



EHESP

DESSMS

Promotion : **2012 - 2013**

Date du Jury : **Décembre 2013**

**Concilier droits et obligations des
personnes accueillies en foyer
d'hébergement : rôle et
responsabilités du directeur.
Exemple de la Cité de Clairvivre**

Prunelle BLOCH

Remerciements

Je tiens à remercier en premier lieu Monsieur MOREL, directeur de l'établissement public départemental de Clairvivre pour son accueil et son accompagnement tout au long du stage ainsi que l'ensemble du comité de direction.

Je remercie également l'ensemble du personnel de Clairvivre pour avoir toujours pris le temps de répondre à mes questionnements et m'avoir permis de découvrir la richesse de leurs différents métiers.

Un remerciement spécifique à Mademoiselle LEMARIE ainsi qu'à l'ensemble de l'équipe de direction du foyer d'hébergement pour avoir su me faire partager leur travail quotidien.

Un remerciement particulier à l'ensemble des personnes accueillies dans l'établissement qui m'ont permis de conforter mon choix professionnel.

Une pensée pour Murielle, Véronique et Claire, pour le soutien et l'amitié tout au long de ces deux années.

Sommaire

Introduction.....	1
1 Présentation de la structure.....	5
1.1 Présentation de l'établissement public.....	5
1.1.1 « Une ville à la campagne ».....	5
1.1.2 L'organisation actuelle du comité de direction et des services.....	7
1.2 Le foyer d'hébergement de Clairvivre.....	8
1.2.1 Le public accueilli.....	8
1.2.2 Le personnel du foyer.....	9
1.2.3 Spécificité du foyer de Clairvivre.....	10
1.3 EPD de Clairvivre : questionnements en cours.....	11
1.3.1 Rapport de la Chambre régionale des comptes et droit des résidents.....	11
1.3.2 L'enquête de satisfaction.....	13
1.3.3 Questionnements en lien avec la mise en place des outils de la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.....	14
2 Cadre réglementaire et juridique.....	17
2.1 Droits et libertés.....	17
2.1.1 Droits fondamentaux.....	17
2.1.2 Focus sur la liberté d'aller et venir.....	18
2.1.3 Les outils de la loi 2002-2.....	19
2.2 La réglementation concernant les frais d'hébergement.....	22
2.2.1 Le calcul de la contribution.....	22
2.2.2 Le « laissé à disposition ».....	23
2.3 Autres évolutions portées par la loi du 2 janvier 2002.....	23
2.3.1 La démarche qualité et l'évaluation.....	23
2.3.2 Augmenter la participation citoyenne des personnes accueillies.....	26
2.3.3 Évolution de la place des usagers et judiciarisation de la société.....	27
2.4 La protection des majeurs vulnérables.....	28
2.4.1 La loi 2007-308 du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs.....	29
2.4.2 Le mandataire judiciaire à la protection des majeurs.....	29
3 Rôle du directeur dans l'évolution de sa structure.....	31
3.1 Rôle et missions du directeur d'établissement.....	31

3.1.1	Évolution de la fonction de direction	31
3.1.2	Les différentes missions du directeur	33
3.2	Accompagner le changement, une des composantes de la fonction de direction.	34
3.2.1	Réorganisation du dispositif pour le calcul des reversements.....	34
3.2.2	Informations des personnes accueillies et des mandataires	35
3.2.3	Nouvelles modalités d'accompagnement	36
3.3	S'appuyer sur les outils de la loi 2002-2 pour mieux valoriser les droits des usagers	37
3.3.1	Nouvelles modalités du projet individualisé	37
3.3.2	Création du comité des conditions de travail (CCT) : un nouvel espace de participation.....	40
3.3.3	Évolution de la procédure absence	41
	Conclusion	45
	Bibliographie.....	47
	Liste des annexes	I

Introduction

« Le défi actuel de tout directeur en poste est d'accompagner les évolutions en cours pour permettre la rénovation de la culture spécifique de leur champ d'activité. Faire entrer le secteur dans le XXI^e siècle sans dénaturer la fonction de lien social, sans calquer sur des modèles industriels ou commerciaux les références professionnelles, sans utiliser la particularité de l'activité pour instrumentaliser l'action dans un discours politique particulier, participe des écueils à éviter pour réinventer les valeurs et les performances d'une profession riche d'histoire et de compétences. Cette évolution passe par un changement radical des conceptions des relations entre professionnels et usagers, faites d'alliance, d'adaptation, de débats, de souplesse, mais aussi d'argumentation, de professionnalisation qui conforteront la reconnaissance du secteur social et médico-social ¹ ».

La prise en charge des personnes vulnérables ayant des difficultés sociales, physiques, sensorielles ou mentales s'est structurée historiquement autour des congrégations religieuses (création du premier hospice en 1662) puis des associations. L'accompagnement des personnes vulnérables par le secteur public ne s'est développé que bien plus tardivement. Ce secteur a été très longtemps fermé sur lui-même. Ce repli était sous-tendu par une logique de protection : protéger les plus vulnérables du regard des autres et protéger la société des populations qui étaient jugées dangereuses.

C'est au 19^e siècle que les premières lois d'Assistance publique ont été publiées. Elles ne concernaient à l'origine que les malades, vieillards ou infirmes privés de ressources.

Après la seconde guerre mondiale, l'aide sociale s'est ouverte à de nouveaux publics (enfants, sans domicile puis les personnes en situation de handicap). Le décret du 29 novembre 1953 portant réforme des lois d'Assistance crée la notion d'aide sociale et constitue le premier texte contemporain de structuration du secteur.

C'est à partir des années 60 que l'État a cherché à structurer le secteur à travers différents textes et règlements. La loi 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales fut une des étapes importantes de la construction du secteur. Elle a permis que des règles communes s'appliquent à l'ensemble des acteurs notamment à travers la création du régime d'autorisations. Les lois de décentralisation en 1983 avec la reconnaissance du département comme une collectivité de plein exercice et la réorganisation des compétences (dont l'action sociale) entre les différents échelons

¹ MATHO Y. et JANVIER R., 2006, « Figures du directeur et enjeux de la fonction », *Empan*, 2006/1 n° 61, p. 40-47.

(commune, département, région, État) ont eu un impact important sur les établissements et services médico-sociaux (ESMS) notamment pour ce qui concerne leur financement.

Le vieillissement de la population, les prémisses de la scolarisation des enfants en situation de handicap et les évolutions des regards sur les plus vulnérables ont nécessité une évolution du cadre juridique des ESMS qui a abouti au vote de la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. C'est le premier texte qui propose une définition juridique de l'action sociale² : « *L'action sociale et médico-sociale tend à promouvoir, dans un cadre interministériel, l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté, à prévenir les exclusions et à en corriger les effets. Elle repose sur une évaluation continue des besoins et des attentes des membres de tous les groupes sociaux, en particulier des personnes handicapées et des personnes âgées, des personnes et des familles vulnérables, en situation de précarité ou de pauvreté, et sur la mise à leur disposition de prestations en espèces ou en nature. Elle est mise en œuvre par l'État, les collectivités territoriales et leurs établissements publics, les organismes de sécurité sociale, les associations ainsi que par les institutions sociales et médico-sociales au sens de l'article L. 311-1* ». Ce texte est venu rénover en profondeur le secteur.

L'utilisateur et ses proches sont placés au cœur du dispositif d'accompagnement. C'est également un texte qui permet la régulation du secteur car il instaure les outils de planification notamment à travers la reconnaissance des schémas d'organisation mis en place par les autorités.

Cette loi impose la mise en œuvre d'un certain nombre d'outils et d'espaces favorisant l'exercice des droits des personnes accueillies et la lutte contre la maltraitance : contrat de séjour, livret d'accueil comprenant le règlement de fonctionnement et la charte des droits et libertés, le conseil de la vie sociale,... L'utilisateur doit devenir sujet de droit et non plus objet de droit.

Le droit des usagers est devenu un droit autonome ce qui entraîne une judiciarisation des rapports entre usagers et professionnels. Les principes juridiques fondamentaux sont mis en avant (droit de la défense, information, consentement, ...).

En parallèle, la question de la responsabilité des directions se pose de plus en plus comme peut le montrer certains faits de société récents. Le développement d'une certaine forme de judiciarisation de la société amène les autorités de contrôle et les équipes de

² Article L 116-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles créé par les articles 1 et 2 de la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

direction à développer des procédures écrites et des formes de contrôle de plus en plus spécifiques. Chaque action et intervention doit être tracée, écrite, afin que l'on sache qui fait quoi, à quel moment et dans quel objectif ; chaque situation de vie doit être prévue. L'accent mis sur les « processus qualité » et les évaluations (interne et externe) sont un autre exemple de cette volonté de traçabilité.

Les établissements sociaux et médico-sociaux sont soumis à un certain nombre de contrôles et de visites réalisées par les autorités de tarification (Agence Régionale de Santé (ARS) ou Conseil Général (CG) ou les Chambres Régionales des Comptes (CRC). L'ensemble de ces visites donne lieu à la rédaction d'un rapport de visites qui comprend des préconisations de fonctionnement et des propositions d'amélioration. Le directeur (ou la directrice³) doit prendre en compte ces remarques et les mettre en œuvre dans la vie quotidienne de l'établissement. La question des droits des personnes accueillies est souvent au cœur des recommandations et évolutions prescrites. Les recommandations des bonnes pratiques professionnelles rédigées et diffusées par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) vont également dans ce sens.

Le directeur d'un établissement ou service social ou médico-social (DESSMS) est soumis à de nombreuses tensions et à des injonctions qui peuvent sembler parfois paradoxales. Garant de l'exercice des droits des personnes accueillies et responsable de leur intégrité physique et morale, il est également garant du bon fonctionnement de son établissement dans son ensemble.

L'ensemble de ces éléments m'a amené à poser le questionnement initial suivant :
Comment concilier développement de l'autonomie, préservation des droits des personnes, garantie de protection et responsabilités du directeur ?

Dans un premier temps j'ai observé et analysé des séquences de travail (groupes de travail, réunions des instances notamment) sur mon terrain de stage. J'ai également eu plusieurs échanges avec l'équipe de direction de l'Établissement Public Départemental (EPD) de Clairvivre, notamment Mr Morel, directeur de l'établissement et Mlle Lemarié, directrice adjointe et directrice du foyer d'hébergement. Ces échanges ont enrichi mon analyse et permis de dégager les principaux enjeux de la fonction de direction. Dans un second temps j'ai effectué une recherche documentaire dans le domaine réglementaire.

³ Dans la suite du document, et pour faciliter la lecture, j'utiliserai le terme « directeur » pour les deux genres.

Pour compléter cette recherche documentaire, j'ai eu un entretien avec Mr Lhuillier, professeur de droit à l'EHESP afin d'éclairer certains points de droit.

L'ensemble de ces étapes m'a permis de poser l'hypothèse suivante en réponse à ma question de départ :

L'utilisation des outils formalisés par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et plus spécifiquement le contrat de séjour et le projet individualisé doit permettre au directeur de concilier tous ces impératifs qui peuvent sembler contradictoires.

Dans un premier temps je présenterai l'établissement public départemental de Clairvivre, établissement dans lequel j'ai effectué mon stage de professionnalisation et terrain d'observation qui m'a permis d'avancer dans mes questionnements et ma construction professionnelle. Dans une seconde partie je présenterai le cadre réglementaire puis dans une dernière partie les évolutions portées par le comité de direction de l'EPD de Clairvivre et les dispositions prises sur le terrain permettant de concilier au mieux droits des usagers et autres obligations réglementaires.

1 Présentation de la structure

L'Établissement Public Départemental de Clairvivre a été créé en 1980. Issu d'une longue histoire sanitaire et médico-sociale, il m'a semblé nécessaire de présenter l'établissement (1.1) et plus spécifiquement le Foyer d'Hébergement (1.2). Enfin, pour éclairer au mieux mon sujet, je présenterai les questionnements rencontrés pendant la période de stage (1.3).

1.1 Présentation de l'établissement public

La Cité de Clairvivre a été conçue par ses créateurs dans le but de soutenir les blessés du poumon de la première guerre mondiale et leurs familles. Il ne s'agissait pas pour les concepteurs du projet de construire un simple établissement, mais bien une « ville à la campagne » (1.1.1). L'Établissement public comprend quatre structures médico-sociales différentes. Le pilotage et la coordination de la politique générale de l'établissement sont assurés par un comité de direction composé du directeur et de ses quatre adjoints (1.1.2).

1.1.1 « Une ville à la campagne »⁴

L'Établissement Public Départemental de Clairvivre (Dordogne) est implanté en région Aquitaine (à la limite des régions Limousin et Poitou-Charentes). Il se situe en milieu rural, à proximité d'un important massif forestier, dans un territoire de communes de petites tailles où les moyens de transports collectifs sont peu nombreux. Le site est distant d'environ 40 km des principales villes (Périgueux, Brive). L'établissement est implanté sur un site de 130 ha qui comprend tous les bâtiments à destination médico-sociale ainsi que les bâtiments à destination commerciale. L'Établissement Public Départemental de Clairvivre est composé de plusieurs structures : un établissement et service d'aide par le travail (ESAT), un foyer d'hébergement (FH) pour les travailleurs de l'ESAT, un Centre de rééducation professionnelle (CRP) et un Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH). Le site comprend également des pavillons d'habitation, un hôtel-restaurant, des gîtes pour la location saisonnière, une station-service (atelier de l'ESAT), la mairie annexe de Salagnac, la poste, une école maternelle, des commerces et entreprises privés et un étang réservé à la pêche⁵.

⁴ Les données suivantes ont été extraites de documents internes à l'établissement (projet d'établissement notamment) ainsi que du site internet de l'établissement public. www.la-cite-clairvivre.com

⁵ Cf. Annexe 1 visualisation Google Earth© de la Cité de Clairvivre

La Cité de Clairvivre a été construite entre 1930 et 1933 pour accueillir des blessés du poumon de la Première Guerre Mondiale, et leurs familles⁶. Construite sur le modèle des cités sanitaires anglaises, la Cité de Clairvivre se voulait complètement autonome : une centrale électrique y a été construite, ainsi qu'un système d'adduction d'eau. Il s'agit de la première application en France des idées modernes à la fois sur le plan architectural, constructif et urbain. Un projet porté par des savants « fous » d'hygiénisme.

L'objectif des promoteurs de cette cité sanitaire était de traiter les tuberculeux hors des structures hospitalières, des sanatoriums, sans les isoler de leur famille afin de leur permettre de reprendre une vie normale en travaillant à un rythme compatible avec leur état de santé, cependant qu'était assurée une surveillance médicale constante.

Dès 1933, on trouvait sur le terrain de Clairvivre les structures suivantes:

- Un bâtiment de 200 chambres, réservé aux tuberculeux célibataires et aux visiteurs,
- 175 pavillons, soit 340 logements destinés aux tuberculeux et à leur famille,
- Un hôpital avec dispensaire et service social,
- Tous les aménagements nécessaires à la vie normale d'une petite ville (adduction d'eau, station d'épuration, centrale électrique, routes, réseaux d'égouts, abattoirs, salle de spectacles, garderie d'enfants, écoles, magasins généraux assurant tous les commerces).

La totalité de ces bâtiments existe encore actuellement, mais certains ont changé d'affectation : une partie des ateliers de l'ESAT est située dans le bâtiment où se trouvait l'hôpital, le bâtiment des magasins généraux accueille maintenant le CRP et le FH se situe dans le bâtiment principal, anciennement « grand hôtel ».

Les tuberculeux, aptes au travail, assuraient les services d'entretien divers, le fonctionnement d'une ferme, ainsi que le travail de l'imprimerie, et dès 1951, pouvaient apprendre un métier dans le cadre d'un foyer de postcure avec quelques sections de rééducation professionnelle.

De sa création à 1980, la Cité fut gérée par la Société « la Maison des Blessés du Poumon » (S.M.B.P.).

Compte tenu de la disparition des blessés du poumon de la guerre de 1914-1918, l'établissement se transforma progressivement en un sanatorium classique. En 1937, Clairvivre, tout en continuant à fonctionner comme un sanatorium, accueillait les réfugiés Espagnols. En 1939 et 1940, les Hospices Civils de Strasbourg et des réfugiés

⁶ Cf. Annexe 1 plan d'origine de la Cité de Clairvivre

Alsaciens-Lorrains se repliaient sur Clairvivre, qu'ils quittèrent début 1945. On trouve d'ailleurs dans l'enceinte de la Cité un cimetière alsacien.

A partir de 1966, la S.M.B.P. créa un Centre d'Aide par le Travail⁷ de quelques places, destiné à accueillir des personnes handicapées adultes et à leur fournir une activité salariée ainsi qu'un hébergement et les soins que nécessitait leur état. Progressivement, le Centre de Rééducation Professionnelle et le Centre d'Aide par le Travail s'agrandirent au détriment du sanatorium, pour accueillir des personnes handicapées physiques. Le sanatorium a fermé définitivement en Avril 1980.

La S.M.B.P., connaissant d'importantes difficultés pour la gestion de Clairvivre, l'établissement fut érigé en Établissement Public Départemental, le 1^{er} Avril 1980.

1.1.2 L'organisation actuelle du comité de direction et des services

Le comité de direction comprend cinq personnes : un directeur général, quatre directeurs adjoints dont trois sont en charge d'une structure médico-sociale (le FH et le SAMSAH ont une même directrice) et un en charge des services transversaux (restauration, entretien des locaux, blanchisserie,...) et de l'activité commerciale.

Certains services sont directement rattachés à la direction générale : le service technique, le service qualité, le service du personnel et le service comptable et financier.

Le comité de direction se réunit une fois par mois. Tous les trois mois, l'ensemble des cadres de l'établissement est réuni dans le cadre d'une réunion dénommée « Équipe centrale de direction ». Lors de cette réunion sont présentés les grands axes stratégiques de l'établissement, les problématiques liées à chaque structure ou service. Elle permet à chacun d'avoir une vision d'ensemble de l'établissement.

Chaque structure médico-sociale comprend elle-même une équipe de direction en adéquation avec ses missions (cadres socio-éducatifs, cadre de santé, responsable de formation, responsable qualité, directeur technique,...).

L'EPD compte 340 agents (dont 80 sont contractuels) répartis sur 70 métiers. Certains postes sont obligatoirement confiés à des contractuels car ces métiers n'existent pas dans la fonction publique hospitalière, il s'agit notamment des postes de moniteur d'atelier à l'ESAT car il s'agit d'un corps en voie d'extinction dans la fonction publique hospitalière. Dans les années qui viennent (et sauf modifications éventuelles de la législation) 20 à 25% des effectifs vont partir en retraite.

⁷ Les centres d'aide par le travail (CAT) sont les anciens noms des ESAT.

1.2 Le foyer d'hébergement de Clairvivre

Le foyer d'hébergement accompagne 200 personnes adultes en situation de handicap qui sont également travailleurs de l'ESAT (1.2.1). Pour mettre en œuvre ses missions, une équipe de professionnels sociaux, paramédicaux et administratifs intervient en continu auprès des personnes accueillies (1.2.2). La taille et la localisation de l'établissement sont des particularités qu'il convient de présenter (1.2.3).

1.2.1 Le public accueilli

Les personnes hébergées au sein du foyer d'hébergement sont orientées par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) au regard de l'évaluation de leur dossier déposé auprès de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH).

L'ESAT et le FH accueillent 200 travailleurs handicapés orientés par la MDPH qui bénéficient d'une double orientation. Ces 200 personnes sont donc à la fois résident du foyer d'hébergement et travailleur de l'ESAT. 57 % des personnes accueillies ont pour déficience principale des troubles du psychisme. 33 % le sont pour une déficience intellectuelle. 10% ont pour handicap prédominant le polyhandicap. 72% des personnes accueillies sont des hommes et 38% des femmes. 37,5% des PA ont plus de 45 ans et 11,5% plus de 55 ans.

Près de la moitié des résidents sont originaires du département de la Dordogne. Les autres résidents sont, le plus souvent, originaires des départements limitrophes (Corrèze, Haute Vienne, Charente).

Sur les 200 personnes accueillies : 100 sont sous mandat de protection exercé par un mandataire extérieur à l'établissement (associations tutélaires, famille ou mandataire privé), 30 sont sous mandat de protection exercé par le mandataire judiciaire à la protection des majeurs préposé de l'établissement et 70 n'ont aucune mesure de protection.

La durée moyenne de prise en charge est de 13 ans.

Le foyer d'hébergement est composé de 150 chambres situées dans le bâtiment principal et de 50 autres chambres situées dans des pavillons extérieurs (Pavillons La Forêt, 75 et 79). L'accès aux pavillons extérieurs se fait après formulation d'une demande par les personnes accueillies et examen par une commission d'admission en fonction du projet individualisé de la personne. En effet, dans les pavillons La Forêt par exemple, les

personnes doivent être capables de préparer leur repas du soir puisqu'il s'agit de logements équipés d'un coin cuisine. Il existe dans Clairvivre un certain nombre de chambres doubles permettant aux personnes vivant en couple de s'installer ensemble.

1.2.2 Le personnel du foyer

Le personnel du foyer comprend 43,25 équivalent temps plein (ETP) dont 29,8 ETP de personnel éducatif : cadre socio-éducatif, éducateur spécialisé, moniteur-éducateur et aide médico-psychologique (dont une partie travaille la nuit). Le reste de l'équipe est composé de personnel paramédical (cadre de santé, infirmières et aide soignante) et de personnel administratif. L'équipe éducative est répartie en cinq groupes éducatifs. Chaque groupe éducatif comprend quatre ou cinq travailleurs sociaux. Les personnes accueillies sont en lien avec un groupe éducatif référent (selon l'étage ou le pavillon où ils habitent). Il n'y a pas de référence individuelle.

D'autres personnels interviennent dans le foyer mais ne dépendent pas de la direction du foyer d'hébergement : les agents du service intérieur assurent le ménage des parties communes du foyer et de certaines chambres, le personnel de la restauration, les agents des services techniques et les agents de prévention et de sécurité. L'ensemble des personnels de l'EPD a suivi une formation concernant la bientraitance.

La création d'un poste de directeur du foyer d'hébergement de Clairvivre est récente (2008). De 1980 à 2008, c'est le directeur de l'ESAT qui assumait cette fonction et le foyer d'hébergement n'était vu que comme un support et un soutien à l'activité principale qui est le travail. Avec la création du poste de directeur en 2008 et la constitution d'une équipe de direction, le foyer d'hébergement a acquis un véritable statut d'établissement médico-social avec ses objectifs propres : développer les capacités des personnes accueillies et favoriser leur insertion sociale, professionnelle, amicale,...

Pour atteindre ses objectifs, l'équipe de direction du foyer ainsi que les professionnels ont notamment mis en place des ateliers éducatifs qui doivent permettre le développement des capacités des personnes accueillies. *« Les propositions d'accompagnement éducatif se déclinent en fonction des besoins des personnes accueillies. Elles tiennent compte des niveaux d'autonomie de chacun et répondent, dans la mesure du possible, à la demande du résident. Une large place est dédiée à l'accompagnement du quotidien, à l'apprentissage des premières démarches administratives et à l'organisation des loisirs (sport, culture, vacances...). Les activités proposées sont déterminées en collaboration avec l'adulte accueilli dans le cadre des dispositions législatives et réglementaires avec,*

notamment, un projet personnalisé et un contrat de séjour, eux-mêmes inscrits dans le cadre d'un projet d'établissement⁸ ».

Il existe, par exemple, un atelier auto-école, assuré par un moniteur diplômé, qui permet aux personnes désireuses de passer leur permis ou souhaitant acquérir une voiture sans permis de valider l'épreuve du code et d'acquérir les bases de la conduite automobile. D'autres ateliers ont été mis en place permettant soit l'expression artistique ou l'apprentissage des bases de l'hygiène, de la cuisine,... Chaque année ces ateliers évoluent en fonction des besoins recensés ou exprimés dans les projets individualisés et en fonction des observations de l'équipe éducative.

1.2.3 Spécificité du foyer de Clairvivre

La localisation et la taille de l'établissement constituent une particularité importante pour l'accompagnement des personnes accueillies. Il existe en France peu de double structure FH-ESAT de la taille de l'EPD de Clairvivre⁹. Si certains ESAT accueillent un plus grand nombre de travailleurs, peu de foyers d'hébergement ont une capacité d'accueil de 200 personnes. Le foyer fonctionne 365 jours par an et est ouvert en continu. Ainsi quel que soit le moment de la journée, une personne accueillie pourra trouver un professionnel pour répondre à ses interrogations, ses angoisses, etc.

La proximité géographique des deux structures est aussi une spécificité. Cela explique notamment que le foyer soit ouvert en permanence et qu'il y ait du personnel éducatif présent tout au long de la journée. Cette ouverture en continu est également une spécificité car de nombreux foyers sont fermés en journée lorsque les personnes sont au travail comme l'indique une publication récente¹⁰ de l'ANAP (agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux) : « *Ces établissements assurent, en début et fin de journée et/ou en fin de semaine, l'hébergement et l'entretien des personnes adultes handicapées qui exercent une activité professionnelle pendant la journée* ». En effet, les travailleurs de l'ESAT déjeunent au sein du FH, certains sont à temps-partiel pour des raisons de santé. Cette proximité des deux structures si elle peut être facilitatrice pour bien des aspects amène également des difficultés et des conflits de responsabilité notamment en ce qui concerne le contrôle de la présence des ouvriers dans leurs ateliers de travail. Cette proximité a conduit à la mise en place de réunions régulières des deux équipes de direction (une fois tous les deux mois) afin de discuter de problématiques concernant les deux structures, d'envisager des actions de formation conjointes ou de rédiger des documents communs.

⁸ ANAP, Juillet 2013, « Les foyers d'hébergement » in *le secteur médico-social - Comprendre pour agir mieux*, p. 88 à 90.

⁹ Consultation base FINESS - <http://finess.sante.gouv.fr/jsp/index.jsp>

¹⁰ ANAP, op. cit.

Le foyer a du également trouver des solutions pour rompre l'isolement géographique et palier l'absence de moyen de transports collectifs. Des navettes gratuites, reliant l'établissement aux gares de Brive et Périgueux sont accessibles le vendredi soir et le dimanche soir. Elles permettent à ceux ne possédant pas de véhicule ou le permis de conduire de se rendre le week-end chez des proches. Un partenariat avec l'hôpital local d'Excideuil (distant de 20 km et hébergeant des anciens résidents de Clairvivre) a permis de mettre en place une navette mensuelle le samedi afin de maintenir le lien entre les personnes accueillies dans les deux structures.

1.3 EPD de Clairvivre : questionnements en cours

Dans le cadre de mon stage, j'ai pu assister à certains nombre de réunions institutionnelles : comité de direction, réunions des instances, réunion hebdomadaire de l'équipe de direction du foyer d'hébergement, groupes de travail sur différentes problématiques rencontrées dans l'établissement,.... L'observation et la participation à ces temps de travail, mon implication dans la vie quotidienne de l'établissement, m'ont permis de dégager plusieurs sujets qui interrogent le lien entre rôle et responsabilité du directeur et droits des usagers.

Ainsi, dès mon arrivée au mois de novembre, la publication du rapport de la Chambre régionale des comptes m'a amené à m'intéresser à la question de la participation des personnes accueillies à leurs frais d'hébergement (1.3.1). Par la suite, la réalisation d'une enquête de satisfaction et l'analyse de ses résultats (1.3.2) m'ont permis de me questionner sur les outils mis en place par la loi du 2 janvier 2002 et l'usage qui en est fait dans l'établissement (1.3.2).

1.3.1 Rapport de la Chambre régionale des comptes et droit des résidents

En juin 2012, la Chambre Régionale des Comptes Aquitaine – Poitou-Charentes a effectué un contrôle dans l'établissement (seconde visite quinquennale).

Les chambres régionales des comptes sont une des composantes de la juridiction financière (en complément de la Cour des Comptes et de la Cour de discipline budgétaire et financière). *« Les chambres régionales des comptes exercent à titre principal sur les collectivités territoriales et leurs établissements publics une triple compétence de jugement des comptes des comptables publics, d'examen de la gestion et de contrôle budgétaire. Elles ont aussi une mission d'évaluation des politiques publiques et des conditions de leur mise en œuvre au niveau local par leur contribution aux enquêtes*

*thématiques*¹¹ ». Les contrôles réguliers des chambres régionales des comptes, sont une garantie de la gestion efficace et du bon emploi des fonds publics.

Dans son rapport définitif publié début novembre¹², le magistrat, en complément des remarques attendues sur la gestion financière de l'établissement, a fait des remarques sur la question des droits des personnes accueillies à travers son étude du système des « mandats ». Il a considéré que cette pratique était contraire aux droits promus par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

Il est ainsi indiqué dans la synthèse du rapport : « ... *La plupart des handicapés travaillant à l'ESAT de Clairvivre étaient pris en charge par l'aide sociale. Mis à part ceux qui avaient un mandataire judiciaire à la protection des majeurs (M.J.P.M) préposé, ils étaient soit sous tutelle (ou curatelle) externe, soit sans régime de protection. Sur un total de 180 personnes handicapées environ dans cette situation, 100 d'entre elles voyaient leurs ressources gérées par le comptable dans le cadre d'un système de « mandat/procuration ». L'hébergé travaillant à l'ESAT et pris en charge par l'aide sociale était « invité » à remplir un imprimé par lequel il donnait mandat au comptable d'encaisser ses revenus. Le comptable payait avec les fonds ainsi encaissés les contributions dues à l'aide sociale et reversait le reliquat à l'intéressé. Institué en dehors du cadre légal, ce système ne contribuait pas à défendre les droits des personnes handicapées, ni à encourager leur autonomie. Le mode de contrôle et de recouvrement institué était excessif au regard de l'objectif de défense de l'autonomie que l'établissement était censé poursuivre. De plus, les comptes de gestion individuels des personnes handicapées n'étaient pas fiables. Eu égard à sa responsabilité générale dans la gestion de l'établissement, l'ordonnateur doit être vigilant sur ce point. Enfin, les droits des collectivités d'assistance (départements) n'étaient pas respectés, celles-ci percevant avec un décalage l'allocation logement et la part d'allocation d'adulte handicapé leur revenant. »*

Jusqu'à récemment lorsque les personnes arrivaient à l'EPD de Clairvivre et qu'elles ne bénéficiaient pas d'une mesure de protection (mandat judiciaire de protection des majeurs) ; elles signaient lors de leur admission un document dénommé « mandat ». Ce document stipule que la personne « donne pouvoir à M..... agissant ès qualité Directeur de l'établissement..... pour percevoir en mes lieu et place les prestations

¹¹ <http://www.ccomptes.fr/Nos-activites/Chambres-regionales-des-comptes-CRC>

¹² Chambre régionale des comptes Aquitaine – Poitou Charentes, Novembre 2012, *Rapport d'observations définitives sur les comptes et la gestion de l'établissement public départemental d'actions sociales, de rééducation professionnelle et d'aide par le travail de Clairvivre - Exercices 2006 à 2011.*

me revenant et dont la Caisse d'Allocations Familiales (CAF) de Dordogne est débitrice [...] L'établissement s'engage à enregistrer ces sommes sur les comptes individuels des pensionnaires [...] ». Ce document permettait à l'établissement de percevoir directement l'allocation adulte handicapé (AAH) et l'allocation logement de la personne accueillie et ainsi de calculer le montant du reversement au conseil général et le laisser à disposition réglementaire versé au résident. Cette pratique existe depuis plus de trente ans en accord avec le Conseil Général. .

Suite à ce rapport, la trésorerie publique (TPEH) n'a plus accepté les mandats. Aussi la direction de l'établissement doit établir une nouvelle procédure devant être mise en place au plus tard le 1^{er} janvier 2014 et réorganiser son accompagnement pour que les droits des PA soient respectés tout en s'assurant que les reversements soient bien effectués. En effet, le paiement du prix de journée dû à l'établissement par le Conseil Général est conditionné à la perception, par ce dernier, des reversements effectués par les personnes accueillies.

Cette remarque du magistrat amène plusieurs questions auxquelles la direction de l'établissement se doit de répondre :

- L'organisation FH/ESAT : jusqu'à présent le calcul des reversements était fait par un agent de l'ESAT. Les modifications demandées par le magistrat pourraient amener le comité de direction à réorganiser les circuits de calcul et de facturation des reversements.
- Le financement de l'établissement : si les contributions individuelles ne sont pas versées au Conseil Général, ce dernier ne paiera pas le prix de journée à l'établissement. Ce non versement pouvant avoir un impact très important pour le budget de l'établissement.
- Les personnes accueillies : elles vont percevoir des sommes que jusqu'à présent elles ne recevaient pas directement sur leur compte. Il est donc nécessaire de réfléchir à un nouvel accompagnement des personnes accueillies sans mesure de protection autour des questions budgétaires.

1.3.2 L'enquête de satisfaction

Dans le cadre de mon stage, j'ai été amenée à faire passer une enquête de satisfaction auprès des résidents du FH. Cette enquête prévue dans le cadre de la démarche qualité de l'établissement, a pour objet de recueillir l'avis des résidents sur les prestations proposées par le FH. Je n'ai pas réalisé moi-même le cadre de l'enquête. C'est un groupe de travail - coordonné par un éducateur spécialisé et réunissant différents professionnels

de l'EPD et du Foyer ainsi que des représentants des personnes accueillies (PA) – qui s'est réuni au début de l'année 2012 pour élaborer et tester le questionnaire de l'enquête.

Cette enquête portait sur l'ensemble des domaines de compétence du foyer (hébergement, repas, santé, ateliers éducatifs, loisirs, sécurité, projet, participation et déplacement). Chaque domaine d'intervention comprenait quatre ou cinq questions et un espace de réponse libre. Si le taux de retour n'a pas été très satisfaisant (70 questionnaires sur 200 distribués), les résultats ont été plutôt bons dans l'ensemble :

Domaine	taux de satisfaction moyen
Vos transports	84,50%
Votre linge	82,33%
Votre accompagnement	81,50%
Votre sécurité	77,60%
Vos repas	77,00%
Votre santé	75,83%
Votre logement	75,40%
Votre admission	74,60%
Vos activités	69,60%
Votre projet individualisé	67,25%
Votre participation	56,40%

Après la passation de l'enquête, j'ai effectué une analyse détaillée de l'enquête dont les résultats ont été présentés en conseil de la vie sociale (CVS). Dans le domaine du projet individualisé, les personnes qui ont répondu ont exprimé le souhait de participer plus à l'élaboration de leur projet individualisé (PI) (58 % des répondants) ainsi qu'à son suivi (56%). Les réponses aux questions ouvertes viennent confirmer la nécessité de travailler sur cette procédure « *Je ne comprends pas très bien ce que c'est ; Je souhaiterais connaître plus de choses et que cela soit plus clair* ». Concernant la participation, 50 % des répondants trouvent que les moyens d'expression mis à leur disposition sont insuffisants et seulement 52 % savent comment poser une question au CVS.

1.3.3 Questionnements en lien avec la mise en place des outils de la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

La mise en œuvre du projet individualisé

Conformément à la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, le FH et l'ESAT ont mis en place la démarche d'élaboration des contrats de

séjour (CS), contrats d'aide et de soutien par le travail (CSAT) et projets individualisés en 2005.

Cette démarche est décrite dans un document intitulé « Élaboration et formalisation des CS et CSAT et leurs avenants ».

Le projet individualisé est un document commun aux deux structures avec des axes spécifiques en lien avec l'hébergement et d'autres en lien avec le travail. Le choix a été fait d'un document commun car le FH et l'ESAT sont liés par le régime d'autorisation ; les personnes accueillies circulent d'une structure à l'autre, tour à tour ouvrier ou résident.

Ces outils s'élaborent aujourd'hui de la manière suivante :

- CS et CSAT : dans le mois qui suit l'admission de la PA. Il s'agit de deux documents distincts, signés par la personne accueillie et par la directrice du FH ou de l'ESAT ;
- Dans les six mois qui suivent l'admission, un avenant au CS et au CSAT est signé. Ces documents reprennent les objectifs fixés dans le projet individualisé et les actions à mettre en œuvre. Ces avenants sont revus et modifiés annuellement après chaque renouvellement de projet individualisé ;
- PI : Il est élaboré par une équipe pluridisciplinaire qui comprend des représentants des deux structures de différentes qualifications.

La rédaction du projet individuel nécessite plusieurs étapes : un bilan des actions menées dans l'année antérieure, un recueil des souhaits de la personne accueillie, un recueil des données par écrit, un recueil des informations auprès du représentant légal.

Suite à ces différents recueils d'information ou de souhait, une réunion de recueil de données (RDD) est organisée. *« A l'issue de la réunion « Recueil de données », il convient de formaliser par un écrit synthétique destiné à laisser une trace de ce qui a pu poser question, faire débat, ou amener un consensus. Cet écrit est dénommé « analyse des données ». Il est rédigé par le rapporteur de la réunion et servira de support à la réunion « validation des cadres ». De même, des propositions d'actions servant à la rédaction des projets individualisés sont élaborées durant la réunion sur la base des souhaits de la personne accueillie et des observations des professionnels¹³ ».* Suite à cette RDD, les cadres socio-éducatifs élaboreront le projet individualisé dans une réunion nommée « validation des cadres ». Au regard du nombre de personnes concernées, des réunions de recueil de données ont lieu toutes les semaines.

¹³ EPD de Clairvivre, Juin 2011, *Instruction médico-sociale N°1*, « Élaboration CS et CSAT ».

Si la situation du travailleur handicapé ou du résident le nécessite, une réunion de bilan intermédiaire (entre deux RDD) peut être organisée.

La procédure absence

Les personnes hébergées au FH sont admises après une orientation de la CDAPH. Ces personnes accueillies conservent l'ensemble de leurs droits fondamentaux dont celui d'aller et venir. Cependant, le foyer d'hébergement est responsable de leur sécurité et doit pouvoir s'assurer de la présence ou de l'absence des personnes accueillies notamment pour pouvoir répondre aux demandes de la commission de sécurité ou s'assurer de l'évacuation complète des bâtiments en cas d'incendie.

Pendant plusieurs mois l'équipe de direction du foyer d'hébergement (directrice adjointe de l'EPD, cadres socio-éducatifs, cadre de santé) a réfléchi à une procédure dite « procédure absence¹⁴ » qui a pour objet, tout en garantissant la liberté d'aller et venir, de savoir où sont les personnes accueillies au FH (en dehors des heures de travail) lorsqu'elles ne sont pas dans le bâtiment principal du foyer d'hébergement de Clairvivre (lorsqu'elles vont faire des courses que ce soit à proximité ou en voiture, ou lorsqu'elles vont se promener).

La rédaction de cette procédure a nécessité de nombreux ajustements car certains (professionnels ou résidents) ont trouvé qu'elle était attentatoire à un droit fondamental et que le contrôle de présence par les éducateurs allait contre le développement de l'autonomie des résidents qui est une des finalités de l'accueil en FH. Sa mise en place en février 2013 a entraîné la remise d'une pétition de la part des personnes accueillies (par le biais de leurs représentants au CVS).

Les constats posés dans cette première partie nécessitent d'être approfondis et éclairés par la présentation du contexte juridique et réglementaire.

¹⁴ Cf. Annexe 2

2 Cadre réglementaire et juridique

Pendant longtemps, les personnes reconnues en situation de handicap et hébergées dans des structures médico-sociales devaient s'adapter aux règles de vie des établissements et peu de place était donnée à leurs aspirations. Leurs capacités d'initiative, d'auto-détermination n'étaient pas forcément reconnues. Ils étaient usagers de l'établissement et non citoyens accompagnés dans leur vie quotidienne. Cette position a évolué avec le vote de la loi 2002-2¹⁵ du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale qui a reconnu un certain nombre de droits aux usagers (2.1). Si ce texte n'a pas modifié la réglementation concernant la participation des hébergés aux frais d'hébergement (2.2) ; il a eu un fort impact sur les établissements et services médico-sociaux en étant porteur d'un large panel d'évolutions (2.3).

2.1 Droits et libertés

La loi du 2 janvier 2002 s'appuie sur la notion de droits fondamentaux définis notamment dans la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen pour renforcer les droits des personnes accueillies dans les ESMS (2.1.1). Parmi les droits et libertés énoncés dans ce texte, il m'a semblé nécessaire de préciser la notion de liberté d'aller et venir qui est parfois mise en tension par l'obligation de sécurité (2.1.2). Enfin, pour permettre la mise en œuvre de ces droits et lutter ainsi contre la maltraitance, la loi 2002-2 renforcée par la loi du 11 février 2005, instaure des outils à mettre en place dans chaque établissement et service (2.1.3).

2.1.1 Droits fondamentaux

Plusieurs textes reconnaissent l'existence de droits fondamentaux aux êtres humains : Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme, Déclaration des Droits de l'Homme et du citoyen, ... Ces droits sont multiples et variés : droit à la sécurité, principe de non discrimination, égalité, liberté de culte,... Dans le champ social et médico-social, le législateur a tenu à préciser et décliner ces droits fondamentaux. En effet, les personnes accompagnées par ces services ou établissements sont considérées comme des personnes vulnérables et, à ce titre, voient leurs droits renforcés afin de les positionner comme acteur de leur accompagnement et non comme sujet de leur prise en charge.

La loi 2002-2 définit sept garanties pour les personnes accueillies dans les établissements ou services sociaux ou médico-sociaux. L'article L. 311-3 du CASF précise donc que :
« *L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne prise en charge*

¹⁵ Dans la suite du document, j'utiliserai le terme de loi 2002-2 pour qualifier ce texte.

par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Dans le respect des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, lui sont assurés :

1° Le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité et de sa sécurité ;

2° Sous réserve des pouvoirs reconnus à l'autorité judiciaire et des nécessités liées à la protection des mineurs en danger et des majeurs protégés, le libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes soit dans le cadre d'un service à son domicile, soit dans le cadre d'une admission au sein d'un établissement spécialisé ;

3° Une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins, respectant son consentement éclairé qui doit systématiquement être 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 ;

4° La confidentialité des informations la concernant ;

5° L'accès à toute information ou document relatif à sa prise en charge, sauf dispositions législatives contraires ;

6° Une information sur ses droits fondamentaux et les protections particulières légales et contractuelles dont elle bénéficie, ainsi que sur les voies de recours à sa disposition ;

7° La participation directe ou avec l'aide de son représentant légal à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne. »

2.1.2 Focus sur la liberté d'aller et venir

La liberté d'aller et venir est un droit inaliénable reconnu à tout un chacun dans notre société. Pour les personnes hébergées dans les établissements sociaux et médico-sociaux, elle ne peut se réduire à la liberté de déplacement au sein de la structure *« mais aussi comme la possibilité pour elle de mener une vie ordinaire au sein de l'établissement qu'elle a elle-même choisie »*¹⁶.

La liberté d'aller et venir concerne aussi bien les déplacements à l'intérieur d'un établissement ou entre ses différents bâtiments, que les déplacements extérieurs.

Cette liberté fondamentale, inhérente à l'être humain, peut se trouver remise en cause par un principe qui se développe de plus en plus : le principe de précaution. Dans une société

¹⁶ ANAES, 24 et 25 novembre 2004, « Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux et obligation de soins et de sécurité, Conférence de Consensus, Paris, texte des recommandations version longue, p.8.

où la prise de risque est de moins en moins tolérée, il est plus facile de restreindre la liberté de mouvement au nom du principe de précaution que d'accompagner la personne vers plus d'autonomie en acceptant la prise de risque liée à cette conquête de liberté. Les exemples sont nombreux d'établissements pour personnes âgées qui préféreront laisser un résident couché plutôt que de mettre en place des dispositifs pour accompagner une sortie au risque d'une chute. Pourtant, comme l'indique le jury de la Conférence de Consensus, « *La préservation de la liberté d'aller et venir doit se fonder sur un principe de prévention individuelle du risque et non sur un principe de précaution.*¹⁷ ».

Cette liberté fondamentale se trouve également confrontée à la notion de responsabilité qui incombe aux professionnels et aux directions des établissements. Car si la personne accueillie se voit garantir la liberté d'aller et venir, elle se voit également garantir un droit à la sécurité et à la protection de sa personne.

« Il faut réussir à concilier deux principes apparemment opposés, la liberté et la sécurité, ceci au cas par cas, en prenant en compte d'abord la situation de la personne et non ses pathologies et en s'attachant à apporter une réponse adaptée à sa vulnérabilité éventuelle. »¹⁸

Tout aménagement ou restriction de la liberté d'aller et venir doit tenir compte des capacités de la personne et être inscrit dans le projet individualisé. Ces aménagements sont donc réévalués annuellement comme tous les objectifs et actions inscrits dans le projet individualisé.

2.1.3 Les outils de la loi 2002-2

Les évolutions de la perception du handicap (de la déficience à la notion de compensation¹⁹), de la pratique médicale et de la société ont amené à des modifications du regard porté sur les personnes en situation de handicap et notamment sur les personnes ayant un handicap intellectuel ou psychique.

La loi 2002-2 et la loi 2005-102 du 11 février 2005 relative à l'égalité des droits et des chances, la citoyenneté et la participation sociale des personnes handicapées²⁰ ainsi que les textes d'application en découlant (décrets et circulaires), ont traduit l'évolution de ce regard et amené à des changements importants dans la société et dans le secteur médico-social.

¹⁷ Ibid. p.19.

¹⁸ Ibid., p.8.

¹⁹ Cours de Fanny Sallé, Cycle préparatoire court, 1^{er} semestre 2011, EHESP

²⁰ Dans la suite du document, j'utiliserai le terme de loi 2005-102 pour qualifier ce texte.

La loi 2002-2 a ainsi considérablement fait évoluer le droit des usagers en instaurant des outils obligatoires à mettre en place afin de faire respecter ces droits. Ces outils, au nombre de sept, sont les suivants :

- Projet d'établissement
- Livret d'accueil
- Règlement de fonctionnement
- Contrat de Séjour ou document individuel de prise en charge
- Conseil de la Vie Sociale
- Charte des droits et libertés
- Personne qualifiée

Le contenu du contrat de séjour a été défini par décret²¹. Ce document, signé par la personne accueillie, son représentant légal s'il y a lieu et le directeur, comprend, entre autres, les éléments suivants :

« 1° La définition avec l'usager ou son représentant légal des objectifs de la prise en charge ;

2° La mention des prestations d'action sociale ou médico-sociale, éducatives, pédagogiques, de soins et thérapeutiques, de soutien ou d'accompagnement les plus adaptées qui peuvent être mises en œuvre dès la signature du contrat dans l'attente de l'avenant mentionné au septième alinéa du présent article ;

3° La description des conditions de séjour et d'accueil ;

4° Selon la catégorie de prise en charge concernée, les conditions de la participation financière du bénéficiaire ou de facturation, y compris en cas d'absence ou d'hospitalisation ;... »

Ce document doit être signé dans le 1^{er} mois qui suit l'admission. Dans les six mois qui suivent, un avenant doit être rédigé. Cet avenant vient préciser les objectifs et prestations adaptées à la personne. Les éléments de cet avenant sont constitutifs du projet individualisé ou projet personnalisé²² (PP). Il doit être actualisé une fois par an. Il est important de noter que *« le projet personnalisé et le contrat de séjour sont différents, même si l'un alimente l'autre en partie ; cette différence tient surtout à la dimension juridiquement contractuelle du contrat de séjour alors que le projet personnalisé est à la*

²¹ Décret n°2004-1274 du 26 novembre 2004 relatif au contrat de séjour ou document individuel de prise en charge prévu par l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles. Article D311 du CASF.

²² Le terme « projet personnalisé » est le terme retenu par l'ANESM pour qualifier la démarche de co-construction de ce projet entre la personne accueillie/accompagnée (et son représentant légal) et les équipes professionnelles. Le terme « projet individualisé » est le terme retenu à l'EPD de Clairvivre que j'utiliserai dans la suite de ce document.

fois une démarche et un document de référence non contractuel (un outil de travail)²³ ». Le projet individualisé est une co-construction : le consentement éclairé de la personne doit être recherché dans son élaboration et sa rédaction.

Les travailleurs d'ESAT, qu'ils soient hébergés ou non en foyer d'hébergement, doivent signer un contrat de soutien et d'aide par le travail (CSAT) qui définit les droits et obligations réciproques de l'ESAT et du travailleur handicapé (TH) aussi bien en ce qui concerne l'exercice professionnel que la mise en œuvre des activités d'aide et de soutien par le travail²⁴.

La loi 2005-102 a reconnu aux personnes en situation de handicap la notion de citoyenneté et la place qu'elles devaient occuper dans la société. Une des évolutions majeures de la loi 2005-102 est le changement de paradigme autour des personnes en situation de handicap. Ce n'est plus à elles de s'adapter à la société ou l'institution où elles vivent mais bien à la société de mettre en œuvre les moyens de compensation. Ainsi l'article 11 de la loi du 11 février 2005 définit le droit à la compensation dans un nouvel article du CASF²⁵ : « *La personne handicapée a droit à la compensation des conséquences de son handicap quels que soient l'origine et la nature de sa déficience, son âge ou son mode de vie.*

Cette compensation consiste à répondre à ses besoins, qu'il s'agisse de l'accueil de la petite enfance, de la scolarité, de l'enseignement, de l'éducation, de l'insertion professionnelle, des aménagements du domicile ou du cadre de travail nécessaires au plein exercice de sa citoyenneté et de sa capacité d'autonomie, du développement ou de l'aménagement de l'offre de service, permettant notamment à l'entourage de la personne handicapée de bénéficier de temps de répit, du développement de groupes d'entraide mutuelle ou de places en établissements spécialisés, des aides de toute nature à la personne ou aux institutions pour vivre en milieu ordinaire ou adapté, ou encore en matière d'accès aux procédures et aux institutions spécifiques au handicap ou aux moyens et prestations accompagnant la mise en œuvre de la protection juridique régie par le titre XI du livre 1er du code civil. Ces réponses adaptées prennent en compte l'accueil et l'accompagnement nécessaires aux personnes handicapées qui ne peuvent exprimer seules leurs besoins.

Les besoins de compensation sont inscrits dans un plan élaboré en considération des besoins et des aspirations de la personne handicapée tels qu'ils sont exprimés dans son

²³ GUYOT P., « Le projet personnalisé dans les établissements et services pour personnes handicapées. Sa place dans le nouveau dispositif de la politique du handicap et son élaboration, Juillet 2008, *Bulletin d'information du CREA Bourgogne*, n°283, p.10.

²⁴ Décret 2006-1752 du 23 décembre 2006 relatif au contrat de soutien et d'aide par le travail et aux ressources des travailleurs des établissements ou services d'aide par le travail.

²⁵ Art. L 114-1-1 du CASF créé par l'Article 11 de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

projet de vie, formulé par la personne elle-même ou, à défaut, avec ou pour elle par son représentant légal lorsqu'elle ne peut exprimer son avis. »

2.2 La réglementation concernant les frais d'hébergement

Les travailleurs handicapés travaillant en ESAT et hébergés dans un foyer d'hébergement doivent contribuer à leur frais d'hébergement (2.2.1). Cependant afin qu'ils puissent disposer d'une partie de leurs ressources, la réglementation prévoit le calcul d'un « laissé à disposition » (2.2.2)

2.2.1 Le calcul de la contribution

Les travailleurs d'ESAT hébergés dans un foyer d'hébergement et pris en charge par l'aide sociale départementale, doivent reverser une partie de leurs ressources au département qui les prend en charge. La somme qu'ils ont à reverser chaque mois n'est pas fixe, elle dépend de leurs ressources (salaire, Allocation adulte handicapé (AAH), Allocation logement, pension d'invalidité,...), du nombre de jours travaillés, du nombre de jours dans le mois,...

L'article R344-29 modifié par le décret n°2010-344 du 31 mars 2010 - art. 259 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF) précise que : *« Toute personne handicapée qui est accueillie de façon permanente ou temporaire, à la charge de l'aide sociale, dans un établissement de rééducation professionnelle fonctionnant en internat, dans un foyer-logement ou dans tout autre établissement d'hébergement pour personnes handicapées doit s'acquitter d'une contribution qu'elle verse à l'établissement ou qu'elle donne pouvoir à celui-ci d'encaisser.*

Cette contribution, qui a pour seul objet de couvrir tout ou partie des frais d'hébergement et d'entretien de la personne handicapée, est fixée par le président du conseil général ou le préfet ou le directeur général de l'agence régionale de santé, au moment de la décision de prise en charge, compte tenu des ressources du pensionnaire, de telle sorte que celui-ci puisse conserver le minimum fixé en application du 1° de l'article L. 344-5. Elle peut varier ultérieurement selon l'évolution des ressources mensuelles de l'intéressé.

L'aide sociale prend en charge les frais d'hébergement et d'entretien qui dépassent la contribution du pensionnaire. ».

A titre d'exemple, en 2011, le département de la Dordogne dont sont ressortissants 98 personnes accueillies (sur 200 résidents) a encaissé 780 725 € au titre de la contribution des personnes hébergées et a versé la somme de 2 482 534 € au titre des frais

d'hébergement (soit pour 98 bénéficiaires, une prise en charge au titre de l'aide sociale de 1 447 € par mois et par personne)²⁶.

2.2.2 Le « laissé à disposition »

Un minimum, appelé « laissé à disposition », doit être laissé à la personne hébergée conformément à l'article D344-35 du CASF : « *Lorsque l'établissement assure un hébergement et un entretien complet, y compris la totalité des repas, le pensionnaire doit pouvoir disposer librement chaque mois :*

1° S'il ne travaille pas, de 10 % de l'ensemble de ses ressources mensuelles et, au minimum, de 30 % du montant mensuel de l'allocation aux adultes handicapés ;

2° S'il travaille, s'il bénéficie d'une aide aux travailleurs privés d'emploi, s'il effectue un stage de formation professionnelle ou de rééducation professionnelle, du tiers des ressources garanties résultant de sa situation ainsi que de 10 % de ses autres ressources, sans que ce minimum puisse être inférieur à 50 % du montant mensuel de l'allocation aux adultes handicapés. ».

2.3 Autres évolutions portées par la loi du 2 janvier 2002

La loi du 2 janvier 2002 n'a pas pour unique objet les droits des usagers. Elle a introduit également les obligations réglementaires liées à l'évaluation des établissements et services médico-sociaux (2.3.1) et accru les dispositifs de participation des usagers (2.3.2). Enfin, cette loi s'est inscrite dans un contexte de judiciarisation de la société qu'il convient de présenter (2.3.3).

2.3.1 La démarche qualité et l'évaluation

La loi 2002-2, au delà du rappel des droits fondamentaux pour les personnes en situation de handicap, a également fait évoluer les pratiques des ESMS (établissements et services médico-sociaux) notamment à travers l'instauration de l'évaluation interne et externe. C'est depuis ce texte que la démarche qualité a été introduite dans les ESMS. Ceci a constitué un changement majeur dans des structures peu habituées à l'écrit et la protocolisation et a pu induire des résistances au changement assez importantes. En effet, le personnel socio-éducatif n'a pas pour habitude, dans sa pratique professionnelle, d'expliquer par écrit ses actions, ni de suivre des protocoles qui pour certains peuvent sembler réduire la relation d'aide à la mise en œuvre d'une simple fiche technique. La mise en place de la démarche qualité dans les ESMS s'apparente alors, pour certains, à

²⁶ « *Les frais d'hébergement et l'aide sociale à l'hébergement* », Présentation de Madame GAILLARD, chef de service « établissements – pôle personnes handicapées », Direction Départementale de la Solidarité et de la Prévention, Conseil Général de la Dordogne, 22 novembre 2012 (présentation aux personnels de l'EPD de Clairivivre).

une forme de contrôle social.

La démarche qualité s'appuie sur la mise en place de protocoles²⁷ et de procédures qui permettent, au regard d'une situation donnée, de définir les axes d'intervention nécessaire pour une efficacité optimale. Un protocole décrit une série d'actions à réaliser, étape par étape et permet d'identifier les intervenants. Sa mise en œuvre doit être évaluée régulièrement. Les professionnels doivent être intégrés dans l'élaboration de la démarche qualité. La rédaction des documents qualité doit permettre une discussion sur les pratiques professionnelles afin qu'il y ait consensus dans la rédaction et sur les mesures à prendre face à une situation donnée. Même si cette démarche peut améliorer la qualité des prestations offertes aux personnes accueillies, il est important de noter que tout ne peut être « protocolisé » et qu'il faut garder « l'humain » et ses spécificités à l'esprit dans tous les accompagnements.

Même si cette démarche est utilisée par les autorités de tarification et de planification dans une démarche de contrôle, elle permet une évolution des pratiques professionnelles en assurant plusieurs fonctions :

« - Elle permet d'harmoniser les représentations de l'action menée comme de ses acteurs et de ses objets. Il est en effet essentiel que tous les acteurs de la prise en charge, et l'utilisateur parmi eux, travaillent sur un référentiel commun en matière d'action, en d'autres termes que tout le monde soit d'accord sur le sens à accorder aux termes en usage dans la formulation de la prise en charge (besoins, objectifs, modalités, etc....) »

- Elle permet aussi de diminuer la subjectivité individuelle. On sait en effet que le fait de coucher sur la papier sa pratique, c'est également la penser et sortir ainsi de l'implicite et de la seule oralité. De plus, comme il n'y a d'évaluation de qualité qu'en équipe, le nombre des acteurs tend en lui-même à minorer l'impact de la subjectivité de chacun et à mettre en place une certaine objectivité des processus.

- Elle permet ensuite d'assurer la continuité de la prise en charge, à laquelle l'utilisateur a un droit imprescriptible en vertu de la loi. En effet, la pratique systématique de l'évaluation écrite libère la prise en charge de la personnalité de chaque encadrant, c'est-à-dire que la prise en charge de l'utilisateur ne dépend pas de la présence (ou du bon vouloir) de tel ou tel membre du personnel.

- Elle permet de plus de garantir la fiabilité des traces. En effet, l'évaluation libère également la prise en charge de la mémoire très aléatoire de l'encadrement, la mémoire humaine n'étant pas infaillible, loin s'en faut. Qui dit traces écrites dit objectivité des

²⁷ Les protocoles mis en place par les directeurs dans les établissements sociaux et médico-sociaux in LHUILLIER J. – M., TIREL B., *Note juridique*, DESSMS 2010-2011, EHESP.

traces.

- Elle permet par ailleurs de standardiser (uniformiser) le système de référence, les valeurs et de les rendre ainsi communs, ce qui rejoint la garantie de continuité, mais facilite également le travail d'évaluation de l'évaluation elle-même.

- Elle permet aussi à l'usager (dans le cadre de ses compétences) de « se lire » dans l'évaluation de son encadrement... »²⁸.

Cette démarche est donc très importante pour les établissements car elle conditionne le renouvellement des autorisations de fonctionnement ainsi qu'une partie du financement. L'article L. 312-8 du Code de l'Action Sociale et des Familles précise l'objectif, le nombre et le type d'évaluations qui doivent être réalisées par les ESMS : « *Les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 procèdent à des évaluations de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent, au regard notamment de procédures, de références et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles validées ou, en cas de carence, élaborées, selon les catégories d'établissements ou de services, par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Les résultats des évaluations sont communiqués à l'autorité ayant délivré l'autorisation. Les établissements et services rendent compte de la démarche d'évaluation interne engagée. Le rythme des évaluations et les modalités de restitution de la démarche d'évaluation sont fixés par décret.* ».

En complément de l'évaluation, l'Agence nationale d'évaluation et d'accréditation en santé (ANAES - 1996) remplacée par la Haute autorité de santé (HAS – 2004) et l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM – 2004) a introduit la culture des bonnes pratiques professionnelles dans les ESMS.

Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP), éditées par l'ANESM, sont définies de la manière suivante : « *Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles sont des repères, des orientations, des pistes pour l'action destinées à permettre aux professionnels de faire évoluer leurs pratiques pour améliorer la qualité des prestations rendues aux usagers et de mettre en œuvre la démarche d'évaluation interne.* »²⁹. Bien que les RBPP ne soient normalement pas opposables, elles sont utilisées comme référence par les évaluateurs externes pour rédiger leurs recommandations. Les RBPP listées ci-dessous ont pour objet la question du projet de la

²⁸ BOUTROUE Y., novembre/décembre 2003, « La citoyenneté des usagers est-elle soluble dans les pratiques institutionnelles ? », *Cahier de l'Actif*, n° 330/331, p.154

²⁹ METAIS A., 14 mai 2013, « Des recommandations à l'évaluation », présentation dans le cadre d'une groupe de travail sur l'évaluation de l'URIOPSS Lorraine.

personne ou la participation des résidents dans les établissements accueillant des adultes en situation de handicap³⁰ :

- Adaptation de l'accompagnement aux attentes et besoins des travailleurs handicapés en ESAT (Juin 2013)
- Participation des personnes protégées dans la mise en œuvre des mesures de protection juridique (juillet 2012)
- 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)

2.3.2 Augmenter la participation citoyenne des personnes accueillies

Une des fonctions du directeur d'établissement médico-social est d'être à l'écoute des personnes accueillies et de mettre un certain nombre d'outils en place pour qu'ils puissent exprimer leurs besoins et leurs attentes. Certains outils ou espaces de dialogue sont définis par des textes réglementaires comme le conseil de la vie sociale, d'autres peuvent être créés à l'initiative des établissements pour répondre à un besoin exprimé par les personnes accueillies.

Le conseil de la vie sociale

Le CVS a pour objet d'associer les usagers au fonctionnement de la structure³¹, il comprend au moins deux représentants des personnes accueillies dans la structure, un représentant du personnel et un représentant du gestionnaire. Le président du CVS, élu par bulletin secret, est un des représentants des personnes accueillies. La mise en place d'un CVS est obligatoire dans les établissements ou services assurant un hébergement ou une activité d'aide par le travail³².

« Le conseil de la vie sociale donne son avis et peut faire des propositions sur toute question intéressant le fonctionnement de l'établissement ou du service, notamment sur l'organisation intérieure et la vie quotidienne, les activités, l'animation socioculturelle et les services thérapeutiques, les projets de travaux et d'équipements, la nature et le prix des services rendus, l'affectation des locaux collectifs, l'entretien des locaux, les relogements prévus en cas de travaux ou de fermeture, l'animation de la vie institutionnelle et les mesures prises pour favoriser les relations entre ces participants ainsi que les modifications substantielles touchant aux conditions de prises en charge³³ ».

³⁰ L'ensemble des RBPP est disponible sur le site internet de l'ANESM : www.anesm.sante.gouv.fr

³¹ Article L311-6 CASF

³² Décret n° 2004-287 du 25 mars 2004 relatif au conseil de la vie sociale et aux autres formes de participation institués à l'article L. 311-6 du code de l'action sociale et des familles

³³ Art. 14 du décret du 2004-287 du 25 mars 2004

Il est consulté sur l'élaboration et la modification du règlement de fonctionnement et du projet d'établissement.

Au-delà du rôle défini dans les textes réglementaires, le CVS constitue, un lieu d'apprentissage et d'exercice de la citoyenneté pour les personnes accueillies. Les élections sont l'occasion d'expliquer les règles de la démocratie représentative, les représentants élus peuvent mettre en place des permanences afin de communiquer avec les personnes hébergées.

La mise en œuvre de ce droit à la participation nécessite la mise en place d'un accompagnement spécifique de la part de l'équipe éducative avec, par exemple, la définition d'un référent éducatif pour les représentants élus qui pourra les accompagner dans leur travail d'explication des décisions du CVS.

L'enquête de satisfaction

L'article 1 du décret du 25 mars 2004 prévoit que d'autres formes de participation peuvent être mises en place : groupes d'expression, enquête de satisfaction (notamment dans les établissements et services ne relevant pas de l'obligation de CVS).

L'enquête de satisfaction consiste à faire passer un questionnaire auprès des personnes pour recueillir leur avis spécifique sur une ou plusieurs questions.

L'analyse de l'enquête doit permettre de déterminer des axes à améliorer dans la prise en charge. L'enquête peut également permettre de mesurer les écarts en fonction d'indicateurs précis : elle peut être répétée selon une période donnée pour voir si une amélioration est constatée dans un domaine ou un autre d'accompagnement.

Ainsi, si les résultats d'une enquête montre que les personnes accompagnées ne se sentent pas concernées par les activités éducatives proposées dans un foyer de vie, une autre enquête pourra montrer si les changements proposés ont eu un impact significatif pour les personnes.

2.3.3 Évolution de la place des usagers et judiciarisation de la société

Cette reconnaissance des droits fondamentaux pour les personnes en situation de handicap s'inscrit dans une tendance plus large de reconnaissance de droits dans l'ensemble de la société : droits des victimes, droits des consommateurs, droits de l'enfant,...

L'irruption de la notion de droit des usagers et l'individualisation de la prise en charge est venue « bousculer » les modèles traditionnels de l'action sociale basés notamment sur l'égalité de tous face au service rendu. « *On comprend aisément que « l'usager » de la*

nouvelle législation sociale et médico-sociale s'établit sur une image inversée par rapport à celle du prestataire - bénéficiaire des constructions antérieures³⁴ ».

Elle se fait concomitamment à une forme de judiciarisation de la société : lorsqu'un événement négatif arrive chacun cherche le responsable de l'événement. Ainsi le Maire d'une commune peut être attaqué si le panneau de basket d'un terrain communal se décroche suite à une tempête, blessant un passant, alors qu'il ne l'a pas fait réparer ou mis en sécurité immédiatement. La faute individuelle est recherchée et si elle ne peut être prouvée, c'est la notion de responsabilité qui prend le relais.

Cette notion de recherche de faute existe aussi dans le secteur médico-social et peut compliquer les modes d'interventions comme l'indique Yves BOUTROUE : « [...] les travailleurs sociaux se sentent pris entre le marteau et l'enclume. Ils ont à la fois peur de mal faire et en même temps d'une éventuelle mise en cause pénale. D'un côté, on exige désormais d'eux de responsabiliser l'utilisateur, de le laisser prendre les risques inhérents à une citoyenneté digne de ce nom, de l'autre « on » les attend au tournant si les choses tournent mal, ce « on » étant le plus souvent les parents ou les instances administratives³⁵ ».

Cependant, comme l'indique Robert LAFORE, « ce secteur de l'action publique reste toujours assez peu confronté aux instances juridictionnelles » alors même que les évolutions réglementaires « devaient logiquement avoir un impact juridique, notamment contentieux, dans la mesure où il [le législateur] entendait garantir à ce dernier [l'utilisateur] des prérogatives nouvelles et aménager des protections renforcées³⁶ ».

2.4 La protection des majeurs vulnérables

Toute personne acquiert à sa majorité un certain nombre de droits civiques. Certaines personnes du fait de leur vulnérabilité ou d'une altération de leur faculté mentale doivent parfois être protégées. La loi du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs est venue renforcer le droit des personnes vulnérables (2.4.1). Ce texte créé un nouveau métier de l'intervention sociale : le mandataire judiciaire à la protection des majeurs (MJPM) qui vient remplacer toutes les anciennes professions (gérants de tutelle, administrateurs spéciaux, délégués à la tutelle, tuteurs ou curateurs d'État) (2.4.2).

³⁴ LAFORE R., 2012, Le « souci de l'utilisateur » et les modes de gestion des établissements et services sociaux et médico-sociaux in *Revue de droit sanitaire et social*, Dalloz, p. 3.

³⁵ BOUTROUE Y., novembre/décembre 2003, « La citoyenneté des usagers est-elle soluble dans les pratiques institutionnelles ? », *Cahier de l'Actif*, n° 330/331, p.128

³⁶ LAFORE R., *ibid*, p.5.

2.4.1 La loi 2007-308 du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs

Ce texte s'applique à « *Toute personne dans l'impossibilité de pourvoir seule à ses intérêts en raison d'une altération, médicalement constatée, soit de ses facultés mentales, soit de ses facultés corporelles de nature à empêcher l'expression de sa volonté peut bénéficier d'une mesure de protection juridique [...].*

S'il n'en est disposé autrement, la mesure est destinée à la protection tant de la personne que des intérêts patrimoniaux de celle-ci. Elle peut toutefois être limitée expressément à l'une de ces deux missions³⁷ ».

La loi 2007-308 est venue modifier en profondeur l'ancienne législation qui datait du 3 janvier 1968. Elle distingue deux aspects de la protection des majeurs :

- L'aspect juridique dont l'application relève du juge des tutelles
- L'aspect social dont l'application relève du conseil général.

Elle place la personne protégée au cœur du dispositif et lui octroie de nouveaux droits. « *L'un des principaux objectifs du législateur a été de replacer la personne au centre du régime de protection en mettant l'accent sur le respect des libertés individuelles, des droits fondamentaux et de la dignité de la personne, et sur le fait que la mesure de protection a pour finalité l'intérêt de la personne protégée³⁸ ».* Cette loi se situe donc dans la prolongation des textes de 2002 et 2005.

2.4.2 Le mandataire judiciaire à la protection des majeurs

La loi et ses décrets d'application précisent les conditions d'accès à cette profession et imposent un agrément d'exercice par le préfet. Les mandataires judiciaires sont des professionnels qui « *exercent à titre habituel les mesures relevant du Code civil que le juge des tutelles leur confie lorsqu'aucun membre de la famille ou aucun proche ne peut être désigné³⁹ »* (article 450 du Code Civil et L 471-1 du CASF).

Les mandataires, pour pouvoir exercer, doivent répondre à certaines conditions de moralité, d'âge et de formation.

La loi 2007-308 prévoit que l'activité des MJPM est soumise aux dispositions de la loi du 2

³⁷ Art. 7 de la loi 2007-308 modifiant l'article 425 du Code Civil

³⁸ BRUSORIO-AILLAUD M., Décembre 2007, « La loi portant réforme de la protection des majeurs, sa structuration, son organisation, ses principes ou clés de compréhension, ses enjeux : les réelles modifications de la réforme et leur sens », Dossier La réforme de protection des majeurs, *Actualités JuriSanté*, n° 60, p. 5

³⁹ PERUQUE S., Décembre 2007, « La nouvelle profession de mandataire judiciaire à la protection des majeurs », Dossier La réforme de protection des majeurs, *Actualités JuriSanté*, n° 60, p. 31

janvier 2002. Les mandataires judiciaires doivent ainsi remettre aux personnes protégées ou à un membre de leurs familles si leur état ne permet pas d'en mesurer la portée, une notice d'information à laquelle est annexée une charte des droits de la personne protégée (art. L 471-6 du CASF). Il doit « *mettre en place un document individuel de protection des majeurs qui définit les objectifs et la nature de la mesure de protection dans le respect des principes déontologiques et éthiques, des recommandations de bonnes pratiques professionnelles et du projet de service, et qui détaille la liste et la nature des prestations offertes ainsi que le montant prévisionnel des prélèvements opérés sur les ressources de la personne protégée*⁴⁰ ».

L'article L. 472-5 du CASF précise que les ESMS, hébergeant des personnes adultes handicapées ou des personnes âgées, dont la capacité d'hébergement permanent est supérieur à 80 lits⁴¹ sont « *tenus de désigner un ou plusieurs agents comme mandataires judiciaires à la protection des majeurs pour exercer les mesures ordonnées par l'autorité judiciaire au titre du mandat spécial auquel il peut être recouru dans le cadre de la sauvegarde de justice ou au titre de la curatelle, de la tutelle ou de la mesure d'accompagnement judiciaire* ». Ce statut vient remplacer les anciens « gérants de tutelle hospitalier ». L'article L. 472-6 du CASF vient préciser que le mandataire judiciaire proposé d'établissement doit pouvoir exercer ses fonctions en toute indépendance.

Les années 2000 ont fortement contribué à l'évolution du secteur médico-social et à la reconnaissance juridique du droit des usagers. Au delà de cette présentation des textes réglementaires, il m'a semblé important d'analyser le rôle du directeur dans la mise en œuvre concrète de ces droits et comme acteur majeur de l'évolution du secteur médico-social.

⁴⁰ PERUQUE S, *op. cit.*, p. 33.

⁴¹ Décret 2008-1505 du 30 décembre 2008

3 Rôle du directeur dans l'évolution de sa structure

La fonction de direction est une fonction centrale. Le directeur se trouve dans une position d'interface entre les personnes accueillies (et leurs proches), les personnels et les autorités administratives (3.1). Dans un secteur en mouvement, il doit accompagner le déploiement de nouvelles organisations de travail (3.2) et s'appuyer sur les textes législatifs et réglementaires pour promouvoir les droits des usagers (3.3).

3.1 Rôle et missions du directeur d'établissement

La fonction de directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social (DESSMS) a évolué ces dernières années avec les nombreux changements intervenus dans le secteur social et médico-social (3.1.1). En 2010, le Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, a publié un référentiel de compétences⁴² qui décline les missions et les principales activités des chefs d'établissement et de leurs adjoints (3.1.2).

3.1.1 Évolution de la fonction de direction

Le directeur doit, dans l'exercice de ses fonctions, trouver l'équilibre entre de multiples dimensions : économiques, sociales, humaines, éthiques. Comme l'indique Roland JANVIER dans un ouvrage paru en 2011 « *la fonction de direction est, avant tout, une fonction d'interface*⁴³ ». Le directeur dans cette position doit faire face à un certain nombre de « contradictions consubstantielles au système », contradictions qu'il doit assumer pour faire évoluer la structure qu'il dirige. La fonction de direction mobilise « *les deux dimensions habituellement repérées de l'éthique : l'éthique de conviction et l'éthique de responsabilité telles que les a identifiées Max Weber [le métier et la vocation de l'homme politique, conférence donnée en 1919]*⁴⁴ ». L'éthique de conviction se préoccupe avant tout des principes, elle fait référence à nos valeurs quand l'éthique de responsabilité tente d'articuler les fins aux moyens et fait donc référence aux conséquences de nos actions. Le directeur doit donc, dans l'exercice de ses fonctions, trouver une articulation entre ses deux principes éthiques

Le directeur doit posséder des capacités d'adaptation et d'innovation. Soumis à différents types d'interaction, il doit, en permanence, trouver l'équilibre pour que ces interactions permettent de faire progresser le collectif mais également les individus qui le compose.

⁴² Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, 2010, *Le référentiel métier des directeurs d'établissement social et médico-social*, Paris.

⁴³ JANVIER R., 2011, *Éthique de direction en institution sociale et médico-sociale*, Dunod, Paris, p. 105.

⁴⁴ JANVIER R., *ibid.*, p. 32

Les relations au sein d'un ESMS sont donc distinctes d'une relation marchande ou hiérarchique classique. Comme l'indique Pierre SAVIGNAT dans un article paru en 2005, la qualité d'une institution est liée à son utilité sociale. Le secteur médico social se situe dans une logique de « *type triangulaire, dans laquelle l'institution (à travers ses missions, ses valeurs, son projet, son organisation et son fonctionnement), les personnels (à travers leurs différentes qualifications, leurs cultures et leur positionnement réciproque) et les usagers (à travers leur histoire singulière) interagissent. Dans ce cadre, les objectifs ne relèvent ni d'une logique de marché, ni d'une simple logique de satisfaction du « client » mais d'une transaction impliquant les trois sommets du triangle.*⁴⁵ »

Afin de prendre en compte toutes les tensions inhérentes à la fonction, le directeur doit prendre du temps pour expliquer ses décisions et ce auprès d'un grand nombre d'interlocuteurs internes (membres du Conseil d'administration (CA), personnels, personnes accueillies et représentants légaux) mais aussi externes (autres élus non membres du CA, partenaires institutionnels, etc.). La transparence dans la prise de décision, l'explication du contexte institutionnel, des enjeux financiers sont, à mon sens, des éléments indispensables pour l'exercice de la fonction de direction. Le directeur doit également savoir mobiliser les personnes autour d'un projet et savoir faire référence à des valeurs communes.

La fonction de directeur est une fonction de responsabilité. C'est à dire que la personne qui exerce cette fonction « *doit, en vertu de la morale admise, rendre compte de ses actes ou de ceux d'autrui*⁴⁶ ». Cette notion de responsabilité implique également un pouvoir de décision lié à une obligation de rendre compte de ses actes. Le directeur d'établissement se voit confier un certain nombre de missions et d'objectifs à atteindre par son conseil d'administration ou son autorité de tutelle (conseil général et/ou agence régionale de santé). Chaque année il doit argumenter ses choix et justifier ses actions que ce soit à travers le rapport d'activité annuel de sa structure ou lors de son entretien annuel d'évaluation. La fonction de direction porte également une forte dimension stratégique notamment en ce qui concerne le développement et l'évolution des établissements ou structures qu'il dirige. Le directeur joue donc un rôle majeur pour situer son établissement dans son environnement et être partie prenante des coopérations territoriales qui se mettent en place.

⁴⁵ SAVIGNAT P., Février 2005, « Évaluation dans les institutions sociales et médico-sociales: de quelques questions de méthode ». *Actualités Sociales Hebdomadaires*, n° 2396, pp. 36-38 cité par JEULAND D., Décembre 2009, *Le projet d'établissement : un outil d'adaptation de la prise en charge aux besoins des résidents*, Mémoire de fin de formation DESSMS, EHESP.

⁴⁶ Dictionnaire Le Robert

3.1.2 Les différentes missions du directeur

Le référentiel métier des directeurs d'établissement social et médico-social expose ces différentes exigences : « *Les personnels des établissements et tout particulièrement les directeurs, sont confrontés à une exigence croissante d'information, d'explication ou d'échange avec les personnes accueillies ou accompagnées et leurs familles.*

Ils doivent également concilier des exigences de cohérence et d'action collective (le projet d'établissement) avec la réponse adaptée aux besoins dans une démarche d'individualisation croissante : projets de vie (éducatif, insertion, soins...) et de diversification des modes de prise en charge globale.

Ils inscrivent leur action dans un contexte législatif et réglementaire évolutif et de plus en plus complexe ».

Le référentiel métier édité en 2010 par le Ministère des affaires sociales et de la santé définit onze missions⁴⁷ pour le directeur d'établissement :

- Il concourt à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques sociales, médico-sociales et sanitaires au sein de son territoire et favorise l'intégration de l'établissement dans un tissu social, médico-social et sanitaire permettant une prise en charge globale et coordonnée des personnes accueillies ou accompagnées et de leurs familles.
- Il conduit la politique générale de l'établissement dans le cadre des politiques sociales, médico-sociales et sanitaires définies au plan national et territorial.
- Il met en œuvre une politique stratégique et opérationnelle de gestion des moyens humains et financiers de l'établissement pour répondre aux besoins des personnes accueillies ou accompagnées.
- Il encadre des équipes pluridisciplinaires en favorisant le développement des compétences et savoir-faire des personnels dans le cadre d'une gestion prévisionnelle des métiers et des compétences.
- Il développe une politique d'évaluation continue des bonnes pratiques professionnelles et s'assure de la qualité des prestations (médicales, soignantes, sociales et éducatives, administratives, techniques, logistiques et hôtelières).
- Il est le responsable légal de l'établissement.
- Il a autorité sur l'ensemble des personnels, médicaux et non-médicaux, dans le respect des règles déontologiques ou professionnelles qui s'imposent aux professions de santé.
- Il conduit l'adaptation des structures et des organisations de manière participative.
- Il veille à la cohérence institutionnelle, à la cohésion des équipes et à la compréhension des enjeux internes et externes de l'établissement et à la qualité

⁴⁷ Ministère des affaires sociales et de la santé, *op. cit.*, pp.3-4

du dialogue social.

- Il représente l'établissement vis à vis des personnes accueillies ou accompagnées et de leurs familles.
- Il impulse une politique de communication et valorise l'image de son établissement auprès des partenaires internes et externes.

3.2 Accompagner le changement, une des composantes de la fonction de direction.

Le contexte institutionnel et réglementaire a beaucoup évolué ces dernières années. Le secteur médico-social est un secteur en perpétuel mouvement ce qui nécessite des changements organisationnels fréquents. Afin d'être toujours garant d'un accueil de qualité et en adéquation avec les besoins de la population, le directeur doit donc, en permanence, adapter les organisations de travail et les fonctionnements internes. Ainsi, suite au rapport du magistrat de la CRC, le directeur de Clairvivre a dû mettre en place une nouvelle organisation pour le calcul des reversements (3.2.1). Cette nouvelle modalité nécessite une information importante de personnes accueillies et de leurs mandataires (3.2.2) et modifie l'accompagnement proposé à certains résidents (3.2.3)

3.2.1 Réorganisation du dispositif pour le calcul des reversements.

Depuis la création de l'établissement public en 1980, le calcul du reversement était effectué par le service comptable de l'ESAT par l'agent en charge de la paie des travailleurs de l'ESAT. La personne accueillie signait lors de son admission un document autorisant l'établissement à effectuer ce calcul à sa place. Les modifications nécessaires induites par le rapport de la CRC ont amené la direction à réfléchir à une réorganisation des services entre l'ESAT et le FH. Pour ce faire plusieurs réunions ont été organisées par le directeur général afin de « mettre à plat » le fonctionnement actuel et construire une nouvelle organisation.

Ces réunions rassemblaient les directrices de l'ESAT et du FH, l'agent en charge de la paie des travailleurs de l'ESAT, la responsable financière et comptable de l'EPD, un informaticien et la secrétaire de l'ESAT devant prendre le relais sur le calcul des reversements. J'ai participé à ces réunions dans le cadre de mon stage.

Dans un premier temps une cartographie du fonctionnement actuel a été établie. Cette cartographie a permis de déterminer avec précision qui faisait quoi et à quel moment (date de saisie des variables de paie, éditions des documents, transmission à la TPEH,...). Ce document a également permis de proposer une nouvelle organisation plus

rationnelle et plus efficace. Cette mise à plat du fonctionnement actuel a été difficilement vécue par les agents en charge de ce travail. Pour eux, il s'agissait d'une remise en cause de leur travail et rien ne pouvait évoluer car « tout a toujours été fait de cette manière là ».

Le changement organisationnel, en venant modifier les habitudes, peut être source d'angoisse voire de souffrances au travail s'il n'est pas bien accompagné. Au delà d'une remise en cause de la routine journalière, le changement d'organisation entraîne souvent une réorganisation des rôles, des missions et des places de chacun. Il peut donc générer un sentiment de perte de pouvoir et de maîtrise.

En complément des réunions internes, un travail en profondeur a été effectué avec le conseil général et la TPEH pour que la nouvelle organisation prenne en compte toutes les obligations réglementaires et les contraintes des différentes parties concernées.

La nouvelle organisation proposée par la direction de l'établissement tient compte des remarques du magistrat et constitue une structuration des services plus en conformité avec le fonctionnement actuel de l'EPD (reconnaissance du FH en tant que structure autonome vis à vis de l'ESAT en 2008). Le calcul et le suivi des reversements vont être sous la responsabilité du foyer d'hébergement et non plus sous celle de l'ESAT, ce qui semble plus logique compte-tenu que ces sommes concernent les frais d'hébergement et n'ont pas de lien avec le travail. Pour faciliter la transition, les deux agents concernés ont travaillé en binôme pendant près de trois mois (temps de formation) tout en assurant le reste de leurs tâches en même temps.

3.2.2 Informations des personnes accueillies et des mandataires

Au delà de cette réorganisation interne, l'arrêt du système des mandats entraînent d'autres évolutions importantes d'ici le 1^{er} janvier 2014.

Actuellement le calcul de la somme à reverser est effectué pour l'ensemble des PA (sous protection ou non). A compter du 1^{er} janvier 2014, ce calcul sera proposé aux personnes sans protection juridique et aux mandataires familiaux sous réserve que les informations concernant les ressources perçues soient transmises mensuellement à date fixe. En effet ce calcul ne peut être réalisé sans connaissance du montant intégral des ressources. Un travail pédagogique va donc devoir être mis en œuvre afin d'expliquer la réorganisation et l'objet des données financières demandées.

Pour ce faire un courrier d'information va être envoyé à l'ensemble des mandataires (familiaux et associations tutélaires), des réunions par groupe éducatif vont être organisées à la rentrée de septembre 2013 et une présentation du nouveau dispositif va être faite en CVS. Ensuite des rendez-vous individuels seront proposés aux personnes concernées pour répondre à leurs questionnements et mettre en place les modalités de recueil d'information. Une procédure qualité devra également être rédigée afin de clarifier les fonctions de chacun dans la procédure, les dates et circuit de transmission des informations.

3.2.3 Nouvelles modalités d'accompagnement

L'arrêt du système des mandats représente un grand changement pour les personnes accueillies même si en fin de mois elles auront sur leur compte la même somme que ce qu'elles perçoivent actuellement en début de mois. Comme il n'est éthiquement pas possible de demander une mesure de protection pour toutes les personnes accueillies, de nouvelles modalités d'accompagnement sont à développer.

Avant même la décision du changement de système, les évaluateurs externes avaient déjà préconisé un renforcement de « *l'accompagnement des personnes accueillies à la compréhension de leur fiche de paye notamment sur le « laissé à disposition » au regard des dispositions liées à l'aide sociale à l'hébergement*⁴⁸ ».

Un accompagnement spécifique doit être mis en place pour expliquer les raisons du changement. Le système de participation aux frais d'hébergement va devenir plus concret pour les PA puisque elles vont percevoir des sommes sur leur compte qui jusqu'alors transitaient par la trésorerie. Ces sommes vont servir à payer la participation et ne peuvent donc être dépensées dans leur intégralité.

Ces modifications peuvent induire une angoisse importante chez les personnes accueillies. Ainsi le sujet a été évoqué comme point d'information lors d'une réunion du CVS fin avril. Il n'a cependant pas été possible de présenter le nouveau dispositif qui sera mis en place en janvier puisqu'il n'était pas finalisé. Suite à cette présentation, les personnes accueillies ont posé de nombreuses questions qui traduisaient leur inquiétude quant aux évolutions à venir.

Aussi, au delà du travail pédagogique et d'accompagnement nécessaire pour que les sommes perçues soient utilisées à bon escient lors du changement d'organisation, une phase préparatoire de plusieurs mois est nécessaire afin d'expliquer, rassurer,...

⁴⁸ Rapport d'évaluation externe, *op. cit.*, p. 87

Ces nouvelles modalités d'accompagnement devraient également permettre de développer l'acquisition de compétences dans le domaine « administratif » pour les personnes accueillies et ainsi acquérir un peu plus d'autonomie. Ce travail avait déjà commencé avec la gestion des documents médicaux (remboursement de soins) en 2009 suite à l'arrêt de la prise en charge des traitements et consultations sur le budget du foyer : les personnes sans protection juridique avaient du apprendre à régler leur consultation, transmettre leur demande de remboursement à leur organisme complémentaire.

3.3 S'appuyer sur les outils de la loi 2002-2 pour mieux valoriser les droits des usagers

Le directeur d'un foyer d'hébergement doit mettre en place des dispositifs d'accompagnement (par le biais d'une organisation de travail, de procédures,...) respectueuses des droits et libertés des personnes accueillies pour leur permettre d'accéder à une autonomie tenant compte de leurs capacités et de leurs limites. L'organisation mise en place doit également assurer la sécurité des personnes accueillies et des personnels. Elle doit répondre aux exigences normatives, législatives et réglementaires. L'amélioration de la procédure d'élaboration du projet individuel (3.3.1) peut permettre un renforcement des droits des usagers tout comme le développement de nouvelles instances de concertation (3.2.2). Enfin, l'utilisation de la démarche qualité à travers, notamment, la mise en œuvre de protocoles permet de garantir l'exercice des droits individuels tout en assurant la sécurité des personnes (3.3.3)

3.3.1 Nouvelles modalités du projet individualisé

Suite au travail réalisé sur l'enquête de satisfaction, un groupe de travail s'est réuni afin d'analyser ces résultats et proposer des axes d'amélioration. Ce groupe de travail était composé de l'équipe de direction du foyer d'hébergement, des représentants des résidents au CVS et de représentants des professionnels du foyer. J'ai animé cette réunion du groupe de travail.

Les taux de satisfaction moyen concernant le projet individualisé et la participation, complété par l'analyse détaillée des résultats de l'enquête, ont amené le groupe de travail à proposer plusieurs axes d'amélioration dont un concernant le projet individualisé : son élaboration, son suivi et la participation de la personne accueillie.

Les résultats de l'enquête concernant le projet individualisé sont venus conforter le constat posé par les cadres socio-éducatifs du FH et de l'ESAT : un essoufflement dans la mise en place des projets individualisés de la part des professionnels et notamment

une moindre implication dans le recueil de données. Les écrits produits lors de la réunion de RDD ne sont plus forcément le produit d'un échange pluridisciplinaire mais une somme de regards ce qui n'est pas l'objectif. De plus les PA (notamment à travers les résultats de l'enquête) et certains professionnels soulèvent la question de la participation des résidents à l'élaboration du PI et notamment aux RDD.

Ce constat était également renforcé par les préconisations d'amélioration concernant la « personnalisation de l'intervention⁴⁹ » posées par les évaluateurs externes dans leur rapport rendu en juin 2012 :

- *Engager une réflexion sur les écrits professionnels dans le cadre du projet personnalisé :*
 - ✓ *Poser des objectifs évaluable et les décliner en actions planifiées.*
 - ✓ *Établir pour chaque objectif les moyens de leur évaluation.*
 - ✓ *Faire apparaître l'interdisciplinarité dans les projets individuels.*
 - ✓ *Élaborer une fiche de suivi des actions prévues dans les projets individuels*
- *Développer des outils d'évaluation de la personne accueillie afin d'améliorer l'objectivité et la vision commune partagée par l'équipe pluridisciplinaire*
- *Les plans d'actions pourraient faire apparaître de façon plus importante des objectifs communs nécessitant des actions des différents intervenants (éducateurs, animateurs, soignants, psychologue,...)*
- *Envisager une participation de la personne accueillie à une réunion de recueil de données.*
- *Mener une réflexion sur le traitement au cas par cas d'une participation plus importante de la personne accueillie à l'élaboration de son projet.*
- *Organiser de façon formelle un point de suivi du projet avec la personne accueillie (formaliser un point intermédiaire à mi-parcours).*

L'ensemble de ces éléments a amené l'équipe de direction du foyer d'hébergement à proposer aux professionnels qu'une nouvelle réflexion sur l'élaboration du projet individualisé soit engagée afin d'améliorer sa construction partagée, sa mise en œuvre et son appropriation par les personnes accueillies et les professionnels.

La directrice du FH a proposé à l'équipe de direction de l'ESAT de poursuivre le travail en commun des deux structures puisque cette construction partagée a été remarquée en point positif par les évaluateurs externes : « *Pour la mise en œuvre des projets individuels, une coopération entre le FH et l'ESAT est obtenue par la réalisation d'un projet individuel commun. Cela favorise une prise en charge globale, médicale, sociale et*

⁴⁹ Extrait du rapport d'évaluation externe du foyer d'hébergement, Cabinet Ad~Venir, Juin 2012

*professionnelle de la personne accueillie lui garantissant une cohésion autour de son projet d'accueil et d'accompagnement*⁵⁰ ».

Des crédits de formation étant disponibles pour l'année 2013, un cahier des charges a été rédigé en concertation avec l'ESAT pour qu'une formation soit mise en place d'ici la fin de l'année. Ce cahier des charges a été présenté et validé en commission formation de l'EPD. Un prestataire extérieur a été choisi et la formation se déroulera dans le dernier trimestre 2013.

Les objectifs de l'action de formation définis dans le cahier des charges sont les suivants :

- Évaluer et redynamiser la procédure actuelle,
- Revoir les outils,
- Favoriser la participation des PA,
- Créer des indicateurs de suivi des projets individualisés,
- Définir la place de la PA et de son entourage (mandataire judiciaire).
- S'approprier la RBPP sur la participation et le projet personnalisé

Cette formation devrait également permettre de travailler sur la formalisation du projet individualisé et aboutir à la remise d'un document plus accessible au PA⁵¹.

A l'issue de la formation, une nouvelle procédure sera rédigée pour pouvoir être mise en œuvre dès le début de l'année 2014.

L'ensemble des personnels de l'EPD participe actuellement à la deuxième évaluation interne dont les conclusions doivent être transmises en mars 2014 aux autorités de tarification. Un nouveau référentiel a été élaboré pour cette évaluation, dans la partie intitulée « accompagnement de la personne accueillie – personnalisation », un chapitre entier est consacré au projet individualisé.

L'analyse des résultats liés à ce chapitre permettra certainement de faire évoluer de nouveau la procédure concernant l'élaboration et la mise en œuvre du projet individualisé. A l'issue de l'évaluation un nouveau plan d'amélioration de la qualité (PAQ) va être élaboré au sein de l'établissement. Suite à une décision du Conseil d'Administration de l'établissement, afin d'assurer la cohérence des actions d'amélioration, ce PAQ reprendra également les préconisations des évaluateurs externes, les axes d'amélioration définis dans les différentes enquêtes de satisfaction (FH, ESAT, CRP et enquête sur la qualité et l'organisation du self) ainsi que les préconisations formulées dans le cadre d'inspections

⁵⁰ Rapport d'évaluation externe, *op. cit.*, p. 44.

⁵¹ Près d'un quart des personnes accueillies trouve que le document qui leur est remis n'est pas clair (Enquête de satisfaction 2012)

réalisées par les autorités de tutelle (inspection sur le thème de la bientraitance et inspection du CRP).

3.3.2 Création du comité des conditions de travail (CCT) : un nouvel espace de participation

Le directeur bien que soumis à la réglementation garde une liberté d'action et un esprit d'initiative notamment dans la question de l'expression des droits des personnes accueillies ou leur modalité de participation.

Pour exemple, un nouvel espace de dialogue et de participation a été mis en place à l'ESAT : le Comité des conditions de travail. Ce comité a été constitué en février 2013 pour permettre l'expression des travailleurs handicapés sur leurs conditions de travail. L'objectif de la directrice de l'ESAT était de créer une instance correspondant au comité d'hygiène et des conditions de travail (CHSCT) en milieu ordinaire, c'est à dire une instance qui contribue « *à la protection de la santé et de la sécurité des travailleurs ainsi qu'à l'amélioration des conditions de travail*⁵² ». Le comité est composé de l'équipe de direction de l'ESAT, des médecins du travail⁵³, d'un représentant d'une organisation syndicale de l'EPD (secrétaire du CHSCT) et de trois représentants des travailleurs (un par secteur⁵⁴). Le CCT se réunit quatre fois par an, lors de chaque réunion, une visite d'un atelier de l'ESAT est organisée, des échanges ont lieu sur les points forts et les points faibles, l'organisation du travail, les travaux à réaliser,...

La création du CCT a permis que les questions liées au travail soient évoquées dans cette instance et non plus uniquement lors des séances du conseil de la vie sociale. Cela permet ainsi au CVS de se pencher sur d'autres questions. Pour désigner les représentants des travailleurs handicapés, un appel à candidature a été lancé, relayé dans chaque atelier par les encadrants (moniteur d'atelier). Les représentants au CCT ont été désignés pour trois ans (durée du mandat des représentants au CVS).

La création de cette instance a permis d'augmenter la participation des personnes accueillies.

⁵² Définition du CHSCT. Consulté le 20 août 2013 : <http://travail-emploi.gouv.fr/informations-pratiques,89/fiches-pratiques,91/sante-conditions-de-travail,115/le-comite-d-hygiene-de-securite-et,1048.html>

⁵³ Il y a deux médecins du travail pour les travailleurs handicapés selon qu'il relève de la branche agricole ou non de la sécurité sociale (Mutualité sociale agricole ou régime général).

⁵⁴ Les 11 ateliers de l'ESAT Bertran de Born de l'EPD de Clairvivre sont répartis en trois secteurs : industriel, agricole et services.

3.3.3 Évolution de la procédure absence

Le directeur assure un rôle essentiel dans le développement et la mise en œuvre d'une politique qualité dans son établissement. Chargé d'assurer la conduite générale de son établissement et la sécurité des biens et des personnes, il doit, en cas de litige, prouver qu'il a pris toutes les dispositions et précautions pour remplir ses obligations. L'existence de procédures écrites et la preuve de la diffusion de ces documents peuvent permettre de limiter sa responsabilité devant une juridiction.

Afin d'évaluer la procédure mise en place en février, une réunion a été organisée. Les participants étaient les suivants : directeur de l'EPD, équipe de direction du foyer, des personnels du foyer d'hébergement, les représentants du foyer au CVS, un personnel du standard et sa responsable, un membre de l'équipe qualité et moi-même.

En préambule de cette réunion comme lors de toutes les réunions d'information, le directeur a rappelé que cette procédure ne remettait pas en cause la liberté d'aller et venir des personnes accueillies comme indiqué au titre A de la procédure : *« Les personnes accueillies ont le libre droit d'aller et venir et la liberté de circulation. Cependant, l'établissement exerce une responsabilité quant à l'accompagnement des personnes »*. En effet, il s'agit d'un dispositif déclaratif visant à signaler son départ et son retour mais qui ne limite pas les déplacements et les sorties. Cette disposition a comme objectif premier d'assurer la sécurité des résidents afin de pouvoir intervenir au plus vite et au plus juste en cas d'incidents (incendie, accident de la voie publique).

Au cours des débats, des propositions d'évolution ont été faites et une position de compromis a été trouvée permettant aux personnes accueillies de ne pas se sentir surveillées, aux professionnels du foyer et du standard de ne pas se sentir dans le contrôle permanent et à l'équipe de direction d'assurer la sécurité des personnes dont elle à la charge.

Pour Mr LHUILLIER, « les règles posées par un établissement d'hébergement pour adulte handicapé sont la contrepartie de la demande de prise en charge (d'accompagnement) formulée par la personne. Un foyer d'hébergement n'est pas un hôtel. Ce n'est pas seulement un lieu de vie mais un lieu de prise en charge global ⁵⁵».

La disposition consistant à se signaler par écrit au standard pour tout déplacement dans Clairvivre a été supprimée et remplacée par l'invitation suivante : *« vous êtes invité(e) à signaler oralement au standard votre déplacement. Il est donc mis fin à la déclaration écrite (tableau au standard) pour les déplacements à l'intérieur de Clairvivre uniquement*

⁵⁵ Entretien avec Mr LHUILLIER, professeur de droit à l'EHESP, 10 juillet 2013.

pour ce périmètre⁵⁶ ». Une zone de déplacement sans information obligatoire a été définie⁵⁷.

Pour Mr Morel, cette évolution de la procédure renforce la responsabilité des personnes accueillies puisque elle reconnaît « leur capacité à dire ou non s'ils sont en déplacement⁵⁸ ». Comme l'indique Laurent GAVELLE⁵⁹, « *L'institution résidentielle, c'est l'apprentissage de la liberté, de la convivialité et du partage. Il ne s'agit donc pas d'envisager les règles de vie comme une entrave à la liberté d'aller et venir mais bien comme un moyen de progression vers l'autonomie, autrement dit la gestion de ses dépendances avec des libres choix par rapport à soi et aux autres, dans la limite des contraintes et des lois* ».

Il reste par contre « obligatoire » de signaler les déplacements hors Clairvivre (déplacement en véhicule pour aller faire des courses par exemple). L'obligation est cependant relative : il n'y a pas de sanctions si elle n'est pas respectée si ce n'est un rappel au règlement de fonctionnement par les cadres socio-éducatifs et la notification d'un avertissement en cas de mise en danger grave et répétée.

Cette procédure est une procédure collective qui concerne donc l'ensemble des personnes accueillies. Elle pose un cadre général au déplacement (sortie avec départ et retour dans une journée) et séjours (absence de la personne pour 24 heures au moins).

A l'occasion de la révision du projet individualisé, il pourrait être intéressant d'intégrer cette notion de déplacement dans le PI comme l'indique Mr. LHUILLIER lors de l'entretien : « *Il peut y avoir des restrictions individuelles ou des exceptions en fonction des situations. Ces éléments doivent alors être notifiés dans le projet individuel. Par exemple, si une personne va tous les soirs de 17h30 à 22h chez son compagnon il faudrait qu'il vienne se signaler uniquement s'il sort ailleurs qu'à son endroit habituel.* ».

Cette intégration dans le projet individuel n'est cependant pas justifiée pour tout le monde. Pour certain, les restrictions individuelles ne peuvent être indiquées dans le projet individualisé : « *Non, cela irait à l'encontre du projet d'établissement et de service. Les projets personnalisés sont composés des axes d'accompagnement (préconisation de*

⁵⁶ Note d'information foyer d'hébergement à l'attention des résidents, 27 juin 2013.

⁵⁷ Cf. Carte – Annexe III

⁵⁸ Mr Morel, directeur de l'EPD de Clairvivre, réunion d'évaluation de la sur « procédure absence », 20 juin 2013.

⁵⁹ GAVELLE L., 2002, « Handicap mental et citoyenneté en institution résidentielle », *Le Sociographe*, n°8.

l'équipe éducative) et du projet de la personne (ses souhaits, ses désirs). Ils favorisent l'autonomie de la personne et non la restriction⁶⁰ ».

⁶⁰ Réponse à un questionnaire par une stagiaire cadre (stage dans le cadre de sa formation au Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Encadrement et de Responsable d'Unité d'Intervention Sociale – CAFERUIS). Stage effectué dans deux ESAT-FH de petite taille (nombre de résidents inférieur à 20).

Conclusion

Lors de son arrivée en 2005 comme directeur général de l'EPD de Clairvivre, Mr Morel a du mettre en place l'intégralité des outils prévus par la loi 2002-2 et notamment le projet d'établissement. Avant de construire ce projet, les personnels de l'établissement ont mené une réflexion sur le sens de leurs actions. Ces réflexions ont été traduites dans un document intitulé « Valeurs qui fondent l'action sociale et médico-sociale de l'EPD⁶¹ ». Ce document a ensuite trouvé sa place comme préambule du projet d'établissement. Il est également présent dans le règlement intérieur remis à tout nouvel agent de l'EPD et affiché dans tout l'établissement. Le travail sur les valeurs communes d'un établissement me semble un des axes importants de la fonction de direction. Il permet d'écarter la vision uniquement gestionnaire du directeur et de rappeler le sens de l'action.

La fonction de direction nécessite un double engagement « *d'une part, auprès des usagers dont il est garant des droits ; d'autre part, auprès des salariés dont il s'assure de la mise en œuvre des moyens nécessaires à la réalisation du projet⁶²* ».

Le directeur est souvent pris dans de nombreuses contradictions. Pour assumer au mieux ses missions et responsabilités, il doit nécessairement prendre conscience de ces contradictions et les assumer c'est à dire les « *envisager non comme des plaies mais comme des opportunités⁶³* ».

Depuis la loi du 11 février 2005, on peut noter que « *le concept d'intégration (qui présuppose l'adaptation de la personne handicapée) marque ainsi le pas au profit du concept d'inclusion (pleine appartenance à la société de la personne en situation de handicap)⁶⁴* ». Le processus de désinstitutionnalisation s'est accéléré et les prises en charge « hors les murs » se sont multipliées avec la mise en place des services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) ou services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH). La question de la responsabilité du directeur ne se pose pas de la même façon quand les personnes accompagnées vivent à domicile et bénéficient de services d'accompagnement.

Un des enjeux liés à la désinstitutionnalisation, et la création de service à domicile, est « *d'être considéré comme un report de la responsabilité collective de prise en charge des plus vulnérables vers la responsabilité individuelle de se prendre en charge* ». Cependant,

⁶¹ Cf. Annexe IV

⁶² JANVIER R., *op. cit.*, p. 102

⁶³ JANVIER R., *op. cit.*, p. 105

⁶⁴ « Approche comparée de la notion de désinstitutionnalisation dans le secteur du handicap » in LHUILLIER J. – M., TIREL B., *Note juridique*, DESSMS 2012-2013, EHESP

l'évolution de la reconnaissance des droits des usagers au sein même des établissements amène également cette évolution comme nous avons pu le voir.

Si l'avenir du secteur médico-social se situe dans le développement des services et non seulement dans la réhabilitation des établissements, il est nécessaire pour les équipes de direction de prendre en compte un certain nombre d'enjeux : l'accès aux droits et à l'information des personnes, la vérification et le contrôle du service fait ainsi que la qualité de ce dernier, la prévention de la maltraitance à domicile et le mode de financement de ces services (monétarisation, développement de budget personnalisé,...). Le directeur d'un service à domicile doit donc mettre en place des actions de formation des équipes et proposer une dynamique permettant une réelle insertion sociale des personnes accompagnées.

L'évolution permanente des attentes des personnes, des structures, des modes de financement impacte fortement la fonction de direction. Elle nécessite le développement de capacités d'adaptation. Il faut savoir s'appuyer sur ses doutes pour faire évoluer les structures que l'on dirige et par la même faire progresser vers l'autonomie les personnes accompagnées.

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires

Code de l'Action sociale et des familles.

Ouvrages

ANAP, Juillet 2013, « Les foyers d'hébergement » in *le secteur médico-social - Comprendre pour agir mieux*, 128 p. Disponible sur internet :

http://www.anap.fr/uploads/tx_sabasedocu/secteur_medicosoc_comprendre_pour_agir_mieux.pdf

ANESM, Décembre 2008, *Les attentes de la personne et le projet personnalisé*, Recommandation de bonnes pratiques professionnelles, 52 p. Disponible sur internet :

http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_projet.pdf

HARDY J.-P., LHUILLIER J.-M., THEVENET A., 2010, *L'aide sociale aujourd'hui*, 17^e édition, Paris : ESF Éditeur, 479 p.

JANVIER R., 2011, *Éthique de direction en institution sociale et médico-sociale*, Paris : Dunod, 127 p.

LHUILLIER J.-M., 2009, *Le droit des usagers dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux*, 2^e édition, Rennes : Presses de l'EHESP, 272 p.

Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, 2010, *Le référentiel métier des directeurs d'établissement social et médico-social*, Paris. Disponible sur internet :

http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Referentiel_metier_de_directeur_d_etablissement_social_et_medico-social.pdf

MIRAMON J.-M., COUET D., PATURET J.-B., 2012, *Le métier de directeur Techniques et fictions*, 5^e édition, Rennes : Presses de l'EHESP, 276 p.

SALLE F., 2011, *Droit des établissements sociaux et médico-sociaux*, Fascicule remis aux élèves du cycle préparatoire aux concours de direction, EHESP.

Articles

BOUTROUE Y., novembre/décembre 2003, « La citoyenneté des usagers est-elle soluble dans les pratiques institutionnelles ? », *Cahier de l'Actif*, n° 330/331.

BRUSORIO-AILLAUD M., Décembre 2007, « La loi portant réforme de la protection des majeurs, sa structuration, son organisation, ses principes ou clés de compréhension, ses enjeux : les réelles modifications de la réforme et leur sens », Dossier La réforme de protection des majeurs, *Actualités JuriSanté*, n° 60.

GAVELLE L., 2002, « Handicap mental et citoyenneté en institution résidentielle », *Le Sociographe*, n°8.

GUYOT P., Juillet 2008, « Le projet personnalisé dans les établissements et services pour personnes handicapées. Sa place dans le nouveau dispositif de la politique du handicap

et son élaboration, *Bulletin d'information du CREAL Bourgogne*, n°283.

JANVIER R., MATHO Y., juillet/août 2006, « Droit des usagers, gestion des risques : la double contrainte du directeur », *Cahier de l'Actif*, n°362/363.

JANVIER R., MATHO Y., 2006, « Figures du directeur et enjeux de la fonction », *Empan*, 2006/1 n° 61, p. 40-47. Disponible sur internet : <http://www.cairn.info/revue-empan-2006-1-page-40.htm>

LAFORE R., 2012, Le « souci de l'usager » et les modes de gestion des établissements et services sociaux et médico-sociaux in *Revue de droit sanitaire et social*, Dalloz, p. 3.

LOISON S., juin 2006, « La liberté d'aller et venir à l'intérieur de l'établissement sanitaire ou médico-social », *RhônALMA info*, n°6.

PERUQUE S., Décembre 2007, « La nouvelle profession de mandataire judiciaire à la protection des majeurs », Dossier La réforme de protection des majeurs, *Actualités JuriSanté*, n° 60.

SAVIGNAT P., Février 2005, « Évaluation dans les institutions sociales et médico-sociales: de quelques questions de méthode ». *Actualités Sociales Hebdomadaires*, n° 2396, pp. 36-38

Rapports

Chambre régionale des comptes Aquitaine – Poitou Charentes, Novembre 2012, *Rapport d'observations définitives sur les comptes et la gestion de l'établissement public départemental d'actions sociales, de rééducation professionnelle et d'aide par le travail de Clairvivre - Exercices 2006 à 2011*.

Disponible sur internet : <http://www.ccomptes.fr/Actualites/A-la-une/EPD-de-Clairvivre-Dordogne>

Thèses et mémoires

DURAND R., Décembre 2011, *Le rôle du directeur dans la préservation des droits et libertés des personnes âgées en unités sécurisées des EHPAD et des USLD*, Mémoire de fin de formation DESSMS : EHESP, 69 p.

JEULAND D., Décembre 2009, *Le projet d'établissement : un outil d'adaptation de la prise en charge aux besoins des résidents*, Mémoire de fin de formation DESSMS, EHESP, 66 p.

LHUILIER J.-M. (dir.), TIREL B. (dir.), DESSMS 2010-2011, *Droits des établissements sociaux, médico-sociaux et sanitaires*, Notes juridiques, EHESP.

LHUILIER J.-M. (dir.), TIREL B. (dir.), DESSMS 2012-2013, *Droits des établissements sociaux, médico-sociaux et sanitaires*, Notes juridiques, EHESP.

Conférences

Actes des Journées juridiques du GEPISO, *Libertés individuelles et obligations constitutionnelles : comment concilier citoyenneté et sécurité*, 18 et 19 juin 2009, Nancy. Disponible sur internet : http://www.gepiso.com/?cv_rub=143

Actes des journées juridiques du GEPISO, *Le droit dans le travail social : obstacle ou facteur d'innovation ?*, 7 et 9 juin 2007, Nancy. Disponible sur internet : http://www.gepiso.com/?cv_rub=143

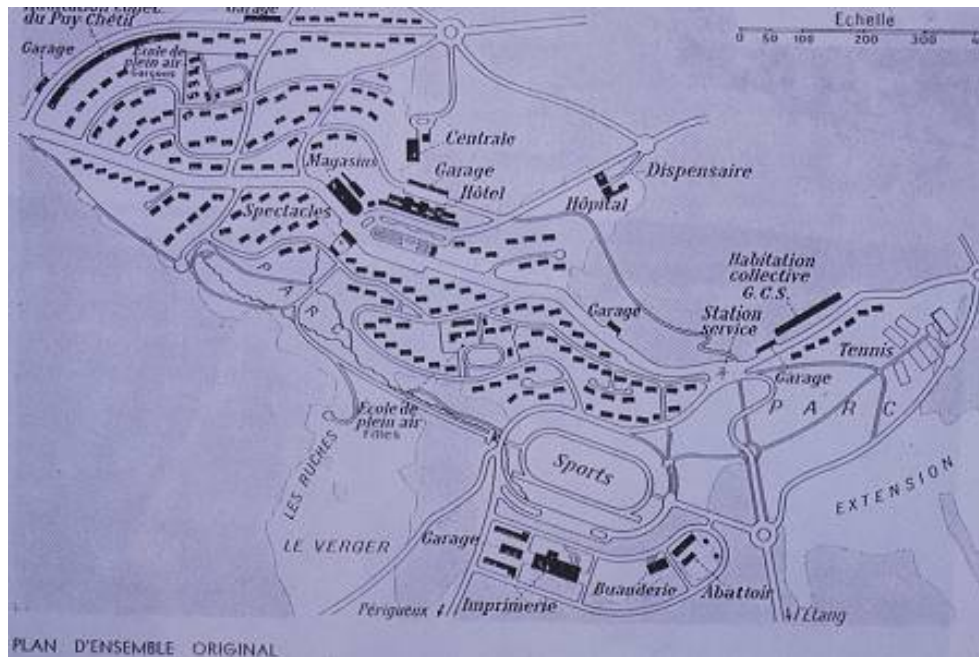
METAIS A., 14 mai 2013, *Des recommandations à l'évaluation*, présentation dans le cadre d'une groupe de travail sur l'évaluation de l'URIOPSS Lorraine.
Disponible sur internet (9 août 2013) :
http://www.ansm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/URIOPSS_Lorraine.pdf

Liste des annexes

- Annexe I Carte de la Cité de Clairvivre et situation géographique
- Annexe II La Procédure « absence » (version du 8 février 2013)
- Annexe III Plan de Clairvivre délimitant la zone de circulation sans « signallement »
- Annexe IV Valeurs qui fondent l'action sociale et médico-sociale de l'EPD

Annexe I

Plan d'origine de la Cité de Clairvivre, 1933⁶⁵



L'Hôpital est devenu ESAT, le Grand Hôtel : le FH et les magasins, le CRP

Visualisation de l'implantation de l'EPD de Clairvivre dans son territoire⁶⁶



L'étang de Born situé entre la Commune de Salagnac et la Cité de Clairvivre appartient également à l'EPD qui assure son entretien.

⁶⁵ http://www.cndp.fr/crdp-reims/ressources/dossiers/cheminvert/blanchon/g_plan_clairv.htm

⁶⁶ Google Earth, 8 août 2013

Annexe II

Procédure « ABSENCE DES PERSONNES ACCUEILLIES AU FH »

 FH Foyer D'HÉBERGEMENT Établissement Public Départemental de Clairvivre	EPD Clairvivre 24160 SALAGNAC	FH Prot 06 B
ABSENCE DES PERSONNES ACCUEILLIES AU FH		
Date de création : 30/10/12	Date de modification : 6/02/13	Date de diffusion : 7/02/13
Rédacteur : Direction FH	Vérificateur : Service qualité	Approbateur : CP FH

A. Principe et cadre :

Les personnes accueillies ont le libre droit d'aller et venir et la liberté de circulation. Cependant, l'établissement exerce une responsabilité quant à l'accompagnement des personnes. Les personnes accueillies doivent être présentes au FH à compter de 22 heures 30 et jusqu'à 6 heures le matin. La personne accueillie doit signaler de manière déclarative toute absence momentanée ou continue du FH (déplacement/séjour).

A chaque retour, la personne accueillie doit se signaler.

En cas de retard par rapport à l'horaire de retour au FH prévu et déclaré par la personne accueillie, cette dernière devra prévenir le FH en contactant un professionnel. D'une manière générale, toute information de ce type devra être transmise par oral et confirmée par mail au « Groupe absences résidents FH » composé des services suivants : le standard+ l'équipe de direction FH + le service éducatif + le service infirmerie FH + le secrétariat FH + le service de nuit FH.

B. Documents associés :

- FH - E 07 Acceptation de séjour (option permanente)*
- FH - E 08 Acceptation de séjour (option ponctuelle)*
- FH - E 09 Acceptation de transport (option ponctuelle)*
- FH - E 10 Acceptation de transport (option permanente)*
- FH - E 11 Acceptation de transport (option permanente/entrant)*
- Registre des déplacements des résidents du FH (feuille A3 au standard)
- Déclaration d'absence temporaire du FH (triplicata disponible au bureau du Cadre de Santé)
- Tableau renseignant l'absence des personnes accueillies dans le cadre des départs vacances et week-end - « Suivi » / « Présences : gestion par groupes des éléments des dossiers de l'utilisateur » (2ème onglet) – (sélectionner le groupe éducatif) / « Absences mensuelles » (cliquer sur départ) (cf. Note d'information du 26/07/2012)

**Modèles de documents enregistrés et disponibles dans K/Foyer d'Hébergement/Dossiers communs aux services FH et sur intranet.*

C. Définitions :

- Les déplacements concernent toute sortie avec départ et retour dans une journée.
- Les séjours concernent toute absence de la personne pour 24 heures au moins.

D. Fonctionnement :

1. Les déplacements :

- 2 types de déplacements :

- Déplacement entre 6h et 22h30 : la personne qui s'absente du FH durant la journée doit le signaler sur le tableau journalier des déplacements (une feuille par jour) prévu à cet effet et mis à disposition au standard de l'EPD, en renseignant les éléments suivants (retranscrits par elle-même ou le professionnel) :

- ✓ Nom
- ✓ Prénom
- ✓ Destination
- ✓ Moyen de transport
- ✓ Horaire de départ
- ✓ Horaire de retour
- ✓ Signature du résident au retour
- ✓ N° de portable

- Au-delà de ces horaires: la personne qui s'absente du FH entre 22h30 et 6h doit en faire la demande auprès d'un professionnel du FH, qui lui donnera son accord ou non. Le professionnel du FH aura informé le standard de l'accord ou non de la sortie au-delà de ces horaires pour le résident concerné, par téléphone et confirmé par mail au « Groupe absences résidents FH ».

- Rôle des professionnels :

- Le professionnel du standard n'a aucun rôle éducatif lors de cette modalité : en cas de suspicion ou doute pouvant remettre en cause la demande du résident, il sera fait appel aux professionnels éducatifs du FH (du groupe, en son absence du service), en leur absence de l'infirmerie du FH. Le planning du service éducatif est transmis chaque semaine au standard (par mail le vendredi après-midi).
- En cas de besoin, le professionnel du FH s'adresse au(x) chef(s) de service ou, en leur absence, à la direction.
- A son retour au FH, le résident doit venir contresigner le tableau journalier des déplacements au standard.
- Selon l'horaire de retour renseigné par le résident, le professionnel du standard doit vérifier son bon retour. Dans le cas contraire, constatant le non-retour du résident, le professionnel contacte par téléphone un professionnel éducatif ou un professionnel de nuit et confirme cette information par mail au « Groupe absence résident FH » et au cadre d'astreinte / directeur de délégation si il y a lieu.

Le professionnel du FH procédera à la recherche du résident et contactera le cadre d'astreinte si nécessaire.

- Les professionnels de nuit du FH consulteront le tableau des déplacements des résidents du FH au standard lors de leur 1ère ronde à 22h30.
- Le lendemain, le standard adressera le tableau au secrétariat FH, qui l'archivera (classeur au secrétariat FH).

2. Les séjours :

2.1 L'acceptation :

Lorsque le résident prévoit de séjourner à l'extérieur du FH chez un particulier le document

« Acceptation de séjour – option permanente » (FH – E 07) doit être rempli par les accueillants et co-signé par lui-même ; l'accord préalable du mandataire judiciaire du résident peut être sollicité :

o lorsqu'il s'agit de séjours réguliers : le document vaut accord de principe

Afin de permettre que ce document soit effectif au préalable d'un séjour, ce document sera joint à la liste des documents transmis à la personne en vue de son admission.

Le jour de l'entrée du résident ce document est remis au secrétariat FH/ESAT pour enregistrement dans dossier du dossier du résident (classé dans dossier papier + scanné par le secrétariat FH/ESAT dans bibliothèque FH (rubrique Vacances/ 10- 01 Courriers)).

D'une manière générale, ce document devra être remis au cadre de santé et en son absence au cadre socio-éducatif, dûment rempli par l'accueillant, signé par les 2 parties (résident et accueillant), puis enregistré dans le dossier du résident (classé dans dossier papier + scanné par le secrétariat FH dans bibliothèque FH (rubrique Vacances/ 10- 01 Courriers)).

o lorsqu'il s'agit de séjours ponctuels : il doit y avoir un document par séjour

« Acceptation de séjour – option ponctuelle » (FH – E 08)

D'une manière générale, ce document devra être remis au cadre de santé et en son absence au cadre socio-éducatif, dûment rempli par l'accueillant, signé par les 2 parties (résident et accueillant), puis scanné par le secrétariat FH dans bibliothèque FH (rubrique Vacances/ 10- 01 Courriers), le document papier est détruit.

En l'absence des documents « Acceptation de séjour » (FH – E 07 et FH – E 08), les accueillants doivent transmettre par écrit sur papier libre leur accord d'accueil et de séjour du résident à leur domicile pour le séjour concerné, document qui est co-signé par le résident. Les mêmes modalités d'enregistrement et d'archivage sont appliquées.

2.2 La déclaration :

- La personne qui s'absente du FH doit le déclarer au cadre de santé ou, en son absence, au cadre socio-éducatif, par le biais du document « Déclaration d'absence temporaire du FH » (triplicata) dans les délais prévus par le FH.

- Les informations relatives à l'absence pour séjour des résidents sont retranscrites dans le logiciel « Suivi » par le cadre de santé ou le cadre socio-éducatif afin d'être partagées par les différents professionnels du FH (cf. note d'information FH n° 2012/0012 du 26 Juillet 2012).

- Les déclarations d'absence temporaire du FH sont traitées de la manière suivante :
 - le 1^{er} volet (l'original) est remis au résident par le cadre de santé ou en son absence le cadre socio-éducatif,
 - le 2^e volet est conservé dans le bureau du cadre de santé,
 - le 3^e volet est descendu chaque jour (à la débauche du cadre de santé ou en son absence du cadre socio-éducatif) au standard.
- Si des modifications concernant le séjour du résident apparaissent, le cadre de santé ou en son absence le cadre socio-éducatif établit une nouvelle déclaration d'absence temporaire du FH, dont le traitement est identique. Le 3^e volet sera transmis au standard et traité par le cadre de santé ou en son absence le cadre socio-éducatif (3èmes volets (ancienne et nouvelle versions) agrafés au standard). L'ancienne version sera conservée mais barrée.

2.3 Le retour :

- A son retour au FH, le résident doit venir contresigner, au standard, le 3^eme volet de la déclaration d'absence temporaire du FH.
- Selon l'horaire de retour renseigné par le résident, le professionnel du standard doit vérifier son bon retour. Dans le cas contraire, constatant le non-retour du résident, le professionnel du standard contacte par téléphone un professionnel éducatif ou de nuit et confirme cette information par mail au « Groupe absence résident FH » et au cadre d'astreinte /directeur de délégation si il y a lieu.
- Les 3^e volets sont retournés le lendemain au secrétariat du FH, qui les transmet au cadre de santé ou en son absence au cadre socio-éducatif. D'une manière générale, ce document doit être archivé dans un classeur (bureau du cadre de santé).
- Les professionnels du FH doivent cependant consulter systématiquement le tableau « renseignant l'absence des personnes accueillies » dans « Suivi » dans le cadre des départs vacances et week-end (cf. note d'information FH 2012/0012 du 26.07.2012).

3. Le co-voiturage :

A. Co-voiturage ponctuel :

- le conducteur doit se faire connaître auprès d'un professionnel du groupe éducatif et en leur absence d'un professionnel para-médical
- le conducteur doit remplir le document « Acceptation de transports – option ponctuelle » (FH – E 09) qui doit être remis au professionnel
- Ce document est transmis au secrétariat FH pour être scanné dans la bibliothèque FH (rubrique Transports/ 9- 02 Courriers), le document papier est détruit.

B. Co-voiturage régulier :

- le conducteur doit se faire connaître auprès d'un professionnel éducatif du groupe et en leur absence d'un professionnel paramédical
- le conducteur doit remplir le document « Acceptation de transports - option permanente » (FH – E 10)
- Ce document est transmis au secrétariat FH pour traitement, original classé dans dossier papier et scanné par le secrétariat FH dans la bibliothèque FH (rubrique Transports/ 9- 02 Courriers).

C. Co-voiturage régulier/entrant au FH :

- Afin de permettre que le document soit effectif au préalable, il est joint à la liste des documents transmis à la personne en vue de son admission.
- le conducteur doit remplir le document « Acceptation de transports – option permanente /entrant » (FH – E 11)
- ce document à retourner par la personne le jour de son entrée est classé dans le dossier papier et scanné par le secrétariat FH/ESAT dans le dossier informatisé (rubrique Transports/ 9- 02 Courriers).

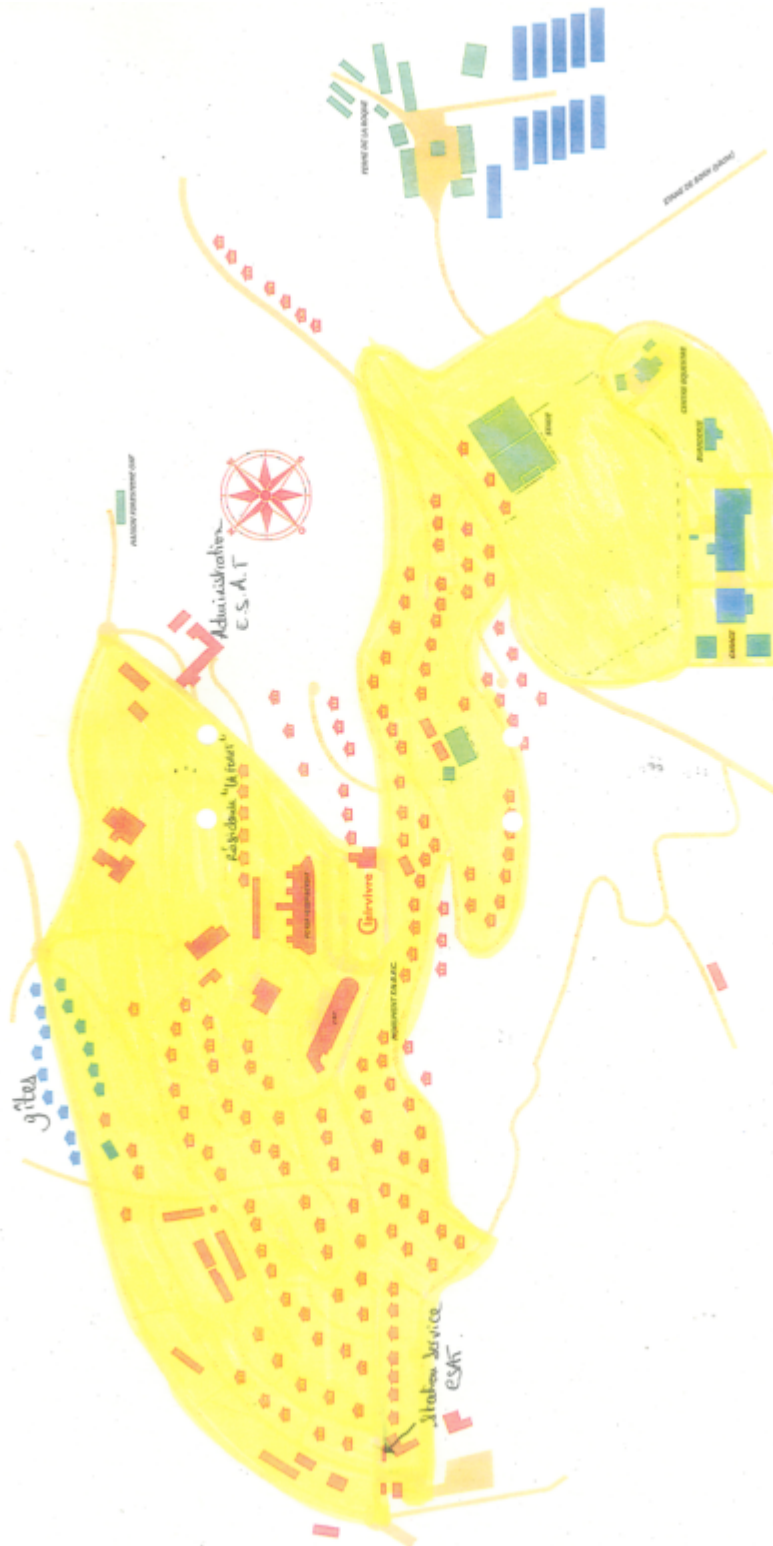
B. Mesures applicables en cas de non-respect :

En cas d'absence non signalée et s'il y a lieu non autorisée, l'établissement contactera la gendarmerie pour effectuer un signalement de disparition/fugue. Le mandataire judiciaire de la personne, s'il y a lieu, sera informé.

En cas de non-respect du dispositif, des mesures pourront être prises à l'encontre de la personne accueillie.

Annexe III

Nouvelle procédure absence : plan de circulation sans information préalable (zone en jaune)



Annexe IV

Valeurs qui fondent l'action sociale et médico-sociale de l'EPD

Les personnes accueillies à l'Etablissement Public Départemental de Clairvivre se voient reconnaître les principes fondamentaux inscrits dans les textes suivants : la Déclaration des droits de l'Homme, la Déclaration des droits des personnes handicapées (Organisation des Nations Unies) et la Charte de la personne accueillie (loi 2 janvier 2002, loi du 11 février 2005 et autres réglementations).

L'ensemble des personnels et des partenaires associés à l'établissement s'engage à :

- faciliter la lisibilité, la coordination de la politique en faveur des personnes accueillies.
- évaluer ses pratiques et à les faire évoluer en permanence, notamment par la formation, autour des principes suivants :
 - le respect de la personne, de ses droits et du milieu dans lequel elle vit
 - la reconnaissance de la personne accueillie comme citoyen actif, auteur et acteur au cœur du dispositif
 - la croyance au développement et/ou au maintien des capacités des personnes accueillies
 - la laïcité
 - l'implication de tous les personnels et partenaires dans le service à rendre aux personnes accueillies
- concevoir un projet individualisé pour chaque personne accueillie et à mettre en œuvre les moyens adéquats pour sa réalisation.
- faciliter l'expression de la personne accueillie et prendre en considération sa parole
- respecter les droits religieux, politiques et d'association.

Ces valeurs fondent le sens collectif de la démarche de l'établissement, elles alimentent l'action, la pratique, la référence collective, la distance dans un quotidien et à l'intérieur duquel chacun s'engage à un accompagnement de l'utilisateur.

Elles se déclinent à travers 4 thèmes :

- le droit au respect
- le droit à la vie sociale
- le droit à l'information
- le droit à la protection

DROIT AU RESPECT

L'ensemble des personnels et des partenaires associés à l'Etablissement s'engage à travailler dans le respect des valeurs morales et professionnelles :

↳ **Respect de la personne**

Nul ne doit se laisser influencer par des préjugés en ce qui concerne toutes questions :

- de sexe
- d'origine sociale et ethnique
- de différences physiques et psychiques
- de religion
- de politique

Ce respect doit transparaître dans la relation à l'autre.

↳ **Respect de la vie privée**

- respect de l'intimité : reconnaissance du droit à une vie affective et sexuelle
- respect des lieux d'hébergement comme des lieux privés dans la limite des règles institutionnelles
- respect de la vie de la personne à l'extérieur de la structure

↳ **Respect du secret professionnel** : (*point en cours de précision*)

- application du concept de confidentialité, communiquer aux autres professionnels les informations nécessaires à la prise en charge de la personne et à son bien-être.

DROIT A LA VIE SOCIALE

L'ensemble des personnels et des partenaires associés à l'Etablissement s'engage à favoriser :

↳ La citoyenneté

- en permettant à la personne accueillie le libre choix d'intégrer ou non l'Institution.
- en la rendant actrice dans le processus de formalisation de sa prise en charge, c'est à dire dans son contrat de séjour et dans son projet individualisé.
- en la rendant responsable de ses actes en référence au règlement de fonctionnement.
- en la soutenant dans son implication dans la vie de l'Institution, que ce soit dans la vie du groupe ou au travers des instances participatives et/ou délibératives (Conseil de la Vie Sociale, Conseil d'Administration...).
- en l'informant sur l'exercice de ses droits civiques et sur ses devoirs.
- en aménageant des espaces d'échanges facilitant sa libre expression, dans le respect des autres.

↳ La famille

- en appréhendant la personne accueillie à partir de son histoire de vie.
- en accompagnant la gestion d'une séparation familiale temporaire du fait de la formation (CRP).
- en favorisant (pour ESAT.FH) le maintien des liens avec la famille ou les proches,
- en travaillant sur le rétablissement ou la construction de ce lien, et en associant autant que possible la famille à l'élaboration et au suivi du projet individualisé de la personne accueillie dans le cadre du contrat de séjour.
- en optimisant les conditions d'accueil des familles.

↳ Le droit à la compensation du handicap

En mettant en œuvre des actions visant au maintien ou au développement des capacités de la personne accueillie. Ce droit s'exerce au travers d'un partage de valeurs et d'échanges interdisciplinaires, qui fondent la coordination et la synthèse des actions, et d'un accompagnement individualisé respectant les souhaits de la personne accueillie.

↳ Le droit d'accès à une vie professionnelle et à une évolution au sein de celle-ci

- en tenant compte des potentialités et des désirs de la personne accueillie.
- en l'accompagnant au plus près de son rythme de développement, tout en favorisant la progression de ses potentialités.

- en optimisant son adaptation professionnelle.
- en l'informant de ses droits à la formation, entre autres continue, et en l'accompagnant dans toutes les démarches nécessaires à la réalisation de ses projets.

↳ Le droit au logement

La personne accueillie bénéficie d'un hébergement adapté à son état.

↳ Le droit d'accès à une vie culturelle et aux loisirs

Ce droit s'exerce au travers :

- d'activités sportives et culturelles organisées intra-muros.
- d'activités de soutien de second type (ESAT).
- d'accompagnements – individuels ou collectifs – sur l'extérieur.
- de l'inscription dans le tissu social local.

↳ Le droit à l'accessibilité des transports et des lieux publics

En favorisant l'accession à l'autonomie de la personne accueillie, en mettant à sa disposition le réseau nécessaire à une mobilité indépendante, ce quelle que soit la configuration géographique du lieu d'accueil.

DROIT A L'INFORMATION

L'ensemble des personnels et des partenaires associés à l'Etablissement s'engage :

↳ **Pour l'ensemble des personnes accueillies à :**

- les informer exhaustivement des conditions de fonctionnement de l'établissement par un livret d'accueil
- poser les limites de leurs droits et devoirs dans le règlement de fonctionnement et dans le contrat de séjour
- développer la possibilité de communiquer avec leur entourage en fonction de leurs souhaits pour entretenir des liens sociaux
- leur permettre de participer à l'élaboration des décisions les concernant
- leur offrir des possibilités de s'exprimer et de prendre certaines responsabilités au sein de l'établissement, en fonction de leurs capacités, notamment par l'intermédiaire d'instances représentatives ou délibératives ou de lieux de parole (Conseil de la vie sociale, Commission Menus, Conseil d'Administration, ...)
- leur permettre d'accéder aux éléments de leur dossier, avec si nécessaire un accompagnement
- respecter les règles déontologiques des différents intervenants de l'équipe interdisciplinaire
- respecter les règles de la charte informatique de l'établissement en ce qui concerne la gestion et l'accès à leur dossier informatisé

↳ **Pour tous les adultes handicapés à :**

- leur faciliter l'accès et la diffusion des informations relatives à leur projet.
- améliorer la communication entre les services et établissements par un travail en réseau.

DROIT A LA PROTECTION

L'ensemble des personnels et des partenaires associés à l'Etablissement s'engage à protéger les personnes accueillies dans les domaines suivants :

↳ **Bienveillance**

- prévenir et lutter contre la maltraitance physique et psychologique
- lutter contre la discrimination envers la personne handicapée
- éviter l'excès d'autorité et l'abus de pouvoir

↳ **Matériel**

- mettre à disposition des locaux, des logements accessibles et sécurisés

↳ **Santé**

- permettre l'accès aux soins médicaux et paramédicaux.
- favoriser la prévention.
- veiller à l'hygiène quotidienne.
- maintenir le droit à la protection sociale
- proposer une nourriture équilibrée en quantité et en qualité
- vérifier l'aptitude et veiller aux contre indications médicales à l'exercice professionnel, au suivi de la formation et à toute autre activité

↳ **Gestion des biens**

- favoriser l'autonomie de la personne et demander si besoin une mesure de protection.
- demander toute aide financière que requiert l'état de la personne.

La protection doit être mise en œuvre en évitant la surprotection et l'assistanat qui nuisent à l'acquisition ou au maintien de l'autonomie.

BLOCH

Prunelle

Décembre 13

Directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social
Promotion 2012 - 2013

**Concilier droits et obligations des personnes accueillies en
foyer d'hébergement : rôle et responsabilités du directeur.
L'exemple de la Cité de Clairvivre**

Résumé :

La loi du 2 janvier 2002 a placé les usagers du secteur médico social au cœur des dispositifs qui leurs sont consacrés. Elle a également permis de développer la démarche qualité nécessaire pour permettre l'évolution des établissements et services. Le directeur d'établissement doit promouvoir les droits des personnes accueillies tout en garantissant leur sécurité physique, affective, financière, etc. Il est également garant du bon fonctionnement de son établissement.

Un équilibre entre droits et obligations doit donc être trouvé par les équipes de direction afin de respecter les contraintes réglementaires tout en promouvant un exercice plein et entier de la citoyenneté des personnes accueillies.

Les quelques exemples, rencontrés à l'EPD de Clairvivre et présentés dans ce mémoire, viennent illustrer les difficultés rencontrées et les solutions qui peuvent être mises en œuvre pour permettre d'atteindre le point d'équilibre.

Mots clés :

DROIT USAGER, DROIT PERSONNE HANDICAPEE, RESPONSABILITE, PERSONNE HANDICAPEE, DIRECTEUR, ETABLISSEMENT MEDICO SOCIAL, AUTONOMIE, CONSEIL VIE SOCIALE, QUALITE

L'École des Hautes Études 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.