnalité de cette association et ainsi faire le lien avec la partie précédente de ce travail et plus précisément avec le paragraphe 2.1.3.

Pour mémoire, j'ai démontré que la douleur chez certains résidents n'était pas prise en compte au niveau qu'il se doit, générant ainsi un service rendu dégradé.

Nous avons collectivement rédigé une procédure incitant les accompagnateurs à évaluer le plus efficacement possible la douleur de la personne grâce à différentes échelles.

¹¹¹ Définition du Petit LAROUSSE illustré. Page 888.

¹¹² Définition du Petit LAROUSSE illustré. Page 881.

Pour gagner en objectivité, le résultat est comparé à un étalon réalisé peu de temps après l'accueil, à un moment où la personne n'est pas douloureuse.

En cas de douleurs constatées et objectivées par ces échelles, la procédure prévoit que l'accompagnateur sollicitera l'IDE qui pourra ainsi fonder son intervention sur une solide évaluation clinique et pourra apporter une réponse médicale selon le protocole dédié à « l'administration d'un traitement médicamenteux référencé en *si besoin* ».

Dans la même intention, la procédure de sortie définitive du FAM – rédigée de façon pluridisciplinaire - identifie une typologie de sorties de quatre ordres (le transfert inter services ; l'orientation vers un autre établissement ; l'exclusion ; le décès). Ces différentes situations prévoient des interventions spécifiques du personnel ainsi que des interrelations avec les secrétaires médicales, les IDE, les AS et l'agent d'entretien qui agiront, de concert ou dans une harmonie décalée, avec les accompagnateurs selon un protocole d'établissement dédié par exemple à la transmission des documents médicaux, à la toilette mortuaire, à la désinfection de la chambre...

Force est de constater que l'articulation entre procédure et protocole apporte d'une part, confort et appui aux professionnels quand elle est référée à un sens donné et défini collectivement, d'autre part, elle perfectionne les interactions permettant ainsi une amélioration de la prise en compte du patient/résident ou du résident/patient.

3.3.3 Un levier d'action pour valoriser ces pratiques et retours d'expérience : le Projet d'Etablissement (PE).

Pour ancrer cette mutation et rassembler toutes ces démarches entreprises, le projet d'établissement me paraît être l'outil le plus adapté ; marqueur d'un changement global.

En plus d'être une obligation légale, je soutiens, en tant que directeur, que le PE demeure le support incontournable au pilotage d'un établissement ou d'un service.

Ce point de vue est partagé avec les membres de la mission d'inspection qui recommandaient son écriture.

Cependant, en opposition sur ce sujet avec les autorités de contrôle, j'ai reçu consigne de la part du chef d'établissement de ne pas avancer dans cette direction. Fondant sa position sur la législation et les RBPP¹¹³, le directeur du CH a objecté que l'unique personne morale était le centre hospitalier, le FAM n'étant qu'un service de l'établissement, appuyant ainsi son analyse sur les RBPP « *les termes de projet d'établissement ou projet de service sont réservés ici à ces structures en fonctionnement, et ne visent pas les services internes*¹¹⁴ ».

¹¹³ ANESM. RBPP.2010. Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service.

¹¹⁴ ANESM. RBPP.2010. Opus Cité. Page 10.

A ce jour, comme le directeur vient de faire valoir ses droits à la retraite, que le PE de l'établissement est caduc depuis 2007, que le service a « *un mode de fonctionnement et une équipe constituée*¹¹⁵ » (en références à l'article L.312.1.I du CASF), il me paraît incontournable de réaliser ce travail.

En effet, en termes de stratégies et d'objectifs, je souhaite, de ma position de directeur, ré-écrire le PE pour les raisons suivantes :

- Attribuer au service une véritable identité et par-delà une place repérée sur le territoire.
- Structurer l'expérience acquise afin d'asseoir cette nouvelle culture professionnelle.
- Renforcer le sens donné à l'action ainsi que les valeurs qui meuvent les professionnels en fournissant une direction commune de travail.
- Avoir un outil de lecture commune qui constituera un point de départ et de référence pour les évaluations.
- Confirmer et valider les processus de travail (conciliation entre la prise en charge et en compte du résident, respect du parcours de vie, bientraitance ...)
- Remettre ces mêmes processus de travail en débat afin de les confirmer ou de les re-questionner et ainsi maintenir une vigilance à l'égard des pratiques.
- Fortifier le rapprochement ainsi que la capacité à procéder collectivement entre les différents métiers.
- Parfaire l'alliance des compétences sanitaires et médico-sociales au sein du service.

D'un point de vue opératoire, il me semble indispensable d'associer à cette construction un large panel de professionnels et ce, dans le but de respecter l'esprit et la finalité du PE souhaités par l'ANESM. « *Le projet est d'abord une dynamique tant par le processus de production qui associe les parties prenantes que par sa mise en œuvre qui stimule les équipes ;*

Produit et diffusé, c'est un document de référence pour les équipes et l'ensemble des destinataires ;

*C'est un document évolutif, car suivi et révisé régulièrement*¹¹⁶ ».

Au sein des groupes de travail, la participation du personnel multidisciplinaire du FAM est donc un prérequis et une évidence (un ou deux agents de terrain pourront être intégrés au groupe de pilotage).

Il me paraît nécessaire de s'arrêter sur la composition et la justification du Comité de pilotage (Copil) parce qu'il constitue la clef de voute de cette démarche.

¹¹⁵ ANESM.RBPP.2010. Opus Cité. Page 10.

¹¹⁶ ANESM. RBPP. 2010. Opus Cité. Page 11.

La participation, au sein du Copil, d'une famille (les familles sont peu présentes et vieillissantes) mais aussi de représentants légaux des personnes accueillies me semble opportune.

En particulier les salariés d'une association fort représentée et engagée dans le suivi des résidents du FAM, me paraît à plusieurs titres importante.

Ceci en termes de partenariat, mais aussi pour marquer et confirmer nos volontés et démarche d'ouverture sur l'extérieur ; en termes d'image et de communication parce que cette association a un rayonnement sur l'intégralité du département.

De même, pour confirmer la position que l'on confère aux résidents, il me paraît important de solliciter un ou deux résidents qui sont, par ailleurs membres du Conseil de la Vie Sociale (CVS), et qui ont le potentiel pour mettre en lien les notions de projets institutionnel et de vie. D'autant plus, que le CVS doit être obligatoirement consulté sur le PE.

Enfin, la participation de membres siégeant à la fois au Conseil de Surveillance (CS) ainsi qu'au Comité Technique d'Établissement (CTE) me semble tout aussi pertinente. En effet, le FAM n'est pas représenté à ces instances, hormis par ma présence. Le PE pourrait constituer un socle permettant de faciliter la rencontre des univers sanitaires et médico-sociaux et ainsi, réduire les incompréhensions entre ces deux cultures qui cohabitent, au travers différents services, dans le même établissement.

Dans une intention identique, il me paraît également incontournable que le médecin du service mais aussi la psychologue et l'ingénieur qualité, de par leur position transversale sur la totalité de l'établissement, participent au Copil ainsi que le directeur de l'établissement et moi-même.

Pour acter le commencement de ces travaux, je crois de bon aloi que le président du CS ou à défaut le directeur de l'établissement, en présence des membres du Copil, vienne lancer officiellement cette démarche auprès du personnel et des usagers.

Je ne développerai pas de façon plus détaillée, le *modus operandi* au sein de ce corps de travail et vous convie à consulter les annexes N°7 et 8 du présent écrit.

Pour mesurer la pertinence et l'efficacité de tout projet, de toute démarche, il est nécessaire d'évaluer l'impact et l'amélioration apportés au système. C'est ce que je vous propose de réaliser maintenant.

3.4 La démarche d'évaluation.

L'évaluation, « *c'est la garantie que l'on doit au bénéficiaire, celle de s'engager à aller dans le sens déclaré, même si on ne peut pas assurer la satisfaction de toutes les attentes*¹¹⁷ ».

¹¹⁷ LOUBAT.JR. 2005. Elaborer son projet d'établissement social et médico-social. 2^{ème} édition. Editions DUNOD. Page 232.

La loi du 2 janvier 2002 oblige les établissements sociaux et médico-sociaux à pratiquer une évaluation « *de leurs activités et de la qualité de leurs prestations* ».

Dans le cadre de cette démarche, il me paraît indispensable (c'est une garantie éthique) d'interfacer la stratégie d'actions et le service offert.

Pour y parvenir, il convient de développer des outils d'évaluation qui objectivent et permettent une lecture de l'activité et qui mesurent les écarts entre l'intention et le service effectivement proposé, afin de mettre en exergue, comme l'affirme Patrick LEFEVRE, les décalages entre « *ce que l'on dit, ce que l'on écrit, ce que l'on fait*¹¹⁸ ».

Face à la dynamique souhaitée et enclenchée - à savoir : « piloter un changement de culture », il me paraît judicieux d'envisager une évaluation à dimensions multiples, la modification de culture produit des effets en cascade tant sur les usagers, la ressource humaine que sur le service offert.

3.4.1 L'évaluation de la satisfaction des résidents.

Dans le cadre de ce changement et plus généralement dans le cadre d'un processus d'amélioration continue de la qualité, l'évaluation de la satisfaction des usagers est un indicateur fondamental.

Dans le cas de figure du FAM, toutes les évolutions de pratiques et les desseins d'harmonisation entre celles-ci sont pensés, imaginés et appliqués en vue d'apporter une évolution positive au bénéficiaire. Il m'apparaît donc essentiel de le questionner.

Le questionnaire de satisfaction que nous proposons depuis deux ans, est produit collectivement par les membres de l'équipe en collaboration avec l'ingénieur qualité.

Au regard des difficultés de communication et de compréhension de certains résidents, les membres de l'équipe trouvent judicieux d'y adjoindre des pictogrammes.

Ma consigne est de prendre en considération tout ce qui régit ou agrmente la vie au sein de la structure à savoir les repas, le nettoyage du linge, la chambre (agencement et nettoyage), la relation avec les professionnels, les activités proposées, les soins et à travers eux plus particulièrement le traitement de la douleur.

Pour certains items, une tendance se dégage grâce aux tableaux de bord que je réalise. Pour illustration, concernant l'aménagement des chambres, je sais que cet aspect qui constituait un point de vigilance en 2012, devrait faire l'objet d'une satisfaction partagée. En effet, l'investissement et la personnalisation des chambres vont bon train en fonction des souhaits et des moyens financiers de chacun.

Déjà 22 chambres sur 30 sont agrémentées, de diverses façons, allant de la pose de quelques posters ou dessins personnels au changement intégral du mobilier.

¹¹⁸ LEFEVRE.P. 2005. « Promouvoir la qualité et l'évaluation dans les organisations sociales et médico-sociales. Enjeux, contexte, méthodes ». La méthodologie et les outils de l'évaluation interne au service de la qualité. Les cahiers de l'actif. N° 350-353. Page 18.

Les conditions de réalisation de cette enquête donnent lieu à un débat entre les membres de l'équipe. L'ES me rapporte que le personnel ne souhaite pas être en position d'enquêteur, par crainte d'impulser une réponse et/ou d'influencer les résidents.

Pour éviter cet écueil, j'imagine solliciter un personnel administratif afin qu'il endosse la fonction d'enquêteur.

Il convient de préciser que cet agent administratif n'a pas ou peu de contact direct avec les résidents mais pour autant il les connaît, assez bien par procuration, puisqu'il prend les notes lors de chaque réunion hebdomadaire afin de réaliser un compte rendu. Un contexte très favorable en termes d'approche et d'individualisation de l'aide à apporter pour répondre aux questions.

L'analyse des réponses¹¹⁹ est réalisée par l'ingénieur qualité, je la transmets à tout le personnel du FAM. A l'appui de ce document, nous débriefons en réunion et réfléchissons autour de nos marges de progrès. Pour exemple, concernant la rubrique « activités » et face aux résultats moyens tant en 2013 qu'en 2014, nous réfléchissons, avec le concours de certains résidents, pour diversifier les activités proposées in situ.

Notre procédure de sortie intègre également un questionnaire de satisfaction qui, en fonction de l'orientation et de la situation future de la personne, est soit réalisé sur site ou sur le nouveau lieu d'accueil.

Grâce à mes tableaux de bord, je sais que 100% des personnes sortantes, sur les années 2013 et 2014, ont été sollicitées pour remplir le questionnaire. Durant cette période, le service a compté cinq sorties définitives, seul un résident exclu, pour violences volontaires sur agent et tentative d'incendie du bâtiment, a refusé de renseigner le questionnaire. Ces enquêtes font également l'objet d'une analyse en équipe à la fin de chaque année.

3.4.2 L'évaluation des personnels.

En écho au paragraphe 2.3, le changement de culture impacte prioritairement la ressource humaine. Les professionnels sont au centre de cette mutation, en position de récepteur / émetteur. Leur bien-être au travail est, dans la conduite de ce changement, un indicateur sinon capital, du moins principal.

Bien que je détienne déjà une impression générale favorable grâce aux entretiens annuels d'évaluation, à l'absence d'alerte au sein du Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT) mais aussi aux suivis que je réalise en termes de RH et que je fais apparaître dans le rapport d'activité à savoir : un taux d'absentéisme faible qui se situe à 5,03% et la même tendance concernant le taux de rotation. Il me paraissait indispensable, en termes d'analyse des effets, de prise en considération des agents, d'évaluer leurs ressentis face à ce changement.

¹¹⁹ Cf. Annexe N°9 : Analyse du questionnaire de satisfaction à l'attention des résidents.

Le service RH ne pouvait répondre à ce souhait avant quelques mois et je n'ai pas non plus trouvé renfort auprès du réseau pour obtenir un questionnaire adapté.

Par chance, l'établissement a été sollicité par le Comité de Coordination de l'Evaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine (CCECQA) qui organisait une campagne inter-régionale pour mesurer « la satisfaction au travail des personnels de santé et médico-sociaux. »

Je me suis rendu à la réunion d'informations sur Bordeaux afin de connaître les modalités pratiques ainsi que le champ d'investigation et y ai inscrit le service (le FAM a été le seul service de l'établissement à s'engager dans cette démarche.)

Les éléments qui constituaient au niveau du FAM une difficulté (telles que les modalités pour enquêter et dépouiller les réponses) afin que les professionnels puissent confier et livrer leurs sentiments librement, sont réglés par le CCECQA qui propose un support dématérialisé ainsi qu'une garantie d'anonymat.

L'analyse¹²⁰ laisse apparaître, face à un taux de participation de 51% du personnel, une satisfaction concernant la nature, l'organisation et la reconnaissance du travail. De même, la bonne qualité de vie, issue de l'articulation entre vie professionnelle et personnelle, est mise en avant par les sondés.

Ces indicateurs sont encourageants, eu égard à la situation observée en 2012. Ils laissent apparaître que le changement de culture est perçu favorablement par la majorité du personnel et donc, par extension, porté par celui-ci.

3.4.3 La définition des critères d'évaluation afin de mesurer l'efficience de la conciliation entre prise en charge et accompagnement.

Les critères permettant d'établir un diagnostic précis, sont établis par mes soins. Ils permettent de visualiser l'effet du pilotage mais aussi d'apporter des actions correctives à cette démarche.

A) Nombre d'hospitalisation en psychiatrie.

Cet indicateur est très intéressant car il est un reflet direct des conséquences de cette modification de culture et, à travers elle, de la performance de l'articulation entre les champs sanitaire et médico-sociaux.

Je remarque à l'appui des rapports d'activités, que les journées d'hospitalisation pour causes somatiques sont restées stables entre 2012 et 2014, alors que les journées d'hospitalisation psychiatriques ont été divisées par quatre, passant de 172 en 2012 à 39 en 2014, soit une baisse de plus de 77% en 3 ans.

¹²⁰ Cf. Annexe N° 10 : Analyse de l'enquête de satisfaction au travail des professionnels du FAM.

En effet miroir, les crises pouvant conduire à l'hospitalisation des résidents sont également en baisse significative. Cette réponse fondée sur la conciliation entre prise en charge et accompagnement limitent les crises, et plus fréquemment encore l'hospitalisation grâce à une prise en compte et une gestion adaptées des troubles de la personne.

B) Les consultations au CMP.

Nous constatons une durée plus longue entre deux rendez-vous au CMP, passant de 29 jours en 2013 à 42 jours en 2014.

En complément du nombre d'hospitalisation, ce dernier chiffre constitue un indicateur fiable de la « santé » psychologique des personnes accueillies.

Cette tendance pour l'ensemble des résidents se confirme en 2015, où pour le premier semestre, nous nous situons à 39 jours en moyenne.

C) La représentation pluridisciplinaire.

Les feuilles de présence, signées lors de chaque événement réunissant le personnel du FAM, permettent de confirmer un travail de collaboration entre les différents professionnels. Face aux points de vigilance évoqués dans le paragraphe 2.2.4, je constate que la participation des IDE aux réunions est passée de 51% à 88%. De même, celle du médecin est, elle aussi, en légère augmentation se situant à 70%.

Je réalise le même constat pour l'ensemble des catégories professionnelles au niveau des formations ainsi que des analyses de la pratique.

D) La participation du personnel lors des manifestations diverses.

Nous organisons, chaque année, des événements de type portes ouvertes, journée des familles, journée de convivialité résidents/professionnels, expositions, journées inter-établissements.

Je n'ai jamais rencontré de difficulté pour mobiliser le personnel afin qu'il anime ces événements.

Pour preuve, des professionnels positionnés en repos hebdomadaire demandent des changements d'horaires pour participer aux manifestations. Je comptabilise à présent ces demandes. Elles sont le signe fort d'un engagement collectif qui cimente cette culture d'établissement.

E) L'évaluation des objectifs au sein des PPI.

Le PPI permet de mesurer l'effectivité de l'interpénétration entre prise en charge et accompagnement. En effet, la mixité des objectifs de soins et d'accompagnement est un indicateur important. Il matérialise tant l'impact de l'entremêlement des compétences que la démarche de co-construction.

Actuellement 53% des PPI comportent des objectifs mixtes. Ce pourcentage, peu optimal, est tiré vers le bas par les premiers PPI qui ont été élaborés préalablement à cette dynamique de concertation transdisciplinaire. A la faveur des révisions, ce taux devrait augmenter significativement.

F) Une évaluation en direction des familles et partenaires.

Pour mesurer la perception du changement de l'extérieur, il conviendrait de réaliser deux enquêtes de satisfaction tant auprès des familles que des partenaires les plus proches et les plus actifs. Je pense en priorité aux représentants légaux institutionnels et privés.

Concernant cette dernière catégorie, bien que nous ayons des retours oraux positifs ainsi qu'une implication forte au niveau des PPI, il conviendrait d'objectiver cette impression par le biais d'une évaluation formalisée.

Nous nous rencontrons avec les professionnels du FAM à ce sujet, la construction du questionnaire étant un travail à mener collectivement. Elle est programmée pour la fin d'année en cours.

3.5 Conclusion de la troisième partie.

J'ai décliné dans cette partie les leviers d'action permettant d'accompagner concrètement l'équipe du FAM vers une nouvelle culture professionnelle. Celle-ci s'appuie sur une articulation entre des logiques d'interventions différentes, qui alliées entre elles, s'avèrent complémentaires et plus efficaces.

Cette organisation basée sur des interrelations fédératrices offre une capacité et une possibilité d'adaptation plus conséquente face à un environnement en constante évolution et impacte positivement le service rendu, comme l'évaluation le révèle.

Nonobstant l'ancrage de repères professionnels, cette culture est naissante et donc encore fragile. De la capacité du directeur que je suis, à maintenir un lien organisé entre les différentes professions, dépend donc la pérennité de cet ensemble. *« Commencer par relier plutôt que de séparer, cette attitude est un point clé de la pensée complexe... Le tout est plus que la somme des parties.*

Le produit global du système est supérieur à la simple addition de ses éléments. Les interactions et synergies entre les éléments produisent des effets d'un autre ordre que celui des éléments eux-mêmes. Des « émergences » globales, distinctes des qualités propres des composants, sont produites par le tout.¹²¹ ».

¹²¹ GENELOT.D. Opus Cité. Page 82.

Conclusion

Je me suis attaché dans ce mémoire à mettre en lumière la démarche que je souhaite impulser en tant que directeur en vue d'aboutir à un changement de culture. Cette démarche, de longue haleine, doit être mise en acte avec souplesse afin de ne bousculer ni les identités professionnelles, ni cliver les savoir-faire.

En termes d'accompagnement des acteurs, cette dynamique est fondée sur le sens donné à l'action, au regard des leçons du passé, de nos missions et des personnes accueillies.

Le directeur est le porteur de ce sens, mais aussi celui qui offre aux collaborateurs la possibilité de le construire et de le façonner par une position démocratique qui tend à perfectionner la clinique dans le respect des différences de formations, de logiques et de cultures initiales.

La reconnaissance de cette différence (la diversité professionnelle est une richesse) et son articulation par le biais d'outils et de finalités, centrées autour de valeurs et pensées en faveur de la personne accueillie prise dans sa globalité, généreront une rencontre d'expériences, une complémentarité, des rapports plus créatifs entre les disciplines et subséquemment une identité spécifique. *« Dans l'idéal, les finalités de l'entreprise devraient être conçues de telle sorte que chacun de ses membres puisse y adhérer et s'en sentir partie prenante, dans le respect de son identité propre et de son unicité. Pour que l'entreprise devienne ce lieu vivant où l'identité individuelle peut s'épanouir, sans exclusion ni aliénation, une dialectique devrait pouvoir s'établir entre les individus et l'entreprise, les individus étant porteurs de la totalité et la totalité porteuse des individus ¹²² ».*

De ma place de directeur, je privilégie un fonctionnement institutionnel basé sur une démarche de projets (individuel, d'établissement) qui garantit une cohérence des interventions collectives, le primat des besoins et des attentes. Ces projets comme l'affirme Jean-Marie MIRAMON, sont une « fenêtre sur l'avenir » qui balisent et donnent, tant pour le personnel que pour les usagers, de la consistance au vivre avec.

Le changement de culture est engagé au sein du FAM. D'un point de vue stratégique, il est à présent nécessaire de maintenir cette démarche participative et d'ouverture sur l'extérieur. Mais aussi d'entretenir des espaces favorisant le questionnement, le tâtonnement, les relations et actions multidisciplinaires, pour s'adapter à un environnement changeant et répondre aux besoins évolutifs des résidents et ce, dans la prise en compte et le respect tant de la personne accueillie que de son parcours de vie.

¹²² GENELOT. D. Opus Cité. Page 203.

Bien que la mutation soit en bonne voie, mon rôle en tant que directeur, est de rester attentif pour anticiper et gérer les nouvelles difficultés qui ne manqueront pas de se présenter mais aussi pour ne pas entrer dans des certitudes qui nuisent tant à la remise en question qu'à la construction et l'innovation.

Bibliographie

Ouvrages :

AMISTANI C. et SCHALLER JJ. (Dir.). 2008. Accompagner la personne gravement handicapée. Editions ERES. Ramonville Saint Agne. 208 pages.

BAUDURET JF. 2013. Institutions sociales et médico-sociales : de l'esprit des lois à la transformation des pratiques. Editions DUNOD. France. 276 pages.

BLOCH M.A et HENAUT L. 2014. Coordination et parcours. La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social. Editions DUNOD. France. 315 pages.

BORGETTO M. et LAFORE R. 2013. L'aide et l'action sociales. Editions La documentation française. Paris. 221 pages.

CHAVAROCHE P. 2012. L'accompagnement des adultes gravement handicapés mentaux dans le secteur médico-social. Editions ERES. Villematier. 121 pages.

CHAVAROCHE P. 2006. Le projet individuel, repères pour une pratique avec les personnes gravement handicapées mentales. Editions ERES. Cahors. 129 pages.

CROZIER M. et FRIEDBERG E. 1992. L'acteur et le système. Editions du seuil. Paris. 500 pages.

DANANCIER J. 1999. Le projet individualisé dans l'accompagnement éducatif. Editions DUNOD. Liège. 196 pages.

DEBRU C. 2011. La transdisciplinarité, comment explorer les nouvelles interfaces. Editions HERMANN. France. 278 pages.

GENELOT.D. 2011. Manager dans la complexité. Réflexions à l'usage des dirigeants. 4^{ème} édition. Editions INSEP CONSULTING. Condé sur Noireau. 371 pages.

HARINGER J. et TRAVERSAZ F. (Dir.). 2002. Conduire le changement dans les associations d'action sociale et médico-sociale. Editions DUNOD. Saint-Just-la-Pendue. 244 pages.

LOUBAT. JR. 2005. Elaborer son projet d'établissement social et médico-social. 2^{ième} édition. Editions DUNOD. 354 pages.

MIRAMON JM. 2004. Manager le changement dans l'action sociale. Editions ENSP. Paris. 104 pages.

MOLINIER P. 2013. Le travail du Care. Editions LA DISPUTE. Clamecy. 221 pages.

MULLER S. 2011. Comprendre le handicap psychique, éléments théoriques et analyses de cas. Editions CHAMP SOCIAL. Nîmes. 201 pages.

SAINSAULIEU R. 1997. Sociologie de l'entreprise, organisation, culture et développement. 2^{ième} édition revue et mise à jour. Presses de Sciences Po et Dalloz. Mayenne. 480 pages.

WINNICOTT D.W. 1988. « Cure » Conversations ordinaires. Connaissance de l'inconscient. Editions Gallimard. Paris. 362 pages.

ZRIBI. G. et BEULNE. T. (Dir.). 2009. Les handicaps psychiques : concepts, approches, pratiques. Editions Presses de l'EHESP. Dijon. 211 pages.

Revue et périodiques :

Les Cahiers de l'Actif. 2002. Manager les équipes. N° 314-317. 293 pages.

Les cahiers de l'Actif. 2005. La méthodologie et les outils de l'évaluation interne au service de la qualité. N°350-353. 352 pages.

Les Cahiers de l'Actif. 2009. Recommandations, référentiels et procédures de bonnes pratiques. Des balises pour penser l'intervention sociale et médico-sociale. N° 398-401. 352 pages.

Les Cahiers de l'Actif. 2012. Troubles psychiques et comportements problématiques dans les ESMS : observer, comprendre, agir. N° 434-437. 336 pages.

Les Cahiers de l'Actif. 2012. L'inexorable convergence du sanitaire et du médico-social : perspectives pour les associations. N° 438-439. 206 pages.

Les Cahiers de l'Actif. 2014. BOUKELAL. A. (Dir.). Le déploiement de la bientraitance au quotidien : repères et outils à l'usage des professionnels en ESSMS. N° 462-463. 434 pages.

Les Cahiers de l'Actif. 2014. Faire face à l'avancée en âge des personnes adultes handicapées : impacts sur les dispositifs et les pratiques professionnelles. N° 454-455. 254 pages.

Articles et rapports officiels :

BLOCH. M.A. 2014. « Il faut une innovation intégrative. » Directions. N° 126. Décembre 2014.

CHOSSY.J.F. 2011. « Passer de la prise en charge A la prise en compte. Evolution des mentalités et changement du regard de la société sur les personnes handicapées ». Rapport ministériel.

JOLLIVET M. et LEGAY JM. 2005. « Canevas pour une réflexion sur une interdisciplinarité entre sciences de la nature et sciences sociales ». Nature Sciences Société N°13. Page 184-188.

MULLER.S. 2012. « La notion de handicap psychique reste discutable. » Actualités Sociales Hebdomadaires. 1^{er} juillet 2012. N° 2762. Page 32-33.

ZOLESIO E. 2012. « La relation chirurgien-patient », Sciences sociales et santé. Vol.30. N°4.

Recommandations ANESM :

Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. 2013/2014. « Qualité de vie en MAS – FAM ». Volet 1, 2 et 3.

Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. 2010. « Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ».

Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. 2008. « La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre ».

Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. 2008. « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance ».

Sites Internet :

<http://www.edpsciences.org/nss> Site consulté le 15 avril 2015.

<http://www.unafam.org/IMG/pdf/LivreBlancSantéMentale-2.pdf> Site consulté le 18 avril 2015.

http://fr.wikipedia.org/wiki/Histoire_de_la_psychiatrie_en_europe_et_aux_états-unis Site consulté le 29/05/2015.

<http://www.adesm.fr> Site consulté le 1^{er} juin 2015.

http://unaformec.org/IMG/pdf/Bon_commande.pdf Site consulté le 13 juillet 2015.

<http://www.anesm.sante.gouv.fr> Site consulté à de nombreuses reprises entre Mai et août 2015. Partie « Recommandations publiées ».

<http://www.legifrance.fr>

http://www.santé.gouv.fr/fichiers/bo/2011/11-07/ste_20110007_0100-0064.pdf Site consulté le 25 juillet 2015.

Liste des annexes

- I. Cartographie des métiers présents au FAM en 2005 et 2012.
- II. Calendrier des actions.
- III. Organigramme du FAM.
- IV. Procédure d'accueil des stagiaires.
- V. Extraits d'articles parus dans le journal « Sud-Ouest ».
- VI. Procédure PPI.
- VII. Esquisse de plan du PE.
- VIII. Echancier et groupes de travail pour le PE.
- IX. Analyse du questionnaire de satisfaction à l'attention des résidents.
- X. Analyse enquête de la satisfaction au travail des professionnels du FAM.

I. Cartographie des métiers présents au FAM en 2005 et 2012

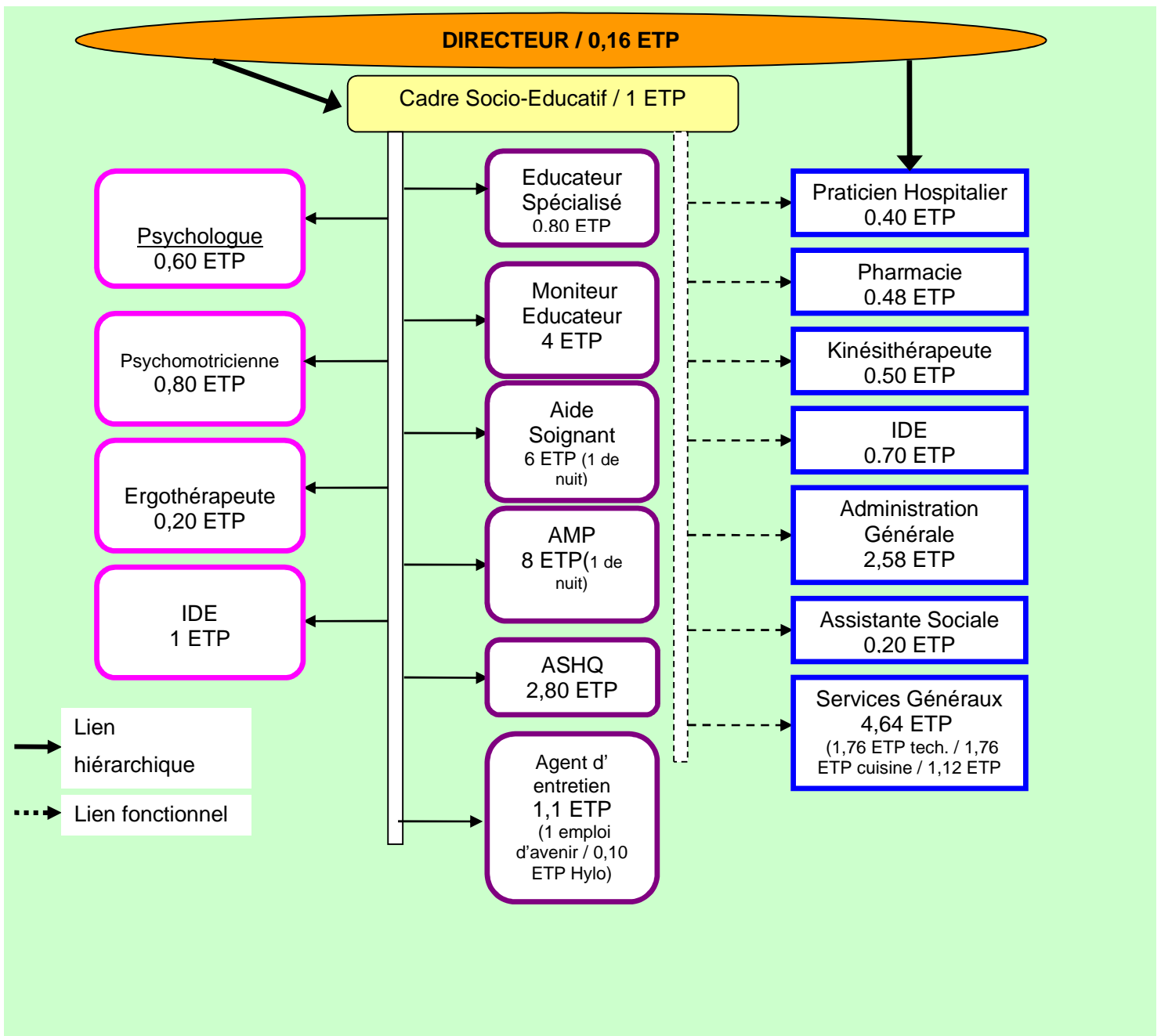
Tableau des personnels							
Année	A la création, en 2005			Début 2012			
Cartographie des métiers présents sur le FAM	Par redéploiement de l'USLD vers le FAM	Par mesures nouvelles	Commentaires	Déclinaison en E.T.P	Agents issus du secteur sanitaire	Age moyen par cœur de métier	Nombre d'année au CH (moyenne par métier)
AS	7.8		Redéployés	2 (dont 1 en formation ME)	2	44.5	25.5
AMP		3	Recrutés	7	2 (ex ASQH)	41.6	10.2
Animateur		1	Jamais recruté	0	-	-	-
ME		1	Recruté	1	-	35	2
ASHQ	5.2		Redéployés	6	6	47.4	27.2
ES		1	Recruté durant quelques mois	0	-	-	-
IDE	2.6	2	Recrutés mais non affectés au FAM	4 (mutualisés avec le sanitaire)	4	40.5	13.1
Psychologue				0.6	-	41	4
Psychomotricien		1	Recruté	0.80	-	33	5
Ergothérapeute		1	Recruté, mais mutualisé avec le SSR	1 (mutualisé avec le sanitaire)	-	34	4
Kiné		1	Recruté, mais mutualisé avec les autres services	1 (mutualisé avec le sanitaire)	1	60	18
Diététicien				0.1	1	55	24
Cadre de santé		0.5	Au final redéployé, issu de l'USLD	1 (cse non recruté)			
Praticien hospitalier		0.5	Recruté mais mutualisé avec les services de soins	0.4	1	43	4
TOTAL	15.6	12		24.9	17	43.18	12.45

II. Calendrier des actions

Objectifs	Actions	Années				
		2012	2013	2014	2015	2016
Dynamiser les interrelations et les RH	Pratiquer des recrutements ciblés					
	Réaliser les fiches de poste pour tous les professionnels intervenant au FAM + Réactualisation					
	Rédiger des procédures d'accueil pour les nouveaux professionnels, pour les stagiaires.					
	Favoriser les interactions, penser collectivement la clinique (formation, groupes de travail, analyses des pratiques)					
Favoriser l'ouverture et porter la nouvelle culture	Organiser, participer à des manifestations					
	Faciliter l'accueil des stagiaires					
	Obtenir les prérogatives nécessaires (délégations (DUD), fiche de poste)					
	Agent de liaison au sein du CH (instances, réunions...) et sur le territoire (rencontres...)					
Donner durablement du sens à l'action	Créer une procédure d'admission et d'accueil + Réactualisation					
	Révisions des contrats de séjour et règlement de fonctionnement					
	Elaborer puis évaluer annuellement les PPI					
	Rédiger des procédures et outils loi 2002-2					
	Articuler soins et accompagnement (réunions, staff)					
	Réécrire le projet d'établissement					
Engager le FAM dans un processus d'amélioration continue de la qualité	Améliorer les conditions d'accueil grâce à une évolution architecturale					
	Evaluer la satisfaction des résidents					
	Evaluer la satisfaction au travail (tous les 2 ans)					
	Evaluer la satisfaction des partenaires					
	Analyses des données liées à l'activité					
	Evaluation interne					

III. Organigramme du Foyer d'Accueil Médicalisé

(Clef de répartition au lit ou au temps effectif.)



IV. Procédure d'accueil des stagiaires

Centre Hospitalier La Meynardie	Accueil d'un stagiaire au Foyer d'Accueil Médicalisé		Référence : PRAD 37	
			Révision : 00	
			Date d'application : rétroactive	
			Page 1 sur 3	
Diffusion				
Lieux	BlueMediSanté – <i>Base documents qualité</i> – RH et FAM			
Fonctions	Equipe pluriprofessionnelle			
Indice de révision	Date	Modifications		
00	03/09/2013	Création		
	Rédaction	Validation	Approbation	Autorisation diffusion
Nom	RAMART Jean-Marc	[REDACTED] Jean-François	[REDACTED] Jean-François	[REDACTED] Isabelle
Fonction	Cadre Socio-éducatif	Directeur	Directeur	Responsable qualité
Date	03/09/2013	16/09/2013	16/09/2013	18/09/2013
Visa				

MOTS CLES :

SOMMAIRE

I. OBJECTIF

II. DOMAINE D'APPLICATION

III. DOCUMENTS ASSOCIES

IV. CONTENU

IV.1 : Modalités administratives et conditions de stage

IV.2 : Engagement de l'établissement vis-à-vis du stagiaire

IV.3 : Engagement du stagiaire vis-à-vis de l'établissement

I. OBJECTIF

Le Foyer d'Accueil Médicalisé de la Meynardie s'engage à réaliser un accueil personnalisé à tout stagiaire dans l'objectif de leur permettre d'acquérir et/ou de développer des compétences professionnelles.

II. DOMAINE D'APPLICATION

Cette procédure s'applique à tous les professionnels du Foyer d'accueil médicalisé et plus particulièrement au professionnel en position de référent.

A tout stagiaire dans le cadre d'un programme de formation ou de découverte à l'emploi, etc...

III. DOCUMENTS ASSOCIES

Convention de stage tripartite établissement, organisme de formation ou pôle emploi, stagiaire.

Les documents d'évaluation devront être fournis par le stagiaire et seront remplis par le(s) agent(s) tuteur(s) du stagiaire.

IV. CONTENU

IV.1 - Modalités administratives et conditions de stage

Tout stage fait l'objet d'une **convention tripartite** entre le stagiaire, l'organisme de formation, pôle emploi... et le CH la Meynardie.

Le temps de travail effectif est défini dans cette convention et ne pourra excéder 35 heures hebdomadaires dont – communément – 5 heures sont consacrées au travail personnel et de recherches.

Centre Hospitalier La Meynardie	Accueil d'un stagiaire au Foyer d'Accueil Médicalisé	Référence : PRAD 37
		Révision : 00
		Date d'application : rétroactive
		Page 2 sur 3

Le planning de travail - élaboré en concertation entre le stagiaire et le(s) professionnel(s) chargé(s) de son suivi - est validé par le cadre ou par l'éducatrice spécialisée par délégation puis porté à la connaissance de l'équipe.

1. Un stagiaire ne peut pallier l'absence d'un salarié de l'établissement.
2. Le stagiaire est tenu au **secret professionnel** concernant toutes les informations dont il a connaissance durant le stage.
3. Il doit se conformer à l'ensemble des directives qui lui seront communiquées ainsi qu'au **règlement intérieur de l'établissement**.
4. Le Foyer d'Accueil Médicalisé s'accorde le droit d'interrompre un stage suite à des manquements graves aux consignes ou à l'éthique professionnelle.
Cette décision – faisant suite à un entretien en présence du stagiaire, d'un représentant du centre de formation et du cadre du service ou du directeur de l'établissement – est actée par courrier recommandé avec AR.

IV.2 – Engagement de l'établissement vis-à-vis du stagiaire

1. Préparation du stage et accueil du stagiaire :

Suite à une demande de stage, le CV ainsi que la lettre de motivation sont transmises à l'équipe. Les professionnels sont sollicités par le cadre lors de la réunion de service. Les agents volontaires se font connaître et sont choisis en fonction de leur cœur de métier, de leur expérience professionnelle, de leur intérêt pour la formation. Deux personnes sont nommées dans le but d'assurer un suivi efficient.

Une première rencontre est organisée avec le cadre du service dans le but de questionner les motivations du stagiaire, de présenter la structure ainsi que les caractéristiques de la population accueillie, d'explicitier les attentes à l'égard du stagiaire (questionnements, regard critique...)

A son arrivée, le stagiaire est accueilli par un des accompagnateurs de stage, ce dernier lui présente les résidents, les membres de l'équipe et le fonctionnement général du foyer.

2. Le champ d'intervention :

L'équipe du FAM

Par la suite, le stagiaire est intégré au sein de l'équipe pluri professionnelle, dans le but de pouvoir échanger avec ses membres et ainsi bénéficier de leur retour d'expériences. Il est amené à participer aux réunions de service, aux analyses des pratiques, aux synthèses (avec l'accord des résidents) ainsi qu'aux actions de formation.

Les usagers

Après une phase d'observation, le stagiaire peut intervenir seul, en intra-muros, auprès des personnes en situation de handicap – en cohérence avec les actions éducatives et le projet personnalisé de la personne - après concertation et/ou supervision d'un professionnel.

Lors des accompagnements hors de la structure, le stagiaire est nécessairement accompagné par un professionnel, il n'est pas habilité à intervenir seul à l'extérieur sauf accord express du cadre ou en son absence du directeur.

Les secteurs d'activité médicosociale

Sur demande, ils pourront découvrir d'autres services du centre hospitalier afin de mieux appréhender tant la diversité du public accueilli que les champs d'intervention. Cette requête ne sera validée qu'après concertation et validation par les cadres ou par le directeur.

Centre Hospitalier La Meynardie	Accueil d'un stagiaire au Foyer d'Accueil Médicalisé	Référence : PRAD 37
		Révision : 00
		Date d'application : rétroactive
		Page 3 sur 3

3. Suivi et évaluation

Le référent

Les accompagnateurs sont chargés d'assurer le suivi de la formation du stagiaire par des entretiens formalisés, à minima chaque 15 jours mais aussi par un accompagnement méthodologique ou documentaire sur le site de travail.

Modalités d'évaluation

A la fin du premier mois de stage, un bilan est réalisé en présence du stagiaire, de l'accompagnateur et de l'éducatrice spécialisée (intervenant par délégation du cadre).

Ces bilans ont vocation de permettre au stagiaire d'ajuster son projet à la réalité du terrain, de situer, de comprendre voire de modifier son positionnement dans le cadre des relations aux résidents, aux accompagnateurs, aux partenaires...

En outre, quelle que soit la durée du stage et en dehors de toute évaluation, une rencontre se déroule à mi-chemin et à la fin de la période avec le cadre du service. Ces entretiens sont l'occasion de recueillir les interrogations, les questionnements du stagiaire en lien avec les pratiques de terrain.

En tant que site qualifiant, l'évaluation finale évaluera :

- L'adéquation entre le projet de stage et sa réalisation concrète.
- L'analyse des écarts entre la projection et la réalisation.
- La connaissance du public et des missions de l'établissement.
- Le positionnement du stagiaire dans ses relations envers les résidents.
- L'implication et l'intégration au sein de l'équipe.
- La connaissance globale du champ d'intervention.

IV.2 – Engagement du stagiaire vis-à-vis de l'établissement

Le stagiaire s'engage à :

1. Présenter, à ses accompagnateurs, des objectifs de stage personnalisés et réalistes,
2. S'impliquer dans le stage en vue d'atteindre les objectifs fixés,
3. Respecter les règles et valeurs de l'établissement,
4. Respecter les exigences de confidentialité,
5. S'inscrire dans une démarche d'évaluation,
6. Présenter, aux accompagnateurs, les documents écrits réalisés contribuant à la validation du stage,
7. Travailler – en étroite collaboration – avec ses accompagnateurs afin d'évaluer les potentialités, les points de vigilance, les limites de son intervention.

v. Extraits d'articles parus dans le journal « Sud-Ouest ».

ST-PRIVAT-DES-PRÉS

Pour fêter les 7 années d'existence du Foyer d'Accueil Médicalisé mais aussi pour clôturer une période estivale riche en activités et en sorties, l'intégralité du service a quitté le Centre Hospitalier de la MEYNARDIE dans le but de se rendre une journée dans le département des LANDES. Un programme intense - ce 30 août 2012 - attendait les 43 personnes composant le groupe soit 28 résidents et 15 accompagnateurs. La journée a débuté par un réveil matinal dès 5 h 45 suivi d'un déplacement en bus, affrété par un autocariste local. A destination, au lac de MAGUIDE, les résidents ont profité de l'espace pour jouer à la pétanque, se promener en bord de plage ou flâner avant de partager un pique-nique sous l'ombrage des pins maritimes. L'après-midi a été marquée par un temps dédié à la baignade. Grâce aux tires à l'eau, les personnes en situation d'handicap moteur ont pu - elles aussi - profiter des joies de la plage.



La journée s'est clôturée par la visite de BISCARROSSE mais aussi par un moment de détente, de rafraîchissement aux terrasses de café et / ou de glacier.

SAINT-PRIVAT-DES-PRÉS
Mieux connaître La Meynardie



Des portes ouvertes étaient organisées au centre hospitalier La Meynardie, samedi. Cette journée a permis aux familles des résidents de découvrir l'univers de l'établissement et l'organisation du foyer d'accueil médicalisé. Les pensionnaires exposaient leurs œuvres. PHOTO ILLUSTRATION

SAINT-PRIVAT-DES-PRÉS
Échanges entre établissements à la Meynardie

Mardi, le foyer d'accueil médicalisé La Meynardie a organisé une rencontre inter-établissements dans la commune de Saint-Privat-des-Prés. Six étaient de la partie, soit environ 70 résidents et accompagnateurs. Un pique-nique était au programme de cette journée, ainsi qu'une randonnée de plus de 2 kilomètres suivie d'une collation.

La loi du 11 février 2005 garantit pour les personnes en situation de handicap le droit de participation à la vie sociale. Cette journée en tient dans ce cadre.

J.-L. S.



70 personnes de six établissements ont participé à la journée. PHOTO DR

VI. Procédure et maquette PPI

Centre Hospitalier La Meynardie	Projet Personnalisé d'Interventions au Foyer d'Accueil Médicalisé		Référence : PRAD 41	
			Révision : 00	
			Date d'application : rétroactive	
			Page 1 sur 3	
Diffusion				
Lieux	BlueMediSanté – <i>Base documents qualité</i> – FAM			
Fonctions	Equipe pluriprofessionnelle			
Indice de révision	Date	Modifications		
00	07/01/2014	Création		
	Rédaction	Validation	Approbation	Autorisation diffusion
Nom	RAMART Jean-Marc	Jean-François	Jean-François	Isabelle
Fonction	Cadre Socio-éducatif	Directeur	Directeur	Responsable qualité
Date	07/01/2014	14/01/2014	14 /01/2014	15 /01/2014
Visa				

I. OBJECTIF

Le Foyer d'Accueil Médicalisé de la Meynardie met en œuvre une démarche d'accompagnement personnalisé de tout usager accueilli dès son admission et tout au long de son parcours.

Le PPI est un document fondamental qui doit structurer tout le travail de prise en charge et d'accompagnement du résident, en termes d'objectifs mesurables et de moyens.

Il s'appuie nécessairement sur les conclusions et décisions que doit comporter le compte-rendu de réunion PPI.

II. DOMAINE D'APPLICATION

Cette procédure s'applique à tout professionnel de l'équipe pluridisciplinaire du FAM, dans son champ d'intervention et intervenant dans l'accompagnement personnalisé du résident.

Spécifiquement :

- Le cadre du service détient une délégation du directeur pour superviser, valider et signer les PPI.
- L'éducatrice spécialisée est coordonnatrice du projet personnalisé des résidents et responsable de la mise en œuvre, en collaboration avec les référents, l'IDE, les personnels de soins, médico-techniques et éducatifs et ce, en concertation avec le cadre.

Elle est également garante de la mise en forme du PPI.

III. DÉFINITIONS / ABRÉVIATIONS (facultatif)

- PPI : Projet Personnalisé d'Interventions
- FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé
- ES : Educateur Spécialisé
- DPI : Dossier Patient Informatisé

IV. DOCUMENTS ASSOCIÉS

- Compte-rendu de réunion projet
- Documents préparatoires
- DPI Osiris

Centre Hospitalier La Meynardie	Projet Personnalisé d'Interventions au Foyer d'Accueil Médicalisé	Référence : PRAD 41
		Révision : 00
		Date d'application : rétroactive
		Page 2 sur 3

IV. CONTENU - DEMARCHE

1. Les démarches préalables à la réunion

1.1 Planification de la réunion

Le cadre planifie la réunion de projet.

1.2 Rencontre du résident

A compter de ce moment, l'ES accompagnée d'un référent rencontrent le résident afin de lui expliquer la notion de projet personnalisé. Ils recueillent ses remarques sur la qualité de vie au FAM, ses souhaits en termes d'accompagnement global (attentes / besoins / activités...) et les consignes sur le document dédié.

1.3 Observations et Bilans

De même, des bilans et/ou observations sont réalisés par la psychologue, l'ergothérapeute, la psychomotricienne, L'ES est chargée de recueillir ces divers documents préparatoires et de les faire circuler entre les personnes concernées avant la réunion de projet.

1.4 Participation du mandataire ou de la famille

Les mandataires de justice sont informés de la démarche par l'ES. La famille peut être également informée, si elle est présente et investie et si, le résident en est d'accord.

2. La réunion de projet

2.1. La grille ROCS

Cette réunion débute par le renseignement en équipe multidisciplinaire (champ éducatif, paramédical et médico-technique) de la grille ROCS (Référentiel d'Observations des Compétences Sociales) qui permet de mettre en lumière les dimensions à travailler et qui constitue un support pour la définition des objectifs. Cette évaluation est complétée par le renseignement d'une grille dite de vulnérabilité.

2.2 Evaluation et objectifs

La réunion se poursuit par une évaluation de l'accompagnement actuellement proposé et par la définition de points à travailler en lien avec la vie du résident (accompagnement quotidien, activités, lien avec la famille et/ou l'entourage proche, santé, projet de vacances, de réorientation ...) et ce, au regard des souhaits du résident, des données médicales et paramédicales.

Le recueil de toutes ces informations - en vue de la rédaction du PPI - est réalisé simultanément par l'ES et les référents lors de cette réunion.

3. La rédaction du PPI

L'élaboration du document est établie par ES.

La dimension du soin est intégrée dans le PPI dans le cadre de l'accompagnement global de la personne. A ce titre, **une fiche de soin est complétée par IDE et validée par le médecin.** Au-delà, l'IDE précisera les besoins, les peurs face à l'acte de soins.

Cette démarche vise à améliorer la qualité des prestations ainsi que le confort du résident dans ce domaine. Dans cette intention, l'IDE mettra en exergue la dimension relationnelle de la personne face à l'acte de soins ainsi que certains protocoles techniques le facilitant.

Centre Hospitalier La Meynardie	Projet Personnalisé d'Interventions au Foyer d'Accueil Médicalisé	Référence : PRAD 41
		Révision : 00
		Date d'application : rétroactive
		Page 3 sur 3

Le PPI est, par la suite, soumis à l'approbation du cadre. En cas de non validation par le cadre, les responsables de projet (ES et référents) se rencontrent pour apporter les modifications nécessaires ou programment - si nécessaire - une nouvelle réunion de projet.

Lorsque le PPI est validé par le cadre, **un retour est proposé au résident.** De même, le PPI dans son format définitif – compilation des supports N° 10 à 18 renseignés par les différents professionnels (cf. maquette) - est transmis pour avis aux mandataires et, le cas échéant, pour information à la famille.

4. La signature du PPI :

La signature est réalisée, de façon formelle, dans le bureau du cadre en présence du résident, de son représentant légal, du référent ou du co-référent et de l'ES.

Les objectifs ainsi que les moyens pour les atteindre sont rappelés, relus et à nouveau explicités si nécessaire. **Le PPI est validé formellement par les signatures du résident, du mandataire et du cadre par délégation de la direction.**

5. Suivi et évaluation du PPI :

Les référents sont les garants du suivi du PPI. En cas de complication, ils peuvent solliciter l'ES qui en référera au cadre.

- **A six mois**, une évaluation dite intermédiaire est réalisée en présence d'au moins un référent, de l'ES, de l'IDE et du cadre.
- En cas de difficultés importantes ou d'évolutions conséquentes de la situation, après l'aval des parties signataires, le PPI pourra être révisé partiellement.
- **Annuellement**, les parties « Objectifs et Moyens » sont évaluées collectivement lors d'une rencontre – avec le résident, les référents, l'ES, l'IDE, le mandataire et le cadre – grâce à la grille proposée. Cette évaluation permet d'ajuster les objectifs et les moyens ou d'en déterminer de nouveaux.
- **Tous les trois ans**, le PPI est revu en totalité. La procédure est donc redéployée dans son intégralité.

Les révisions annuelles et triennales peuvent aboutir :

- Soit à la définition de nouveaux objectifs.
- Soit à l'allocation d'autres ressources et/ou d'autres moyens pour atteindre les objectifs déjà définis.
- Soit à la décision d'une réorientation.

I. DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE (facultatif)

Recommandations de bonnes pratiques :

- Qualité de vie en MAS-FAM (volet 1) *Expression, communication, participation et exercice de la citoyenneté* - Avril 2013
- Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement. Novembre 2009
- Les attentes de la personne et le projet personnalisé - Décembre 2008

II. ANNEXES

Annexes 1 à 18 du PPI/FAM/DE/10 à18/version 01



NOM PRENOM :

Date de mise à jour :

1- VIE QUOTIDIENNE**1.1- Lever :**

Heure habituelle de lever :

Sont notés ici le degré de dépendance pour le lever :

Autonome Aide partielle Aide totale

Quel matériel est utilisé (lève-malade) :

Observations et protocoles particuliers :

1.2- Toilette hygiène corporelle habillage :

Aptitudes et besoins	Autonome	Aide partielle	Aide totale	Remarques
Toilette				
Rasage				
Coiffure				
Hygiène Bucco-dentaire				
Hygiène menstruelle				<u>Protections :</u>
Choix des vêtements				
Habillage				
Déshabillage				

Observations et protocoles particuliers :Document à usage interne
Secret professionnel

DE SN 20/10 - V0

Etabli le : ... / ... / ...
Par :



* PROPETE SPHINCTERIEENNE DE JOUR :

Aptitudes et besoins	Autonome	Aide partielle	Aide totale	Remarques
Utilisation de W.C.				
Mise au W.C. ou au bassin				

Utilisation de protections : en continu pour la sieste

Heures des changes :

Types de protections : Taille : S M L

Observations et protocoles particuliers : (préciser à cet endroit si en fonction des moments de la journée la nature de la protection est différente).

* TOILETTE DU MATIN :

Aptitudes et besoins	Autonome	Aide partielle	Aide totale	Remarques
Toilette au lit				
Bain				
Toilette au lavabo				
Toilette douche				

Matériel utilisé :

Observations et protocoles particuliers :

Document à usage interne
Secret professionnel

DE SN 20/10 – V0

Etabli le : ... / ... / ...
Par :



* TOILETTE DU SOIR :

Aptitudes et besoins	Autonome	Aide partielle	Aide totale	Remarques
Toilette au lit				
Bain				
Toilette au lavabo				
Toilette douche				

Matériel utilisé :

Observations et protocoles particuliers :

1.3- Prothèses et équipements divers :

Il s'agit ici d'apprécier l'utilisation quotidienne (mise en place, port, nettoyage courant) et le degré d'autonomie dans cette gestion

	Autonome	Aide partielle	Aide totale	Remarques
Prothèses dentaires				
Prothèses auditives				
Prothèses oculaires				
Chaussures orthopédiques				
Bas à varices				
Corset				
Casque				
Orthèses				

Date de renouvellement à retenir :

Document à usage interne
Secret professionnel

DE SN 20/10 - V0

Etabli le : ... / ... / ...
Par :



1.4- Alimentation et Hydratation :

- Type d'alimentation :

Type d'aliments	Consistance normale	Coupés en petits morceaux	Ecrasés à la fourchette	Hachée	Mixés	
					Texture Normal	Texture lisse
Légumes						
Viandes						

* Type d'alimentation : Liquide épaisse gélifiée

Boissons préférées :

Boissons recommandées :

* APTITUDES (noter ici le degré d'autonomie et le besoin d'aide pour alimentation) :

	Autonome	Aide partielle	Aide totale	Remarques
S'installer à table				
Se servir				
Boire				
Porter à la bouche				
Se servir des couverts				
Couper les aliments				
Rester assis(e) à table				

Document à usage interne
Secret professionnel

DE SN 20/10 - V0

Etabli le : ... / ... / ...
Par :



* MODALITES DE PRISE DE REPAS (noter ici heures, compositions et particularités des repas) :

Prises alimentaires	Heure	Composition, matériel spécifique et particularités
Petit déjeuner		
Déjeuner		
Gôûter		
Dîner		
Collation(s) supplémentaire(s)		
Hydratation supplémentaire		

* OBSERVATIONS PARTICULIERES ET SURVEILLANCE (noter ici les troubles de la déglutition, de la mastication, les goûts particuliers, l'avidité, la boulimie ...) :

1.5- Déplacement et locomotion :

On précisera ici le degré d'autonomie et le besoin d'aide ainsi que le matériel utilisé.

Déplacement et locomotion	Autonome	Aide partielle	Aide totale	Matériel utilisé (cannes, déambulateur, fauteuil)
Dans le service				
A l'extérieur				
Dans les escaliers				
Installation dans un véhicule				

Remarque(s) :

Document à usage interne
Secret professionnel

DE SN 20/10 - V0

Etabli le : ... / ... / ...
Par :



1.6- Dispositif de nuit :

* PREPARATION ET COUCHER

Heure du coucher :

Vêtire de nuit :

Manipulation et matériel à utiliser :

Précautions particulières :

* INSTALLATION ET SECURITE : (noter ici si un dispositif est en place et indiquer la modalité de réalisation)

Dispositif	Oui	Non	Parfois	Modalité de réalisation
Barrière de lit				
Sonnettes de nuit				
Protection au sol				
Contention de nuit				

* PROPETE SPHINCTERIEENNE DE NUIT :

Aptitudes et besoins	Autonome	Aide partielle	Aide totale	Remarques
Utilisation de W.C.				
Mise au W.C. ou au bassin				

Utilisation de protections : en continu pour la sieste

Heures des changes :

Types de protections : Taille : S M L

Document à usage interne
Secret professionnel

DE SN 20/10 - V0

Etabli le : ... / ... / ...
Par :



Observations et protocoles particuliers : (préciser à cet endroit si en fonction des moments de la journée la nature de la protection est différente).

* ALIMENTATION NOCTURNE (concerne prise alimentaire et boisson de nuit)

Type d'alimentation :

Horaire :

* SURVEILLANCE PARTICULIERE (ex. surveillance sommeil, chambre fermée, déambulation, fugues ...)

* PROTOCOLES PARTICULIERS POUR LA NUIT

Document à usage interne
Secret professionnel

DE SN 10/10 - V0

Etabli le : ... / ... / ...
Par :



NOM FRENOM :

Date de Naissance :

Age :

Date d'élaboration : ... / ... / ...

Réunion de projet du : ... / ... / ...

Responsable(s) de projet :

-
-

Personnes concernées par le projet :

Nom, Prénom	Fonction	Liens	A participé à l'élaboration et/ ou la réunion de projet

Période couvert par le projet individualisé :

Document à usage interne
Secret professionnel

DE SN 20/11 – V0





Bilan du projet précédent :

Rappel des objectifs :

Objectif n°1 :

Objectif n°2 :

Objectif n°3 :

Objectifs	Réalisé (oui/non)	En cours	Non mis en oeuvre	Commentaires
1				
2				
3				

Document à usage interne
Secret professionnel

DE SN 20/11 - V0



~~ELABORATION DU PROJET INDIVIDUEL~~

Attentes et/ou besoins exprimés par la personne :

Objectifs du projet individuel :

-

-

-

Document à usage interne
Secret professionnel

DE SN 20/11 - V0





Moyens de réalisation et délais envisagés :

(Acteurs –Description des actions)

Modalités d'évaluation :

Avis, commentaires et Signature des parties :

Document à usage interne
Secret professionnel

DE SN 20/11 – V0





Document préparatoire en vue de la réunion de projet du :

... / ... / ...

NOM PRENOM :

Date de Naissance :

OBSERVATIONS

Document à usage interne
Secret professionnel

DE SN 20/13 - V0

Etabli le : ... / ... / ...
Par :

Document préparatoire en vue de la réunion de projet du :

... / ... / ...

NOM PRENOM :

Date de Naissance :

OBSERVATIONS

Document à usage interne
Secret professionnel

DESN 20/14 - V0

Etabli le : ... / ... / ...
Par :

Document préparatoire en vue de la réunion de projet du :

... / ... / ...

NOM PRENOM :

Date de Naissance :

OBSERVATIONS

Document à usage interne
Secret professionnel

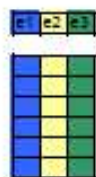
DE SN 20/15 – V0

Etabli le : ... / ... / ...
Par :

DIMENSION 1 : VIE AFFECTIVE

CRITERE 1 : Relations à la famille

- Degré 5 : Distanciation avec sa famille, projetée sa propre construction
 - Degré 4 : Régularité des relations, demande à s'y rendre de sa propre initiative
 - Degré 3 : Premiers nouveaux contacts avec la famille.
 - Degré 2 : Garde pour repère essentiel sa famille avec besoin de rencontres régulières
 - Degré 1 : Hyperdépendance à sa famille. Ne peut se représenter autre chose.
- NON RENSEIGNE = 0



CRITERE 2 : Relations et liens amicaux

- Degré 5 : Tissu amical riche à l'intérieur de l'établissement comme à l'extérieur
 - Degré 4 : Tissu relationnel riche constitué dans l'établissement
 - Degré 3 : Quelques amis dans l'environnement proche
 - Degré 2 : Dans le cadre du FAM, relations de type "copains"
 - Degré 1 : Aucune relation avec ses pairs
- NON RENSEIGNE = 0



CRITERE 3 : Expression et contrôle des émotions

- Degré 5 : La parole prend le relais des émotions, elle permet de les verbaliser
 - Degré 4 : Tendance à des débordements émotionnels reconnus qui peuvent être repris
 - Degré 3 : Face à certaines émotions, le résident est perturbé mais sollicite l'autre (aide)
 - Degré 2 : Sensibilité exacerbée qui nécessite l'intervention des accompagnants
 - Degré 1 : Expression brute et imprévisible des émotions parfois incompréhensibles
- NON RENSEIGNE = 0



CRITERE 4 : Position dans les conflits

- Degré 5 : Verbalise sur les conditions d'un conflit avec prise de recul et analyse
 - Degré 4 : Va au conflit que si les limites par rapport à lui sont franchies
 - Degré 3 : Rôle modérateur ou protecteur dans les conflits. Est capable d'intervenir
 - Degré 2 : Jamais de réflexion sur le fond et les conditions du conflit
 - Degré 1 : Evitement de tout conflit ou génère et attise les conflits
- NON RENSEIGNE = 0



CRITERE 5 : Vie sexuelle

- Degré 5 : Tend vers une relation de couple durable et satisfaisante pour lui
 - Degré 4 : Relation durable avec un partenaire sans pour autant une notion de couple
 - Degré 3 : Sexualité mise en acte sans choix de personne bien définie
 - Degré 2 : Manifestation du désir d'une vie sexuelle accomplie et verbalisation des blocages
 - Degré 1 : Vie sexuelle centrée sur l'imaginaire sans rapports avec autrui
- NON RENSEIGNE = 0

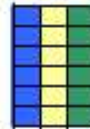


DIMENSION 2 : VIE SOCIALE

CRITERE 1 : Position dans le groupe, le collectif

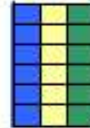


- Degré 5 : Participe à l'organisation des tâches et peut entraîner les autres
 - Degré 4 : Est capable d'initiative, peut remplacer un absent
 - Degré 3 : Participe de sa propre initiative (sans rappel) aux tâches collectives
 - Degré 2 : Participe de sa propre initiative aux tâches collectives mais il faut rappeler les consignes
 - Degré 1 : Participe uniquement sur instruction aux tâches collectives
- NON RENSEIGNE = 3**



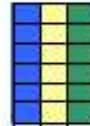
CRITERE 2 : Communication, échange avec les autres résidents

- Degré 5 : Peut parler pour les autres et les représenter, prendre la parole aisément
 - Degré 4 : Est capable de lancer la conversation sur un sujet avec d'autres résidents
 - Degré 3 : Participe parfois à des conversations regroupant plusieurs résidents
 - Degré 2 : Communique uniquement avec 1 ou 2 personnes du groupe
 - Degré 1 : Ne communique pas avec ses pairs
- NON RENSEIGNE = 3**



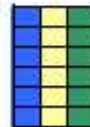
CRITERE 3 : Présentation, image de soi

- Degré 5 : Présentation adaptée à toutes situations
 - Degré 4 : Présentation adaptée nécessitant une aide occasionnelle
 - Degré 3 : Présentation adaptée nécessitant une aide de proximité
 - Degré 2 : Présentation adaptée sur instruction
 - Degré 1 : Surveillance accrue et instruction obligatoire
- NON RENSEIGNE = 3**



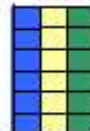
CRITERE 4 : Loisirs

- Degré 5 : Participe seul à quelques activités extérieures
 - Degré 4 : S'inscrit et participe à la plupart des activités organisées par le FAM
 - Degré 3 : Participe occasionnellement à quelques activités ou suit le mouvement
 - Degré 2 : Participe aux activités sur forte sollicitation des encadrants
 - Degré 1 : Refuse toute participation aux activités proposées par le foyer
- NON RENSEIGNE = 3**



CRITERE 6 : Communication avec les accompagnants

- Degré 5 : Communication aisée, échanges faciles et élaborés
 - Degré 4 : Echanges prépondérants, demandes de conseil importantes
 - Degré 3 : Demandeur de contact, de communication avec tous les accompagnants
 - Degré 2 : Communique avec un nombre limité d'accompagnants
 - Degré 1 : Evite la situation de communication, échange seulement sur sollicitation répétée
- NON RENSEIGNE = 3**



DIMENSION 3 : VIE INTELLECTUELLE

CRITERE 1 : Utilisation des acquis scolaires simple dans la vie quotidienne



- Degré 5 : Sait compter, gérer son argent, rédiger une lettre sans aides
- Degré 4 : Sait compter, gérer son argent, rédiger une lettre avec aide distancée
- Degré 3 : Ecrit sans modèle, réalise des calculs simples avec supervision
- Degré 2 : Parvient à recopier un modèle fourni, compte uniquement avec aide
- Degré 1 : Ne parvient pas à compter et/ou à recopier les lettres de l'alphabet
- NON RENSEIGNE = 3

CRITERE 2 : Curiosité, intérêt pour apprendre



- Degré 5 : Est dans une démarche de recherche volontaire (livres...)
- Degré 4 : Curiosité importante mais peu d'approfondissement
- Degré 3 : Quelques centres d'intérêt qu'il ne cherche pas à développer
- Degré 2 : Intérêt centré uniquement sur la satisfaction personnelle
- Degré 1 : Refus d'appréhender des choses nouvelles avec sentiment d'agression
- NON RENSEIGNE = 3

CRITERE 3 : Repérage dans le temps



- Degré 5 : Maîtrise le calendrier, peut programmer des actions sur une année
- Degré 4 : Possède des points de repères personnels partageant l'année (saison, anniv...)
- Degré 3 : Se repère sur la semaine ou le mois grâce à un support fourni (planning)
- Degré 2 : Se repère dans le déroulement de la journée
- Degré 1 : Ne se repère pas dans le temps
- NON RENSEIGNE = 3

CRITERE 4 : Repérage dans l'espace



- Degré 5 : Peut se créer des repères assez rapidement à l'extérieur
- Degré 4 : Se repère à l'extérieur sur des trajets fixes et connus
- Degré 3 : Se repère dans l'établissement et le parc
- Degré 2 : Se repère dans le service FAM
- Degré 1 : Ne se repère pas dans l'espace
- NON RENSEIGNE = 3

CRITERE 6 : Attention et concentration

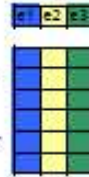


- Degré 5 : Est capable de tenir une tâche dans la durée (la finir, la reconduire)
- Degré 4 : Peut se concentrer sur l'activité proposée par l'accompagnant. Besoin de rappel
- Degré 3 : Facilement distractable, concentration par saccade
- Degré 2 : Prête attention à quelques situations qui ont un sens pour lui
- Degré 1 : Intérêt difficile à accrocher, Attitude de repli ou dispersion
- NON RENSEIGNE = 3

DIMENSION 4 : RAPPORT AU CORPS ET A LA SANTE

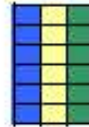
CRITERE 1 : Hygiène corporelle

- Degré 5 : Assume seul son hygiène corporelle
 - Degré 4 : Prend une douche tous les jours mais ne sait pas très bien se laver ou se raser
 - Degré 3 : Se douche irrégulièrement mais de sa propre initiative
 - Degré 2 : Assure son hygiène corporelle uniquement avec accompagnement
 - Degré 1 : N'assume pas son hygiène corporelle, peut refuser de se laver / ne pas y penser
- NON RENSEIGNE = 3**



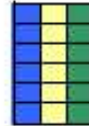
CRITERE 2 : Habillement

- Degré 5 : Change tous les jours et spontanément de vêtements
 - Degré 4 : Change de vêtements sur repères fixes dans la semaine
 - Degré 3 : Change ses vêtements mais sur rappel des accompagnants
 - Degré 2 : Change ses vêtements avec aide des accompagnants
 - Degré 1 : Ne change pas ses vêtements, intervention obligatoire des accompagnants
- NON RENSEIGNE = 3**



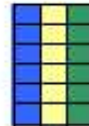
CRITERE 3 : Alimentation

- Degré 5 : Aucune aide nécessaire dans la prise des repas
 - Degré 4 : Accompagnement à la demande en fonction des mets (Ex: difficile à couper..)
 - Degré 3 : Accompagnement ponctuel dans la prise des repas
 - Degré 2 : Accompagnement soutenu dans la prise des repas
 - Degré 1 : Ne peut manger qu'avec l'aide des accompagnants
- NON RENSEIGNE = 3**



CRITERE 4 : Valorisation du corps

- Degré 5 : Affirmation de son "style", de ses goûts personnels pour se mettre en valeur
 - Degré 4 : Coquette, en quête d'attributs (coiffure, bijoux, cravate, chouchou)
 - Degré 3 : Recherche des compliments sur l'apparence physique. Fierté de son élégance.
 - Degré 2 : L'apparence physique et la valorisation du corps comptent peu pour le résident
 - Degré 1 : La valorisation du corps appartient uniquement à l'entourage
- NON RENSEIGNE = 3**



CRITERE 5 : Rapport à la santé

- Degré 5 : Gère ses problèmes de santé avec l'infirmière, le médecin
 - Degré 4 : Exprime son mal mais à besoin d'une aide sécurisante
 - Degré 3 : Exprime ses maux de façon vague et non localisée, schéma corporel non intégré
 - Degré 2 : Ne parvient pas à exprimer un mal, seul son comportement évolue
 - Degré 1 : Refuse les soins ou sollicite perpétuellement pour obtenir des soins
- NON RENSEIGNE = 3**



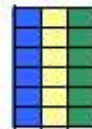
DIMENSION 6 : COMPETENCES DANS L'ENVIRONNEMENT

CRITERE 1 : Capacité à élargir son environnement

e1 e2 e3

- Degré 5 : Est à l'aise au contact d'environnements très différents
- Degré 4 : Investissement de lieux nouveaux avec accompagnement distancié
- Degré 3 : Peut vivre des environnements différents si accompagné par un adulte
- Degré 2 : Manifeste peu d'intérêt pour les endroits où on l'installe
- Degré 1 : Refuse la rencontre avec de nouveaux espaces / lieux

NON RENSEIGNE = 0



CRITERE 2 : Communication avec les personnes de l'extérieur (Inconnus)

- Degré 5 : Fait face à toutes modalités d'échange avec des inconnus
- Degré 4 : Peut communiquer avec des inconnus si présence discrète de l'adulte référent
- Degré 3 : Echanges avec inconnus dans un environnement proche (visiteurs, commerçants)
- Degré 2 : Echange avec inconnus possible si introduction par l'adulte référent
- Degré 1 : Ne recherche pas la communication avec les inconnus

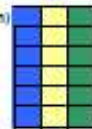
NON RENSEIGNE = 0



CRITERE 3 : Acteur dans l'environnement

- Degré 5 : Peut agir sur son environnement et le transformer (chambre/demande orientation)
- Degré 4 : Agit sur l'environnement mais à besoin de l'adulte pour l'aider
- Degré 3 : Ne peut être acteur mais manifeste ses souhaits (acteurs par personne interposée)
- Degré 2 : Annihile, restreint ses possibilités d'action par crainte ou angoisse
- Degré 1 : Fait preuve d'une grande passivité

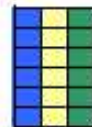
NON RENSEIGNE = 0



CRITERE 4 : Réaction aux situations nouvelles

- Degré 5 : Capable de faire face aux situations nouvelles sans aides
- Degré 4 : Capable d'organisation et d'initiative dans un contexte général délimité
- Degré 3 : Pas destabilisé par la nouveauté mais doit être stimulé pour la rencontrer
- Degré 2 : Demande systématiquement aide et assistance auprès des autres
- Degré 1 : Evitement des situations nouvelles, recherche la routine

NON RENSEIGNE = 0



CRITERE 6 : Connaissance de l'environnement macro

- Degré 5 : A une vision élargie du monde (suit les informations) est au fait de l'actualité
- Degré 4 : A une perception de la France en localisant des villes précises connues
- Degré 3 : Connait les départements et y possède des points repères
- Degré 2 : Connait les communes environnantes y possède des points de repères
- Degré 1 : Pas de repère dans l'environnement macro, maîtrise au niveau de l'établissement

NON RENSEIGNE = 0



DIMENSION 1					DIMENSION 2					DIMENSION 3					DIMENSION 4					DIMENSION 5				
C1	C2	C3	C4	C5	C1	C2	C3	C4	C5	C1	C2	C3	C4	C5	C1	C2	C3	C4	C5	C1	C2	C3	C4	C5
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

75

homogénéité des observations

0,00

DIMENSION 1	DIMENSION 2	DIMENSION 3	DIMENSION 4	DIMENSION 5
0	0	0	0	0

Commentaires :

OBJECTIFS GLOBAUX degré de compétences obtenus majorés de 1

DIMENSION 1					DIMENSION 2					DIMENSION 3					DIMENSION 4					DIMENSION 5				
C1	C2	C3	C4	C5	C1	C2	C3	C4	C5	C1	C2	C3	C4	C5	C1	C2	C3	C4	C5	C1	C2	C3	C4	C5
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

OBJECTIFS PRIORITAIRES

DIMENSION 1					DIMENSION 2					DIMENSION 3					DIMENSION 4					DIMENSION 5				
C1	C2	C3	C4	C5	C1	C2	C3	C4	C5	C1	C2	C3	C4	C5	C1	C2	C3	C4	C5	C1	C2	C3	C4	C5
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Critère clinique:

Demande du résident:

Demande de la famille :

Axes prioritaires envisagés par l'équipe :

DIMENSION 1					DIMENSION 2					DIMENSION 3					DIMENSION 4					DIMENSION 5				
C1	C2	C3	C4	C5	C1	C2	C3	C4	C5	C1	C2	C3	C4	C5	C1	C2	C3	C4	C5	C1	C2	C3	C4	C5

GRILLE D'ÉVALUATION DE LA VULNÉRABILITÉ DU PATIENT / RESIDENT


Chaque dimension doit être notée en fonction de l'échelle suivante :

- 0 - La vulnérabilité est absente 5 - La vulnérabilité est assez présente
 3 - La vulnérabilité est peu présente 8 - La vulnérabilité est très présente

Nom/ Prénom ou Initiales					
	1. Age				
	2. Sexe 1=F 2=M				
	3. Incapacité membres supérieurs				
	4. Incapacité membres inférieurs				
	5. Limites cognitives et de communication				
	6. Limite au plan de la résistance physique				
	7. Limite au plan de la résistance psychologique				
	8. Vécu antérieur de violence, a déjà été victime				
	9. Filie ou femme dans un environnement mixte				
	10. Difficulté dans l'expression des émotions				
	11. Attitude de rejet ou d'opposition de l'autorité				
	12. Se soumet facilement				
	13. Comportement perturbateur ou agressif				
	14. Dépendant de plusieurs intervenants				
	15. Déficience ou incapacité multiple physique, mentale, sensorielle				
	16. Peu ou pas présence de la famille ou repère seintant				
	17. Manifeste une confiance excessive à autui				
	18. Limite de capacité dans ses déplacements				
	19. Apparence personnelle repoussante, apaurante				
	TOTAL				

Référence: www.rfevh.org/réseau Internet francophone Vulnérabilités et Handicaps

Promouvoir la sécurité des personnes et des milieux de vie - Prévenir la violence et la maltraitance

	ENTRETIEN INDIVIDUEL INTERMEDIAIRE	FAM PFI17	Page 1 / 1
---	---	------------------	-------------------

Document préparatoire en vue de la réunion de projet du : ... / ... / 2015

NOM PRENOM :

Date de Naissance :

Condition de réalisation :

Durée :

Bilan du projet : point de vue du résident :

Situation actuelle :

Éléments de projet émis par le Résident. Echange autour des objectifs prioritaires :

Document à usage interne Secret professionnel
--

DE SN 20/17 - V0

Etabli le : ... / ... / ... Par :
--

NOM PRENOM :Date de mise à jour :**1- SOINS DE MEDECINE GENERALE ET PSYCHIATRIQUE***** PROBLEMES SOMATIQUES DOMINANTS :***** MEDICAMENTS :**Oui Non

Lesquels ?

Procédures particulières (prise, surveillance) :

*** EXAMEN ET SUIVIS REGULIERS (en rapport avec une affection repérée) :**Oui Non

Lesquels et à quel rythme ?

Procédures particulières :

*** SOINS REGULIERS :**Kinésithérapie : Oui Non

Type de prise en charge :

Périodicité :

Procédure particulière :

Document à usage
interne

DE SN 20/18 - V0

Etabli par :
Le :

NOM PRENOM :Date de mise à jour :**Ergothérapie :**Prises en charge individuelles : Oui Non

Nature :

Psychomotricité :Prises en charge individuelles : Oui Non

Nature :

Dentisterie : Oui Non

Périodicité :

Procédure particulière :

Pédicurie : Oui Non

Périodicité :

Procédure particulière :

Autres :*** COMPORTEMENTS ET TROUBLES PSYCHIATRIQUES DOMINANTS :***** MEDICAMENTS :**Oui Non

Procédures particulières (prise, surveillance) :

Protocoles médicamenteux (en cas, si besoin ...)

Document à usage
interne

DE SN 20/18 - V0

Etabli par :
Le :



NOM PRENOM :

Date de mise à jour :

* CONSULTATIONS PSYCHIATRIQUES :

Oui Non

Lieu :

Périodicité :

* PRISE EN CHARGE THERAPEUTHIQUES SUR INDICATION MEDICALE :

Oui Non

Type :

Périodicité :

Procédure particulière :

Document à usage
interne

DE SN 20/18 - V0

Etabli par :
Le :

VII. Esquisse de plan du PE

Préambule rédigé par le directeur du FAM

- 1- Les valeurs qui fondent notre accompagnement
- 2- Les missions qui guident notre action
 - Loi n° 2002-2, n° 2005-102, décret n° 2009-322.
- 3- Les caractéristiques de la population accueillie
 - Public cible
 - Commission d'admission (procédure à relire)
 - L'accueil du nouveau résident (procédure à relire)
- 4- Identification des besoins (Soins et Accompagnement)
 - Aide et assistance adaptées au degré de dépendance
 - Les soins de confort
 - ° Lever,
 - ° Toilette, Habillage (Procédure et grille d'évaluation d'autonomie à relire)
 - ° Coucher
- 5- L'animation et la vie sociale
 - Les activités
 - Sportive :
 - Badminton
 - Piscine (St SEURIN)
 - Randonnée
 - Sarbacane
 - CDSA24
 - Equitation
 - Ludique :
 - Danse
 - « temps libre »
 - Jardin
 - Cognitive :
 - Informatique
 - Scrabble, mots fléchés
 - Lecture du journal
 - D'expression :
 - Peinture
 - Cuisine
 - Terre
 - « Exprimerie » :
 - Socialisante :
 - Friperie
 - « le Parcot »
 - Sortie courses
 - Rando City
 - A visée rééducative ou thérapeutique :
 - Slam
 - Gymnastique motrice
 - Piscine de rééducation (Acquacap)
 - Esthétique – Bien-être

Projets et grilles d'évaluation à relire, à toiletter si nécessaire et faire une synthèse pour le PE.

- Les événements annuels
 - Rencontres inter-établissements
 - Portes ouvertes
 - Les lotos
 - La journée de convivialité
 - Les transferts (Procédure et fiche de liaison à relire)

 - 6- La prise en charge thérapeutique et médicale
 - Le rôle du médecin
 - L'intervention de l'IDE au quotidien
 - Les entretiens psychologiques
 - La prise en charge psychothérapeutique
 - L'intervention de l'ergothérapeute

 - 7- Les méthodologies professionnelles et procédures institutionnelles
 - Les temps de réflexion et de réunion
 - Les transmissions
 - La réunion de service
 - La réunion de projet
 - Le temps de coordination avec IDE
 - Le staff médico-psycho-éducatif
 - La réunion institutionnelle ou journée pédagogique
 - L'analyse des pratiques

 - Les documents de référence (A relire)
 - Le contrat de séjour
 - Le règlement de fonctionnement
 - Le livret d'accueil

 - Les procédures institutionnelles
 - Procédure projet personnalisé
 - Procédure sortie définitive
 - Procédure sortie dans le cadre des ACP
 - Procédure d'évaluation de la douleur
 - Procédure prise de RV médicaux
 - Procédure classement dossier social
 - Procédure d'évaluation des chutes
 - Procédure référence des résidents
 - Procédure d'accueil des stagiaires
 - Procédure d'accueil des nouveaux prof .
 - Procédure à l'attention des surveillants de nuit

 - Protocole de nettoyage des chambres
 - Protocole de nettoyage de la balnéothérapie
 - Protocole de conservation des médicaments dans le relais soins
 - Protocole de dispensation des médicaments
 - Protocole d'administration d'un médicament en « si besoin »
 - Protocole classement des dossiers médicaux papier des résidents
- A relire, évaluer la nécessité d'apporter des modifications. Définir les plus importantes et les synthétiser dans le PE.
- A relire et à modifier si nécessaire, en association avec le médecin et l'IDE, faire le lien avec point N°6 du PE.

8- Les moyens

Humains

- Composition de l'équipe multidisciplinaire du FAM
- Coordination avec les services logistiques et administratifs de l'établissement (buanderie, cuisine, services techniques, services administratifs (accueil, secrétariat médical, bureau des entrées)) et avec les services médicaux transversaux (continuité médicale, kinésithérapie, pharmacie) **A collationner avec le livret d'accueil.**

Matériels

- Conditions architecturales d'accueil et d'hébergement
- Les bâtiments utilisés par le FAM

Financiers

- La réversion des ressources,
- Le « laisser à vivre »
- Le prix de journée
- La participation financière du résident (ce que ne comprend pas le prix de journée).

9- La place des familles et des représentants légaux

- Le Conseil de la vie sociale.
- L'accompagnement auprès des familles
- Le travail de proximité avec les mandataires judiciaire.

10- L'environnement

- Collaboration avec les autres établissements de soins : pour le volet somatique (CH de Libourne et de Ribérac) pour le volet psychique (CHS de Vauclaire et CMP de Montpon).
- Collaboration avec d'autres établissements médico-sociaux (EHPAD de St Aulaye et de Bourdeilles) pour certaines orientations.
- Collaboration avec des maisons relais du département pour les séjours de répit.
- Démarches avec le conseil départemental de Dordogne et de Gironde ainsi que certaines structures médico-sociales de Charente pour développer la socialisation des résidents.

11- Amélioration de la qualité

- De la satisfaction des résidents, (des familles et représentants légaux. A construire).
- Démarche qualité (écart entre ce que l'on dit faire et ce qui est réellement proposé. A développer).
- Evaluation interne et externe,

12- Conclusion et perspectives (rédigée par le directeur du FAM)

Annexes.

VIII. Echancier et groupes de travail pour le PE

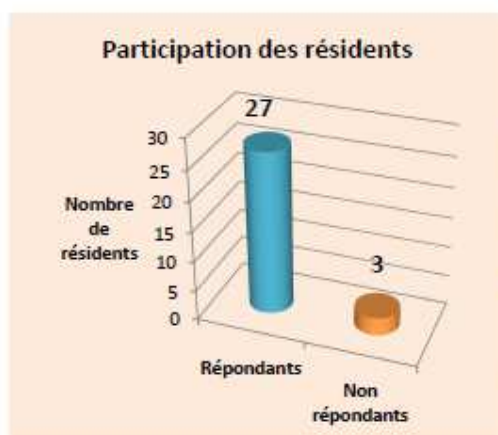
Thèmes	Objectifs	Pilote	Participants	Echéancier sur 2016
Organisation	Trame du PE et préparation des groupes de travail	Directeurs CH et FAM	Membres du COPIL	Semaine 4
Instances	Présentation de la démarche au Directoire/ CS/ CTE/CVS	Directeurs du CH et du FAM	Membres siégeant à ces instances et quelques membres du Copil.	Semaine 4/5
Les valeurs	Les références théoriques et pratiques qui prévalent au FAM	Directeur du FAM	Un représentant de chaque métier présent au FAM ; une famille.	Semaine 5
Les missions	Les références législatives qui guident l'action + documents de référence à relire	Ingénieur qualité	1 ES ; 1 ME ; 1 AMP ; 1 AS ; 1IDE ; 1 psychomot ; 1 membre CTE/CS	Semaine 6 et 7
Caractéristiques de la population	Définition du public cible et lecture des procédures d'admission et d'accueil	Psychologue	1 ES ; 1 ME ; 1 AMP ; 1 AS ; Médecin ; 1IDE ; 1 Représentant légal	Semaine 8
Rédaction	Formalisation des réflexions	Pilote de chaque groupe de travail	Tous les professionnels qui sont intervenus dans les différents groupes	Semaine 9/10
Organisation	Lecture des premiers travaux, définitions des objectifs de travail pour les semaines à venir	Directeurs CH et FAM	Membres COPIL	Semaine 11
Les soins de confort	Adapter les soins de confort au regard du degré de dépendance + lecture procédure et grille d'éval* autonomie	1 ergothérapeute	1 ME ; 3 AS (1 de jour et 1 de nuit) ; 1 AMP ; 2 ASHQ ; 1IDE ; 1 résident	Semaine 12
Instances	Point d'étape auprès du CTE ; CVS	Directeurs du CH et du FAM	Membres siégeant aux instances et Copil	Semaine 12/13
Animation vie sociale	Revoir tous les projets et grille d'évaluation pour chaque type d'activité (6 groupes) et établir une synthèse pour le PE	Les référents de chaque activité	Les professionnels qui mènent les activités + participation selon les groupes, de résidents ; Directeur FAM ; Famille ; Membres CTE/CS ; Ingénieur qualité	Semaine 13 à 19
Animation et vie sociale	Evénements annuels	Directeur du FAM	1 Educatif ; 1 médico-technique ; 1 soignant ; 2 paramédicaux ; 2 ASHQ (ff accompagnant/entretien des locaux); 1 résident ; 1 représentant légal ; 1 membre CTE/CS	Semaine 20

Organisation	Suivi des travaux, répartition de la lecture et préparation des séances	Directeurs CH et FAM	Membres COPIL	Semaine 21
Prise en charge médicale et thérapeutique	Articulation médecin, IDE, psychologue et médico-technique + Relecture de protocoles soins	Médecin	Directeur du FAM ; 2 médico-techniques ; 1 IDE ; Psychologue ; 1 AS ; 1 ES ; 1 résident	Semaine 22
Les temps de réflexion et de réunion	Articulation de ces différents temps au service d'une élaboration conjointe prise en charge et accompagnement	Directeur du FAM	Un représentant de chaque métier présent au FAM ; une famille ou représentant légal ;	Semaine 23
Instances	Présentation de l'avancée des travaux en Directoire/CS/CTE et CVS	Directeurs du CH et du FAM	Membres siégeant à ces instances et quelques membres du Copil.	Semaine 23/24
Procédures et protocoles	Relecture et identification des plus importants à synthétiser dans le PE	Directeur du FAM	Un représentant de chaque métier présent au FAM + 1 membre du Copil extérieur à l'équipe FAM par groupe.	Semaine 24 à 26
Moyens humains, matériels et financiers	Equipe FAM (accueil stagiaire), coordination avec les autres services du CH, architecture, participation financière	Ingénieur qualité	Même groupe que celui qui a travaillé sur les documents de références pour collationner les données	Semaine 27
Organisation	Organisation de la relecture et des séances à venir. Point d'étape écrit à l'att* des membres du CTE et CVS	Directeurs du CH et du FAM	Membres du Copil.	Semaine 27
Place des familles et représentants légaux	Le lien avec les familles, la représentation institutionnelle des résidents, le travail avec les mandataires	Directeur du FAM	1 ES ; 1 ME ; 1 AS ; 1 AMP ; 1 ASHQ ; 1 IDE ; Médecin ; Psychologue ; 1 famille ; 2 mandataires (institutionnel et privé)	Semaine 28
Environnement	Travail de collaboration et de réseau	Directeurs du CH et du FAM	Médecin ; 1 ES ; 1 ME ; 1 AMP ; 1 AS ; Psychologue ; 1 psychomot ; Ingénieur qualité ;	Semaine 29
Amélioration de la qualité	Processus d'amélioration continu de la qualité	Ingénieur qualité	Directeur du FAM ; Un représentant de chaque métier présent au FAM ; 2 membres du copil extérieur au CH	Semaine 30
Conclusion /prospectives	Perspectives à court et moyen termes	Directeurs du CH et du FAM	Président du CS ; Médecin	Semaine 31
Formalisation	Réunion du Copil Mise en forme / Relecture	Directeur du FAM	Tous les participants au Copil et groupe de travail.	Semaine 31 à 37
Instances	Présentation du PE à toutes les instances Directoire/ CS/ CTE/CHSCT/ CVS	Directeurs du CH et du FAM	En présence de quelques membres du Copil.	Semaine 38
Dernières modifications si nécessaire		Directeur FAM		Semaine 39
Présentation du PE aux autorités de contrôle.				

IX. Analyse du questionnaire de satisfaction à l'attention des résidents



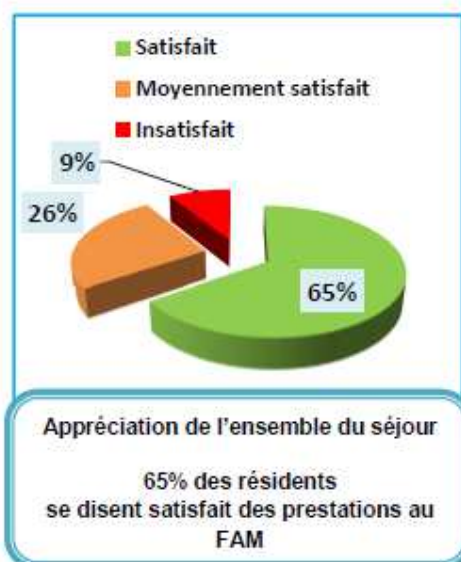
Le questionnaire a été soumis aux résidents par une tierce personne (*secrétaire au sein de l'établissement*) avec une formulation simple : *êtes-vous content(e) de...?*, illustré et avec une cotation par smileys.

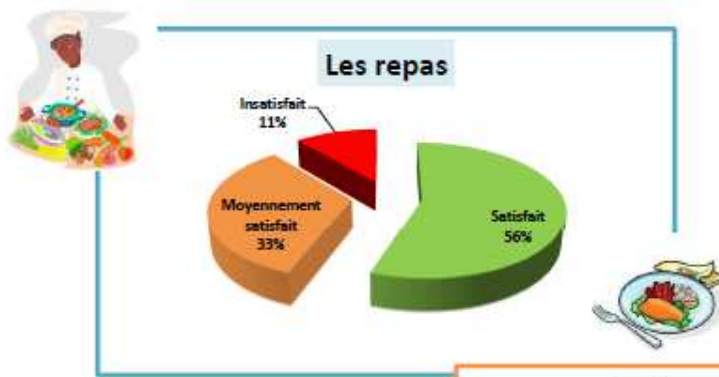


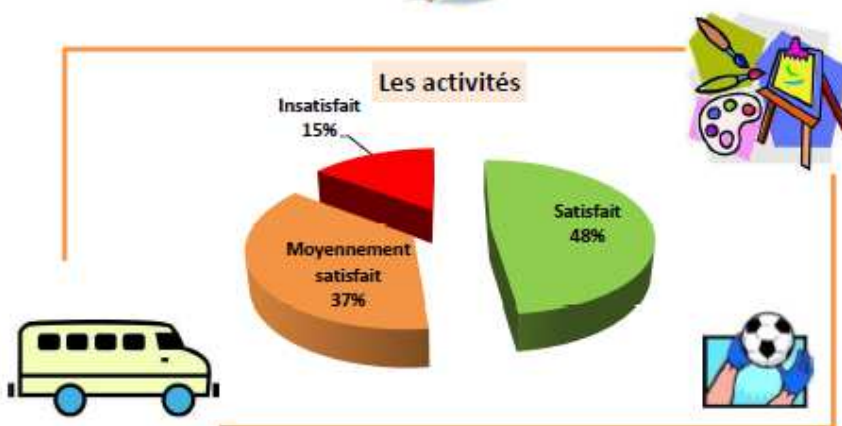
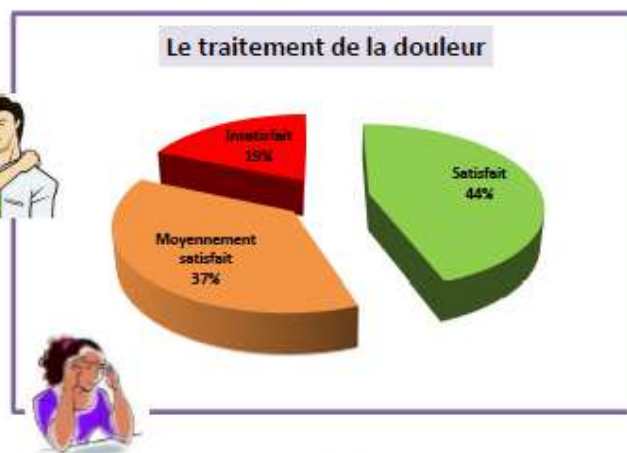
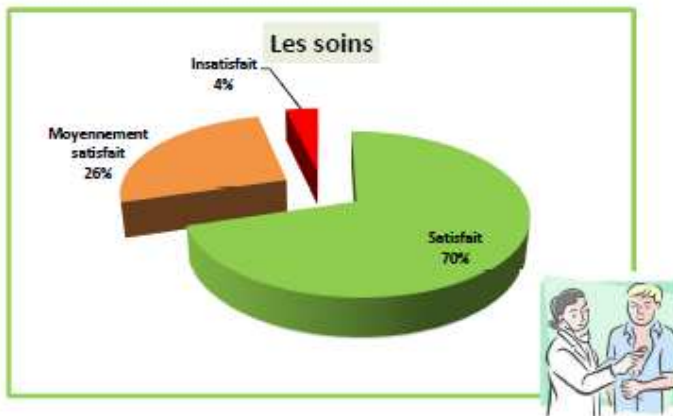
Sur 30 résidents accueillis, 27 ont donné leur avis.
(*Maîtrisant ou non la lecture ou étant ou non en capacité de s'exprimer verbalement*).

Concernant les 3 autres résidents :

- une personne a refusé de répondre au questionnaire,
- une personne était hospitalisée,
- il a été impossible de recueillir l'avis d'un résident au regard de son handicap.







X. Analyse de l'enquête : « Satisfaction au travail des professionnels du FAM »



Campagne inter-régionale eFORAP 2015
Satisfaction au travail des professionnels de santé et médico-sociaux
08- CH La Meynardie - campagne 1

Modalités de recueil

Période de recueil : entre le 5 mars 2015 et le 7 avr. 2015

Nb de professionnels > Nb de répondants (taux de participation) : 33 > 17 (51,5%)

Nombre de répondants inclus dans l'analyse* : 16

Nombre de questionnaires complétés entièrement : 11 (68,8%)

Profil des répondants (N=16)

Age (en années)	
Moyenne	35
Médiane	38
Etendue	(0 - 55)
Répondants	14

Sexe	nombre	%
Hommes	4	26,7%
Femmes	11	73,3%
Répondants	15	100%

Ancienneté dans l'établissement (en années)	
Moyenne	6
Médiane	6
Etendue	(0 - 25)
Répondants	14

Filière professionnelle	nombre	%
Administrative	0	0,0%
Logistique, technique	0	0,0%
Médicale	0	0,0%
Médico-technique	0	0,0%
Paramédicale	8	53,3%
Educative	6	40,0%
Psycho-sociale	1	6,7%
Répondants	15	100,0%

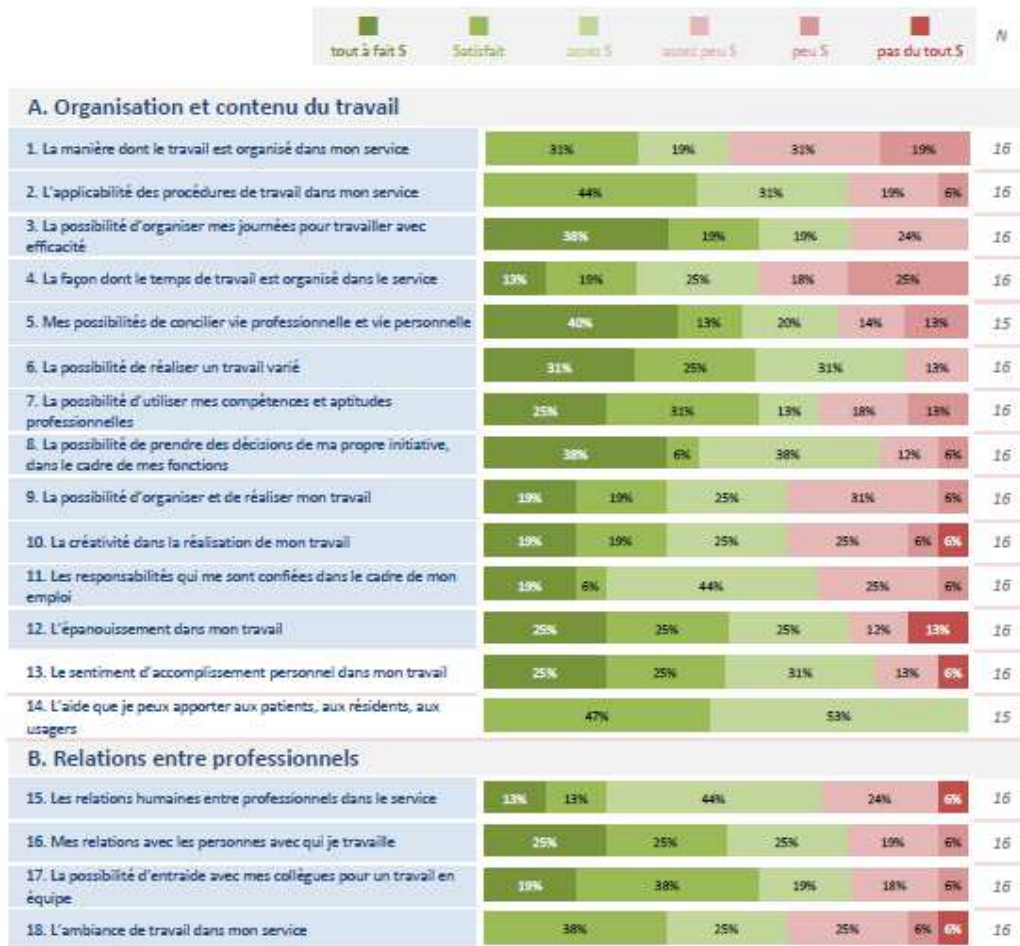
Statut	nombre	%
CDI	5	33,3%
CDD	3	20,0%
Exercice libéral	0	0,0%
Titulaire	7	46,7%
Vacataire	0	0,0%
Autre	0	0,0%
Répondants	15	100,0%

Niveau de responsabilité	nombre	%
Management d'établissement	0	0,0%
Management intermédiaire	0	0,0%
Management de proximité	0	0,0%
Pas de fonction de management	15	100,0%
Répondants	15	100,0%

(*) ont été exclus de l'analyse les questionnaires comportant la même réponse à toutes les questions ou des réponses à moins de la moitié des questions

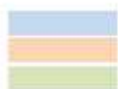


Résultats détaillés par question (N=16)



C. Développement professionnel							
19. Mes perspectives de carrière dans mon établissement	6%	19%	19%	18%	25%	13%	16
20. La possibilité de promotion qui m'est donnée en fonction du travail que je fais	6%	25%	25%	38%	6%		16
21. La possibilité de bénéficier d'une évaluation annuelle	30%	40%	13%	14%	13%		15
22. La manière dont mon travail est évalué	19%	25%	25%	12%	6%	13%	16
23. L'information qui m'est donnée sur les formations professionnelles susceptibles de me concerner	6%	31%	31%	13%	6%	13%	16
24. Ma possibilité de bénéficier de formations professionnelles	13%	25%	19%	30%	13%		16
25. La cohérence des formations (proposées ou suivies) avec les besoins actuels de mon activité prof.	13%	25%	19%	31%	6%		16
D. Rémunération							
26. Mon salaire comparé à la complexité et à la responsabilité de mon travail		38%	18%	25%	19%		16
27. Mon salaire comparé à ma charge de travail	19%	30%	38%	13%			16
28. La manière dont est gérée la paie dans mon établissement	31%	44%	25%				16
29. Mon salaire intégrant les autres modes de rétribution	7%	36%	21%	15%	7%	14%	14
30. Mon salaire compte tenu de mes conditions de travail dans mon établissement	6%	44%	31%	13%	6%		16
E. Encadrement							
31. La manière dont mon supérieur hiérarchique se comporte avec les membres de son équipe	40%	27%	20%	6%	7%		15
32. La manière dont mon supérieur hiérarchique prend en compte les propositions de l'équipe	30%	40%	27%	13%			15
33. La manière dont mon supérieur hiérarchique facilite les collaborations entre professionnels	27%	33%	27%	6%	7%		15
34. La manière dont mon supérieur hiérarchique anime et motive son équipe	27%	27%	33%	6%	7%		15
35. La pertinence des informations qui me sont données par mon supérieur hiérarchique au bon moment	27%	40%	20%	6%	7%		15
36. Le soutien au quotidien reçu de la part de ma hiérarchie en cas de difficulté	47%	13%	27%	6%	7%		15
37. La façon dont mon supérieur hiérarchique gère les absences	33%	20%	27%	7%	13%		15
38. Les possibilités de modifier mon planning en cas de nécessité personnelle	47%	27%	20%	7%			15
39. La façon dont sont gérés les congés et les repos (choix des dates et respect des dates)	40%	40%	13%	7%			15
F. Droit du travail							
40. L'accessibilité de l'information relative à mes droits et devoirs dans mon établissement	33%	27%	26%	7%	7%		15
41. Les documents relatifs à mes droits et devoirs mis à disposition par mon établissement	27%	27%	26%	13%	7%		15
42. L'actualisation de l'information concernant les textes juridiques et réglementaires de ma profession dans mon établissement	13%	7%	27%	20%	20%	13%	15
43. Mon niveau de connaissance des responsabilités juridiques de mon emploi	7%	27%	7%	39%	7%	13%	15
44. Mon niveau de connaissance des statuts ou conventions collectives qui s'appliquent dans mon établissement	7%	20%	40%	13%	20%		15

G. Reconnaissance							
45. Reconnaissance obtenue au regard de mon travail	7%	33%	27%	20%	13%	15	
46. La manière dont mon travail est apprécié et reconnu	7%	40%	20%	20%	13%	15	
47. La façon dont mon travail est respecté	7%	40%	20%	19%	7%	15	
H. Direction							
48. Ma connaissance des fonctions occupées par les différents membres des directions	7%	27%	20%	19%	20%	7%	15
49. Les services ou les conseils utiles que peuvent me rendre les différentes directions de mon établissement	14%	29%	29%	14%	14%	14	
50. L'accessibilité des différents responsables des directions de mon établissement	33%	20%	21%	13%	13%	15	
51. La coordination des différents pôles d'activité de mon établissement	20%	47%	26%	7%		15	
52. Les collaborations entre les professionnels de mon établissement		60%	27%	13%		15	
53. La politique interne de communication de mon établissement	7%	13%	40%	20%	20%	15	
54. La circulation de l'information dans mon établissement	13%	13%	28%	33%	13%	15	
55. Mon niveau d'information sur le rôle et les travaux conduits par les différentes instances de mon établissement	7%	20%	19%	27%	27%	15	
56. La manière dont les différentes instances remplissent leur rôle vis-à-vis du personnel (CTE, CME, CHSCT, etc.)	7%	29%	21%	29%	14%	14	
57. Ma connaissance du projet établissement ou du plan stratégique	13%	27%	20%	40%		15	
58. Les valeurs portées par mon établissement	14%	36%	15%	14%	21%	14	
I. Votre opinion générale							
59. Donnez votre OPINION GENERALE sur votre activité professionnelle actuelle	7%	47%	20%	13%	13%	15	



items participant au calcul d'un indicateur de la composante **Travail**
 items participant au calcul d'un indicateur de la composante **Emploi**
 items participant au calcul d'un indicateur de la composante **Institution**



TOP 10 - SATISFAIT* (N=16)

(* regroupement des 3 modalités : Tout à fait satisfait, Satisfait, Assez satisfait)

		N
28. La manière dont est gérée la paie dans mon établissement	100,0%	16
14. L'aide que je peux apporter aux patients	100,0%	15
39. La façon dont sont gérés les congés et les repos (choix des dates et respect des dates)	93,3%	15
38. Les possibilités de modifier mon planning en cas de nécessité personnelle	93,3%	15
6. La possibilité de réaliser un travail varié	87,5%	16
36. Le soutien au quotidien reçu de la part de ma hiérarchie en cas de difficulté	86,7%	15
35. La pertinence des informations qui me sont données par mon supérieur hiérarchique au bon moment	86,7%	15
34. La manière dont mon supérieur hiérarchique anime et motive son équipe	86,7%	15
33. La manière dont mon supérieur hiérarchique facilite les collaborations entre professionnels	86,7%	15
32. La manière dont mon supérieur hiérarchique prend en compte les propositions de l'équipe	86,7%	15

TOP 10 - NON SATISFAIT (N=16)**




(**) regroupement des 3 modalités : Assez peu satisfait, Pas satisfait, Pas du tout satisfait

		N
57. Ma connaissance du projet établissement ou du plan stratégique	86,7%	15
27. Mon salaire comparé à ma charge de travail	81,3%	16
53. La politique interne de communication de mon établissement	80,0%	15
55. Mon niveau d'information sur le rôle et les travaux conduits par les différentes instances de mon établissement	73,3%	15
54. La circulation de l'information dans mon établissement	73,3%	15
44. Mon niveau de connaissance des statuts ou conventions collectives qui s'appliquent dans mon établissement	73,3%	15
20. La possibilité de promotion qui m'est donnée en fonction du travail que je fais	68,8%	16
56. La manière dont les différentes instances remplissent leur rôle vis-à-vis du personnel (CTE, CME, CHSCT...)	64,3%	14
26. Mon salaire comparé à la complexité et à la responsabilité de mon travail	62,5%	16
43. Mon niveau de connaissance des responsabilités juridiques de mon emploi	60,0%	15



Indicateurs de satisfaction au travail (N=16)

Indicateurs	Dén.	Score médian sur 100	IC 95%
1. Organisation du travail	16	55,0	[43 - 67]
2. Nature du travail	16	64,3	[50,9 - 77,7]
3. Relations entre collègues	16	67,5	[54,2 - 80,8]
4. Développement professionnel	16	60,0	[44,2 - 75,8]
5. Rémunération	16	50,0	[37,3 - 62,7]
6. Management de proximité	15	76,0	[59,9 - 92,1]
7. Adéquation entre vie professionnelle et vie personnelle	15	80,0	[64,1 - 95,9]
8. Connaissance et accès à la réglementation	15	50,0	[34,5 - 65,5]
9. Reconnaissance	15	60,0	[44,8 - 75,2]
10. Connaissance de l'organisation de l'établissement	15	40,0	[26,1 - 53,9]
11. Connaissance de la politique d'établissement	15	44,0	[33 - 55]
Indicateur global de Satisfaction au Travail	15	56,6	[47 - 66,2]

 indicateur de la composante *Travail*
 indicateur de la composante *Emploi*
 indicateur de la composante *Institution*



Comparaison des indicateurs de satisfaction au travail

Indicateurs	-			Campagne 1			Différence significative*
	Dén	score / 100		Dén	score / 100		
		moy	méd		moy	méd	
1 - Organisation du travail	-	-	-	16	60,9	55,0	-
2 - Nature du travail	-	-	-	16	66,1	64,3	-
3 - Relations entre collègues	-	-	-	16	63,1	67,5	-
4 - Développement professionnel	-	-	-	16	57,4	60,0	-
5 - Rémunération	-	-	-	16	42,9	50,0	-
6 - Management de proximité	-	-	-	15	73,3	76,0	-
7 - Adéquation vie professionnelle/vie personnelle	-	-	-	15	76,9	80,0	-
8 - Connaissance et accès à la réglementation	-	-	-	15	45,7	50,0	-
9 - Reconnaissance	-	-	-	15	60,4	60,0	-
10 - Connaissance de l'organisation de l'établissement	-	-	-	15	37,1	40,0	-
11 - Connaissance de la politique de l'établissement	-	-	-	15	43,9	44,0	-
Indicateur global de Satisfaction au Travail	-	-	-	15	58,2	56,6	-

* Différence calculée sur les moyennes (test de student)

Evolution des indicateurs de l'établissement

Représentation graphique de la classe* de l'établissement pour chacun des 12 indicateurs de satisfaction au travail

Composantes	-					Campagne 1					Evolution
Travail [1,2,3,6,7]	-	-	-	-	-	■	■	■	■	■	
Emploi [4,5,8,9]	-	-	-	-	-	■	■	■	■	■	
Institution [10,11]	-	-	-	-	-	■	■	-	-	-	
Global [12]	-	-	-	-	-	■	-	-	-	-	

(*) Classement par rapport au score médian de la campagne inter-régionale 2015

- Classe A : score médian de l'indicateur significativement supérieur
- Classe B : score médian de l'indicateur non significativement différent
- Classe C : score médian de l'indicateur significativement inférieur

RAMART

Jean-Marc

Novembre 2015

**Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement
ou de service d'intervention sociale
ETABLISSEMENT DE FORMATION : IRTS Aquitaine**

**Piloter un changement de culture pour concilier prise en charge sanitaire et
accompagnement médico-social en FAM.**

Résumé :

En 2005, le FAM de « La Meynardie » est créé et intégré au sein d'un centre hospitalier. Il accueille en première intention, des personnes en situation de handicap psychique qui sont jusque-là, couramment prises en charge par des établissements hospitaliers spécialisés. L'association de nombreux éléments l'amène à fonctionner sur un mode sanitaire.

L'enjeu, en tant que directeur, est d'engager et de conduire un changement de culture institutionnelle pour prendre en compte les résidents dans une dimension globale qui associe le soin et l'accompagnement. Cela implique de concilier la prise en charge sanitaire et l'accompagnement médico-social, afin de développer une offre de service soucieuse tant des besoins que des attentes des usagers.

Ce mémoire explore des pistes opératoires au travers des notions de projet, de parcours de vie qui contribuent à une modification des pratiques et proposent des stratégies intra et extra muros pour donner au FAM une identité spécifique au sein du centre hospitalier, comme sur son territoire d'intervention.

Mots clés :

Foyer d'accueil médicalisé - Centre hospitalier - Handicap psychique - Projet de vie –
Equipe pluriprofessionnelle – Imbriquer - Prise en charge sanitaire - Accompagnement
médico-social.

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.